

PATRÍCIA ALEXANDRA MOURO PEREIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19: UM
ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA
PORTUGUESA



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

2025

PATRÍCIA ALEXANDRA MOURO PEREIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA PORTUGUESA

Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Trabalho efetuado sob a orientação do Prof. Doutor Jean Christophe Giger



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2025

Representações Sociais da COVID-19: Um Estudo Exploratório Numa
Amostra Portuguesa

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados serão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura:

(Patrícia Alexandra Mouro Pereira)

“Copyright” em nome de Patrícia Alexandra Mouro Pereira para a Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado o critério ao autor e editor

Agradecimentos

Nesta página, quero dar destaque àqueles que foram as minhas referências pessoais, além do conhecimento científico. Referências de excelência, inspiração de amizade, amor, de afetos. Os próximos agradecimentos, escritos, são um grão de areia no que se pode imaginar uma grande praia que todos aos que agradeço foram em termos de apoio social.

Oriento um agradecimento sincero aos participantes deste estudo que por motivo de ajuda pessoal ou reconhecimento da sua importância se prontificaram a dar a sua participação, pois sem eles a Ciência e a evolução da Psicologia não teriam lugar.

Ao professor Jean, o meu sincero e grande obrigado por ter sido desde a minha escolha, uma inspiração configurada na sublimidade. Por me ter feito sonhar tão alto com esta pesquisa e conquista pessoal, quanto eu nem sabia ser possível. Agradeço-lhe a dedicação e interesse que sempre demonstrou com entusiasmo, por ideias novas e caminhos que abriu com o seu conhecimento e experiência.

Aos meus pais, por colocarem os meus sonhos e bem-estar como prioridade e pelas boas oportunidades, assim como exemplo de persistência e resiliência que segui com olho de falcão. Obrigado por toda a força e bateria que me carregaram quando mais precisei.

Ao João, a minha referência de amor, que foi o pilar e admirador número um do meu esforço e dedicação a esta aprendizagem e percurso. O meu agradecimento não tem palavras que possam quantificar o peso do quão o teu apoio foi essencial e motivador.

À Débora, que na amizade foi exímia e me demonstrou sempre que seria possível lado a lado, na partilha de tantas que foram as dores e as conquistas ao longo deste percurso. És a figuração da amizade e do que ela pode construir quando queremos tanto bem ao outro, quanto queremos para nós.

À minha madrinha, pelo apoio incondicional em tantas horas que me ouviu falar sem parar desta dissertação. Pelo teu bom-humor e carinho com que tantas vezes deste o discurso de apoio que precisei ouvir.

À minha psicóloga, pelo seu bom profissionalismo, humanidade e empatia com que recebeu e devolveu tantos discursos associados a esta fase da minha vida. A todas as estratégias que me deu para enfrentar melhor este desafio que em tantos dias me pareceu que não ia ter um fim.

À professora Alexandra, que se prontificou em ajudar quando lhe coloquei dúvidas relativas à metodologia.

Ao professor Nuno Santos, da Universidade de Évora que ao informar sobre as minhas intenções de pesquisa me enviou uma publicação autoral sobre a temática em estudo. Agradeço-lhe a resposta e ajuda que este documento constituiu.

A todos os que foram apoio e luz neste caminho que às vezes ficou mais difícil, com as próprias dificuldades que lhe são inerentes, mas que nunca me deixaram “ficar às escuras”. O meu obrigado.

Título: Representações Sociais da COVID-19: Um Estudo Exploratório numa Amostra Portuguesa

Resumo

Este estudo explora as representações sociais da COVID-19 numa amostra portuguesa, utilizando uma abordagem mista que integra métodos qualitativos e quantitativos para compreender como variáveis sociodemográficas e psicossociais influenciam a perceção do fenómeno pandémico. Foram recolhidos dados durante o *lockdown* de 2020 através de um questionário online aplicado a 253 participantes, combinando a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) com escalas psicossociais e análise por software IRAMUTEQ, incluindo Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Os resultados indicam que elementos como “medo”, “doença” e “pandemia” ocupam o núcleo central das representações, enquanto práticas preventivas como “máscara” e “distanciamento social” aparecem na primeira periferia. A AFC identificou dois eixos principais—Incerteza ↔ Resiliência e Desafio ↔ Ação—refletindo dualidades emocionais e comportamentais. Participantes menos escolarizados e com alto stress percebido tendem a evocar emoções negativas, ao passo que os mais confiantes nas autoridades de saúde focam medidas protetoras. Este trabalho sublinha a necessidade de intervenções públicas adaptadas às diferentes dinâmicas sociopsicológicas.

Palavras-Chave: *COVID-19; fontes de informação; psicologia social; representação social.*

Title: Social Representations of COVID-19: An Exploratory Study in the Portuguese Sample

Abstract

This exploratory study investigates social representations of COVID-19 in a Portuguese sample, using a mixed-methods approach that integrates qualitative and quantitative data. The aim is to understand how these social representations are structured and influenced by sociodemographic and psychosocial variables such as perceived stress, risk perception, trust in herd immunity, and trust in information sources. The research was conducted during the lockdown in 2020 with a diverse sample collected via an online questionnaire.

The methodology included the Free Word Association Technique (FWAT) and sociodemographic and psychosocial questionnaires. Data were analysed using IRAMUTEQ software through prototypical analysis, similarity analysis, Hierarchical Descending Classification (CHD), and correspondence factor analysis. The analyses identified word classes and distributed variables in factorial planes, associating representations of the pandemic with individual characteristics.

The results showed that fear, disease, and confinement are central elements of social representations. Factor analysis revealed two main axes: Uncertainty ↔ Resilience and Challenge ↔ Action, reflecting the duality in emotional and behavioural responses to the pandemic. Younger participants with greater confidence in social networks focused on preventive measures, while older participants highlighted uncertainty and fear.

It is concluded that social representations of COVID-19 are shaped by sociodemographic and psychosocial factors, reflecting both active responses and emotional uncertainty, with important implications for public health interventions.

Keywords: *COVID-19; information sources; social psychology; social representation.*

Índice

Introdução	1
Parte I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo 1 - Fundamentos e Evolução das Representações Sociais: Aplicações à COVID-19	3
1.1. Introdução ao conceito de Representações Sociais	3
1.1.1. Origem do conceito nas Representações Coletivas	3
1.1.2. Reformulação do conceito para Representações Sociais.....	3
1.2. Abordagens teóricas da teoria das Representações Sociais	4
1.2.1. Abordagem Antropológica.....	5
1.2.2. Abordagem Estrutural.....	5
1.2.3. Abordagem Sociodinâmica.....	7
1.2.4. Abordagem Dialógica	7
1.3. Características e Dinâmicas das Representações Sociais.....	8
1.3.1. Processos das Representações Sociais: Objetivação e Ancoragem	8
1.3.2. Universos Consensuais e Reificados	9
1.3.3. Funções das Representações Sociais	10
1.4. Representações Sociais em Contextos Pandémicos e de Doença	11
1.4.1. Covid-19: Contextualização	12
1.4.2. Covid-19 enquanto objeto de estudo	13
1.4.3. Covid-19 à Luz da Teoria das Representações Sociais	14
1.4.4. Representações Sociais da COVID-19: Uma Perspetiva Global de Estudos	15
Capítulo 2 - Perspetivas Psicossociais sobre as Representações da COVID-19.....	19
2.1. COVID e Stress Percebido: impacto na saúde mental	19
2.2. Perceção de Risco face à COVID-19	21
2.3. Confiança na Imunidade de Grupo.....	23
2.4. Desafios da Informação e da Comunicação em Tempos de Pandemia.....	25
2.4.1. Veículos de Informação em contextos pandémicos: O papel das Redes Sociais, Autoridades de Saúde e Pares	26
2.4.2. Comunicação em Risco	29
Parte II-METODOLOGIA	31
Capítulo 3 - Conceptualização do Estudo	31
3.1. Problema de Investigação e Objetivos	31
3.2. Tipo de Estudo	32
3.3. Caracterização da Amostra.....	32
3.4. Instrumentos	33
3.4.1. Questionário Sociodemográfico	33

3.4.2. Evocações Livres sobre o termo indutor: “Covid-19”	34
3.4.3 Escala Confiança na Imunidade de Grupo	34
3.4.4. Escala Percepção Individual de Risco	35
3.4.5. Escala Confiança nos meios de informação	35
3.4.6. Escala de Stress Percebido (PSS-10).....	36
Capítulo 4 - Procedimentos de Recolha de Dados	37
Capítulo 5 - Tratamento e Análise de Dados	38
5.1. Preparação e Lematização do Corpus para Análise	39
5.2. Análise Prototípica e Similitude.....	39
5.2.1. Análise Prototípica.....	40
5.2.2. Análise de Similitude.....	41
5.3. Integração dos Dados Quantitativos.....	43
5.3.1. Divisão com base na idade	43
5.3.2. Divisão com base na escolaridade	43
5.3.3. Cálculo dos Quartis	44
5.4. Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	45
5.4.1. Preparação do Corpus para Análise Textual	45
5.4.2. CHD.....	46
5.4.3. Integração das Variáveis Sociodemográficas e Psicossociais na CHD	46
5.5. Análise Fatorial de Correspondência (AFC).....	47
5.5.1. Análise Fatorial das Palavras	47
5.5.2. Análise Fatorial das Variáveis.....	48
5.6. Interpretação dos resultados	48
PARTE III-RESULTADOS.....	49
Capítulo 6 - Apresentação dos Resultados	49
6.1. Caracterização Estrutural das Representações Sociais da COVID-19.....	49
6.1.1. Análise dos Candidatos ao Núcleo Central	50
6.1.2. Análise dos candidatos à Primeira Periferia	50
6.1.3. Análise dos candidatos à Zona de Contraste	50
6.1.4. Análise dos candidatos à Segunda Periferia	51
6.2. Interconexões e Associações Significativas	52
6.3. Descrição Estatística das Variáveis.....	56
6.4. Perfil dos Grupos e Características Psicossociais	58
6.5. Análise Fatorial de Correspondência (AFC): Representação dos Polos e Eixos a partir das Variáveis Significativas.....	62
Parte IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	70
PARTE V- CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80

Referências Bibliográficas	82
ANEXOS	107

Índice de Tabelas

Tabela 5.1.Distribuição dos Quartis para as Variáveis Psicossociais	45
Tabela 6.1.Núcleo Central, Zona de Contraste, Primeira Periferia e Segunda Periferia para frequências (n) e ordens médias de evocação (OME)	52
Tabela 6.2.Tabela de frequências relativa às variáveis sociodemográficas em estudo... 58	
Tabela 6.3..Dendograma com a percentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (χ^2) fornecido pelo software IRAMUTEQ referente ao Campo Representacional e ancoragens da COVID-19. Portugal, 2020.Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$. UCE (Unidades de Contexto Elementar).....	61
Tabela 6.4.Síntese dos Principais Resultados do Estudo	67

Índice de Figuras

Figura 6.1.Diagrama Resumo das Análises e Objetivos	49
Figura 6.2. Resultados da análise de similaridade lexical (coocorrência) produzida pela tarefa de associação livre para a amostra total; apresentação fruchterman reingold com comunidade e halo	54
Figura 6.3.Resultados da associação (teste Qui-Quadrado) entre as evocações para a amostra total; apresentação Fruchterman Reingold, Escore ChiSquared com comunidades	55
Figura 6.4.FiguraAnálise Fatorial de Correspondência das palavras ativas mais frequentes em cada uma das classes lexicais obtidas na classificação hierárquica descendente das contribuições dos participantes. Fonte: Imagem processada pelo software Iramuteq, 2024	65
Figura 6.5.Análise Fatorial de Correspondência a partir da CHD com Variáveis Significativas para as classes. Fonte: Imagem processada pelo software Iramuteq, 2024; Eixos interpretados pelos autores como parte integrante da análise de conteúdo	66

Lista de Abreviaturas e Siglas

AF - Análise Fatorial

AFC - Análise Fatorial de Correspondência

APA - American Psychological Association

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CEPCD- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CSV - Comma-Separated Values

DGS – Direção Geral da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

IBM - International Business Machines

IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

MERS - Middle East Respiratory Syndrome

OME - Ordem Média de Evocação

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PSS-10 - Perceived Stress Scale (Escala de Stress Percebido, 10 itens)

PSS-10-C - Perceived Stress Scale - COVID-19 (Versão adaptada para o contexto da COVID-19)

SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras

TNC - Teoria do Núcleo Central

TRS - Teoria das Representações Sociais

TXT - Arquivo de Texto Simples

UC - Universo Consensual

UCE - Unidades de Contextos Elementares

UR - Universo Reificado

USA - United States of America

UTF-8 - Unicode Transformation Format - 8-bit

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WA - Washington

WHO - World Health Organization

Introdução

Ao longo da história, a humanidade enfrentou várias pandemias que moldaram profundamente a vida social, os conhecimentos tradicionais e as percepções populares sobre saúde e doença (Spinney,2019; Frankema & Tworek, 2020; Piret & Boivin,2021; Patterson et al.2021). Doenças virais recentes como SARS-CoV, H1N1 e MERS-CoV têm sido sérios problemas de saúde pública (Sarangi et al., 2023; Yu et al., 2020; Falsey et al.,2020, citado por Bezerra et al.,2020). Essas pandemias trouxeram não só desafios à saúde, mas também transformações nas percepções e respostas sociais a crises de saúde pública (Peters, 2021; Almeida, 2014).

A pandemia da COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, surgiu no final de 2019 e tornou-se rapidamente uma emergência de saúde pública global, afetando milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2020; Li et al., 2020; Munster et al.,2023; Sharma et al., 2020; Stoecklin et al., 2020). Até 2024, foram reportados globalmente cerca de 776 milhões de casos e aproximadamente 7,1 milhões de mortes, com cerca de 5,7 milhões de casos e 28,4 mil mortes registados em Portugal (World Health Organization (WHO, 2024); Worldometer, 2024). A COVID-19 manifestou-se com uma variedade de sintomas, podendo levar a complicações graves, especialmente em pessoas com comorbidades ou idosas (Caramelo et al.,2020; Jin et al., 2020).

Além das repercussões sanitárias, a pandemia trouxe consequências sociais, económicas e psicológicas profundas, alterando as interações humanas e o quotidiano (Xiong et al, 2020; Brooks et al., 2020; Haleem et al., 2020). Em Portugal, como em outros países, a COVID-19 gerou incertezas e mudanças comportamentais significativas (Ferreira et al., 2021; Pandey et al., 2023). Neste contexto, as representações sociais – formas pelas quais indivíduos e grupos constroem significados coletivos sobre fenómenos (Moscovici,1961) – tornaram-se cruciais para compreender as respostas sociais à pandemia.

As variáveis sociodemográficas e psicossociais, como idade, género, escolaridade e crenças, influenciam a construção dessas representações (Dryhurst et al., 2020; Han et al., 2023). A literatura sugere que o medo, a confiança nas autoridades e a exposição mediática moldam as percepções sobre a gravidade da pandemia e as respostas comportamentais (Gonçalves et al., 2021; Hrbková & Kudrnáč, 2024). Assim, estudar as representações sociais da COVID-19 é essencial para compreender as diferentes interpretações e reações ao contexto pandémico em Portugal.

Este estudo é relevante por explorar como diferentes grupos sociais em Portugal percebem e reagem à pandemia, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de comunicação de risco e políticas de saúde pública (WHO, 2020; European Commission (EC,2020)). A pertinência também se justifica pelo papel dos psicólogos na avaliação da percepção de risco e na comunicação em crises, ajustando estratégias de comunicação e promovendo comportamentos protetores (Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP,2020)). A comunicação de risco baseada em evidências científicas, aliada ao estudo das representações sociais, torna-se essencial para promover confiança e adesão às medidas de prevenção durante crises de saúde (Breakwell, 2014).

Parte I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 - Fundamentos e Evolução das Representações Sociais: Aplicações à COVID-19

1.1. Introdução ao conceito de Representações Sociais

A noção de representações sociais é considerada um conceito “em aberto”. Sujeita a várias reformulações desde a proposta inicial por Moscovici (1961), as pesquisas na área cresceram significativamente, resultando numa ampla e, por vezes, vaga aplicação do termo (Valentim, 2022). Este capítulo oferece uma revisão da noção de representações sociais com o objetivo de explorar o seu campo e utilização, nomeadamente no âmbito de contextos pandémicos, com especial foco na COVID-19.

1.1.1. Origem do conceito nas Representações Coletivas

O conceito de representação social retoma a noção prévia de representação coletiva introduzida por Durkheim (1895/1980), para a transformar. O conceito surge primeiro como “consciência coletiva” para descrever a dependência quase total da consciência individual em relação à coletiva, característica de sociedades primitivas e rurais. No entanto, as definições foram alvo de reformulações até ao conceito de representações. É em 1898 que o autor faz uma distinção entre as representações individuais e coletivas, definindo as últimas como crenças, valores, normas e práticas partilhadas por membros de uma sociedade, que existem independentemente dos indivíduos. (Durkheim, 1898 citado por Jesuíno, 2001; Bertoni & Galinkin, 2017; Vala & Castro, 2013; Paula & Kodato, 2016; Chaves & Silva, 2013).

Estas representações seriam expressões da consciência coletiva, influenciando o comportamento individual, constituindo uma realidade social própria, que confere coesão e identidade ao grupo (Durkheim, 1898, citado por Vala & Castro, 2013). Embora tenha atribuído à sociologia o estudo das representações coletivas e à psicologia o das representações individuais, o sociólogo reconheceu a necessidade de uma nova disciplina – a psicologia social – para investigar as leis que orientam ideias coletivas (Durkheim, 1895/1980).

1.1.2. Reformulação do conceito para Representações Sociais

A reformulação ao conceito de Durkheim (1895/1980), por Sérgio Moscovici (1961), um dos principais teóricos da psicologia social, com a introdução do termo “representações sociais”, aconteceu na sua dissertação de doutoramento “*La Psychanalyse: Son Image et Son Public*” em que conduziu um estudo com o objetivo de compreender de que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, seria redefinida pelos grupos populares.

Em 1976, Moscovici (citado por Vala & Castro, 2013) criticou a noção de representações coletivas proposta por Durkheim (1898), apontando que não refletia a diversidade moderna de ideias e formas de vida. É, então, na sua primeira obra que introduz duas principais modificações ao conceito de Durkheim (1898). Primeiramente, argumentou que os modelos que explicam a permanência social também deviam abordar a mudança, destacando a necessidade de integrar os níveis cultural, interativo e individual na análise (Castro & Batel, 2008, citado por Vala & Castro, 2013). Em segundo lugar, focou-se nas representações sociais em construção e que estão em processo de sedimentação. Esta reformulação do conceito permite analisar como o senso comum é moldado pela ciência e por outros sistemas sociais, e como ideias novas são difundidas e modificadas (Moscovici, 1972, citado por Vala & Castro, 2013).

Ao passo que Durkheim (1898) via as representações coletivas como estáticas e coercitivas, Moscovici (1961) modernizou e adaptou o conceito às sociedades contemporâneas, concebendo as representações sociais como dinâmicas, plurais e em constante evolução, refletindo a diversidade e criatividade dos indivíduos e grupos dentro da sociedade. Para o autor, as representações sociais são formas de conhecimento socialmente construídas que influenciam a percepção e interpretação do mundo pelos indivíduos, que surgem em contextos de interação social, ajudando a dar sentido às experiências e facilitando a comunicação e coesão social (Moscovici, 1988). Ao contrário das representações coletivas de Durkheim (1898), as representações sociais são ativamente produzidas e transformadas pelos indivíduos e grupos, refletindo a diversidade cultural e social da sociedade moderna. Descreveu-as, assim, como “um conjunto de conceitos, proposições e explicações criadas na vida quotidiana durante a comunicação interindividual” (Moscovici, 1981, p. 181 citado por Vala & Castro, 2013).

1.2. Abordagens teóricas da teoria das Representações Sociais

A expressão “representação social” pode referir-se também a uma teoria que, como quadro analítico, estabelece requisitos epistemológicos para abordar e entender representações (Jovchelovitch, 2008). Apesar do conceito ser criticado, tal como Jahoda (1988) indicou, por ser impreciso, Moscovici (1972, 1976/2019, 1988, 1989) defendeu a imprecisão como necessária, argumentando que um conceito fechado conceberia informações incompletas.

Mais recentemente, Liu (2004) sugeriu no seu trabalho que o conceito seria mais “sensibilizante” do que definitivo, compatível com o estudo das representações sociais, que são históricas, dinâmicas e mutáveis (Gergen, 1973). O conceito de representação social é mais abrangente do que os de valor, crença, esquema ou atitude (Moscovici, 1976/2019). Para

compreender as representações, é necessário analisar como crenças, valores e atitudes se agrupam, formando redes organizadas de sentido (Doise et al., 1992).

A TRS surgiu como uma nova abordagem na psicologia social, baseada na premissa de que o comportamento humano é moldado pela interação entre o indivíduo, o grupo social e o contexto cultural. Para entender uma ação, é necessário considerar estes três elementos em conjunto (Moscovici, 1988). Chaves e Silva (2013) consideraram a teoria das representações sociais uma abordagem psicossocial sobre o processo de construção do pensamento social.

Ao longo do tempo, foram surgindo várias abordagens às representações sociais que mantiveram um ponto consensual, enquanto desenvolveram particularidades próprias (Vala & Castro, 2013). Valentim (2022) reconhece quatro tipos de abordagem:

1.2.1. Abordagem Antropológica

A abordagem antropológica, destacada por Jodelet (1984, 1989a, 1989b, 2008), foca-se nas dimensões culturais e simbólicas das representações sociais, explorando como estas se inserem e evoluem dentro de contextos sócio históricos específicos. Utiliza dados qualitativos para responder a perguntas como: “Quem sabe e de onde sabe?”, “O quê e como sabe?” e “Com que efeito?”. Nesta abordagem, as representações são entendidas como “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um dado grupo social” (Jodelet, 1989a, p.36). É uma abordagem que analisa tanto o produto (conteúdo das representações) como o processo (aspectos culturais e ideológicos que moldam essas representações), e que as considera como “mapas de conteúdo” inseridos numa rede de significados.

1.2.2. Abordagem Estrutural

A Abordagem Estrutural das Representações Sociais, foi desenvolvida em 1976 pelo psicólogo francês Jean-Claude Abric e é uma das principais extensões da teoria principal, (Moliner & Abric, 2015) também conhecida como Teoria do Núcleo Central (TNC) (Rateau et al. 2011), principal estrutura de apoio na qual a presente dissertação se baseia.

Abric (1998) sustenta a hipótese de que toda a representação social está organizada em torno de um núcleo central e um sistema periférico (Abric, 1998 citado por Dany et al. 2015; Parreira et al., 2018). Assim, a representação social constitui-se num conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes que funcionam exatamente como uma entidade onde cada parte tem um papel específico e complementar (Abric, 1998 citado por Chaves & Silva, 2013). Nesta perspetiva, a organização de uma

representação social apresenta duas características que parecem ser contraditórias, a primeira é que as representações são estáveis e móveis, rígidas e flexíveis; a segunda é que as representações são consensuais, mas marcadas por fortes diferenças interindividuais (Abric,1993). De acordo com Abric (1994, p.12), “a representação social não é uma soma desordenada de elementos, mas uma organização hierarquizada de informações”.

O núcleo central é formado por elementos estáveis, historicamente definidos e enraizados em valores e normas sociais, sendo responsável por organizar e dar significado aos outros elementos da representação (Abric, 1993; Abric, 1994 citado por Wachelke, 2012; Moliner & Abric, 2015). É fortemente marcado pela memória coletiva do grupo e pelo sistema de normas a que se refere, constituindo a base comum coletivamente partilhada das representações sociais, desempenhando três funções essenciais: simbólica, organizadora e estabilizadora (Moliner & Abric, 2015).

O núcleo central é composto por duas dimensões que determinam a natureza normativa e funcional dos seus elementos (Le Monaco,et al., 2016; Abric, 1997a): os elementos normativos, que oferecem a base para a avaliação social dos objetos e os funcionais, de natureza descritiva, que orientam e justificam as condutas. A título de exemplo, refira-se o estudo de Coli, et al. (2020) que ilustra como a representação social da COVID-19 se estrutura no medo, que representa a emoção amplamente partilhada associada ao risco de contágio do estado pandémico.

Por outro lado, o sistema periférico é composto por elementos mais flexíveis e adaptáveis, que concretizam, ajustam e defendem o núcleo central perante novas situações e desafios (Abric, 1993; Abric, 1998; Chaves & Silva, 2013). Ele agrupa todos os elementos da representação que não fazem parte do núcleo central e atualiza e contextualiza a representação social, permitindo que se adapte a diferentes contextos sem perder a sua coerência interna (Pavarino, 2003 citado por Parreira, et al.,2018; Moliner & Abric, 2015). Ao contrário do sistema central, o sistema periférico é muito mais sensível e influenciado pelas características do contexto imediato, permitindo a integração de experiências e histórias individuais, admitindo heterogeneidade do grupo e contradições. Também desempenha três funções, são elas: a função de concretização, de regulação e de defesa (Abric,1998, citado por 1998 citado por Chaves & Silva, 2013). A função concretizadora está relacionada com o processo de ancoragem da representação na realidade (Le Monaco et al.,2016; Skandrani-Marzouki et al., 2015), a de regulação tem um papel fundamental na adaptação da representação social às evoluções do contexto, e a função defensiva da representação, protege o núcleo central de contradições que possam aparecer (Abric,1993).

Assim, por exemplo, a par dos elementos que representam a imagem coletiva e consensual do Coronavírus (medo, contágio, pandemia), a representação é enriquecida por outros elementos relacionados às consequências físicas do vírus, tais como a morte e a doença, a situação diária de quarentena e o conhecimento sobre o próprio vírus (Coli, et al.,2020).

Desta forma, a existência deste duplo sistema, central e periférico, que permite compreender, algumas características aparentemente paradoxais das representações: a flexibilidade e estabilidade, a consensualidade e pluralidade (Valentim, 2022). Com base nestas formulações teóricas, a abordagem estrutural tem vindo a desenvolver várias metodologias com vista à identificação da estrutura e organização interna do campo representacional, nomeadamente as tarefas de associação verbal e análise lexicográfica (Le Monaco et al., 2016).

1.2.3. Abordagem Sociodinâmica

Doise (1985/1992) foca-se na análise das representações sociais em relação às dinâmicas sociais e às relações de poder, na qual o presente estudo também se baseia. Doise (1985/1992) destaca como as representações sociais são influenciadas por fatores sociais, como a estrutura de poder e a dominação social, e como essas representações mudam ao longo do tempo. Ele explora o princípio da homologia estrutural, que sugere que as estruturas sociais e de poder afetam diretamente o senso comum e, por consequência, as representações sociais (Doise, 1985/1992). A abordagem também considera a importância das ancoragens, que são elementos centrais que garantem a estabilidade das representações sociais perante mudanças, fornecendo uma visão sobre como as representações sociais evoluem e são moldadas pelas interações sociais e contextos de poder. Doise, et al. (1992, p. 4) destacam que as representações sociais são princípios organizadores que podem resultar em posições divergentes entre indivíduos.

1.2.4. Abordagem Dialógica

Autores como Marková (2000) apresentam uma nova abordagem às representações sociais, olhando-as como fenómenos intrinsecamente ligados à linguagem e à comunicação, destacando a importância do discurso na construção e disseminação dessas representações (Marková, 2003, 2008, 2016).

Em síntese, a evolução do conceito de representações sociais, desde Durkheim (1898) até Moscovici (1961) e os autores subsequentes (Abric, 1994, Doise, 1985 & Jodelet, 1984),

reflete uma transição de uma visão estática e homogênea das representações coletivas para uma concepção dinâmica e plural das representações sociais.

1.3. Características e Dinâmicas das Representações Sociais

1.3.1. Processos das Representações Sociais: Objetivação e Ancoragem

Moscovici (1961) identifica dois processos fundamentais nas representações sociais: a ancoragem e a objetivação, sendo a ancoragem o ato de classificar ou denominar um objeto da representação social; enquanto a objetivação consiste em dar uma forma específica, transformando conceitos em imagens concretas, tornando-os parte da realidade (Moscovici, 1961 citado por Valentim, 2022; Sá, 1995 citado por Rodrigues & Rangel, 2013).

Vala (2002) sugere que a objetivação dá materialidade às representações, fazendo com que pareçam expressões de uma realidade natural, o que dificulta a sua modificação (Rothbart & Taylor, 1992 citado por Vala & Castro, 2013). Moscovici e Hewstone (1984 citado por Vala & Castro, 2013) apontam três processos inerentes: a personificação, onde figuras públicas simbolizam ideias complexas (e.g., Freud e a psicanálise); a figuração, que utiliza imagens e metáforas para simplificar conceitos (como a “força” na mecânica); e a ontologização, que confere existência concreta a ideias abstratas. A objetivação é, assim, crucial para a construção social da realidade, permitindo que indivíduos criem significados inovadores dentro de um quadro social existente (Berger & Luckmann, 1966/1991; Roqueplo, 1974 citado por Valentim, 2022).

Este processo pode ser observado no campo da saúde, onde a doença é frequentemente objetivada através de metáforas de guerra, com agentes infecciosos como vírus e bactérias sendo retratados como soldados inimigos (Bastos, 1997 citado por Vala e Castro, 2013). No contexto da COVID-19, estudos de Fasanelli, et al. (2020) e Páez e Pérez (2020) mostram que a doença é objetivada em figuras como heróis (cientistas, pessoal médico), vilões (indústria farmacêutica e jornalistas) e vítimas (idosos e países com maior incidência), além do morcego, identificado como responsável pela transmissão.

A ancoragem, por outro lado, refere-se ao processo de reconhecer objetos não familiares a partir de categorias já conhecidas, integrando-os em sistemas de crenças sociais preexistentes (Chaves & Silva, 2013; Jodelet, 2001 citado por Chaves & Silva, 2013; Vala & Castro, 2013; Valentim, 2022;). Moscovici (2003, citado por Chaves & Silva, 2013 e Vala & Castro, 2013) sugere que esta classificação é socialmente influenciada, facilitando o reconhecimento do desconhecido e dando-lhe uma identidade social. O autor mostrou que a ancoragem, ao criar

uma rede de significados, associa novas ideias a categorias existentes. Além disso, Marková e Wilkie (1987) demonstraram que categorias antigas podem ser usadas para explicar novas doenças, como a SIDA (Moscovici, 1976; Marková & Wilkie, 1987, citado por Vala & Castro, 2013).

No caso da COVID-19, a ancoragem pode ser observada na associação da pandemia com outras grandes crises sanitárias, como a gripe de 1918, ou com a estigmatização de grupos específicos, como os habitantes de Wuhan ou, mais genericamente, “os chineses” (Fasanelli, et al., 2020; Páez & Pérez, 2020). Este processo não só reduz o novo ao familiar, mas também gera novos significados (Vala, 2002 citado por Valentim, 2022).

Wagner e Hayes (2005) sugerem que existe uma relação temporal entre ancoragem e objetivação: as categorias utilizadas para ancorar o desconhecido podem, posteriormente, ser empregues como metáforas no processo de objetivação. Além disso, o posicionamento dos grupos sociais em relação a essas categorias desempenha um papel essencial no processo de ancoragem. Esse aspecto evidencia a importância de integrar a teoria das representações sociais com a teoria da identidade social, como discutido por Breakwell (1993), Doise (1992), Maia e Poeschl (2004) e Vala (1993, citado por Vala & Castro, 2013).

1.3.2. Universos Consensuais e Reificados

Segundo Moscovici (2003, citado por Chaves & Silva, 2013; Rodrigues & Rangel, 2013) os universos consensuais e reificados são fundamentais para a construção da realidade nas representações sociais. O universo consensual corresponde ao conhecimento do senso comum, originado por ideias e experiências quotidianas partilhadas nos grupos sociais, enquanto o universo reificado se refere ao conhecimento científico, baseado em metodologias validadas e pesquisas científicas. Esses conceitos são discutidos por Arruda (2002, citado por de Sousa & de Sousa, 2021) e Sá (1995, citado por Rodrigues & Rangel, 2013).

Ambos os universos interagem e são indispensáveis para a construção de realidades partilhadas e para a interpretação dos comportamentos sociais. O processo de ancoragem e objetivação facilita a troca de conhecimento entre os dois, mas pode gerar tensões quando há discrepância entre o saber científico e o senso comum (Oliveira & Werba, 2013). No entanto, para Moscovici (2003, citado por Chaves & Silva, 2013) as representações sociais adaptam-se para refletir novas compreensões, permitindo que o senso comum integre, sem substituir, o conhecimento científico.

Embora interajam, o senso comum e o conhecimento científico não se sobrepõem, uma vez que cada um oferece formas distintas de compreensão do mundo (Moscovici, 1961). O

senso comum continua a desempenhar um papel central na explicação das relações quotidianas, resistindo à transformação em regras explícitas (Farr, 2003; Jodelet, 2001, citado por Chaves & Silva, 2013).

No contexto da pandemia de COVID-19, a interação entre estes universos tornou-se evidente. O conhecimento científico precisou de ser traduzido para o senso comum, permitindo que a sociedade portuguesa criasse narrativas e estratégias de sobrevivência que equilibravam o saber científico com as experiências quotidianas (Spink, 2003; Jodelet, 2001, citado por Chaves & Silva, 2013).

1.3.3. Funções das Representações Sociais

A compreensão das representações sociais é importante para entender de que forma as pessoas interagem e o que influencia as suas atitudes e comportamentos em sociedade. As representações sociais são reflexo das interações que os indivíduos têm com um objeto, tanto reais quanto imaginárias. Além disso, englobam aspetos objetivos, como dados e factos concretos e simbólicos, como os significados e valores subjetivos que os indivíduos atribuem a esse objeto. Ao entender essas representações torna-se possível entender melhor as dinâmicas e práticas sociais que influenciam o comportamento humano em distintos contextos (Morera et al., 2015).

Segundo Abric (2000, citado por Chaves & Silva, 2013), as representações sociais desempenham quatro funções principais: de conhecimento, identitária, de orientação e justificadora. A função de conhecimento refere-se à forma como os indivíduos usam as representações para interpretar e dar sentido à realidade (Morera et al., 2015). A função identitária tem um papel fundamental na formação e proteção da identidade dos grupos sociais, protegendo a sua especificidade em relação a outros grupos e ajudando a regular a conduta dos indivíduos dentro de uma coletividade, exercendo um papel de controlo social (Abric, 1997; Mugny & Carugati, 1985, citado por Valentim, 2022). A sua função orientadora fornece um conjunto de ideias e significados prévios que ajudam os indivíduos a interpretar o mundo, funcionando como guias para a ação, facilitando a tomada de decisões e a adaptação aos contextos sociais (Abric, 1998). Já a função justificadora relaciona-se com a ajuda de atribuição de sentido a comportamentos e atitudes que os grupos adotam em relação a outros grupos (Morera et al., 2015).

Complementando esta visão, Jodelet (2001, citada por Chaves & Silva, 2013) argumenta que as representações sociais são fenómenos complexos e constantes que englobam elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões e

imagens. A autora destaca que as representações sociais não só guiam o comportamento como também organizam condutas e comunicações sociais, intervindo em processos como difusão e assimilação de conhecimento, desenvolvimento individual e coletivo, definição de identidades e transformação social.

Moscovici (1981, 1998, 2001, citado por Valentim, 2022) sugere que a principal função das representações sociais é transformar algo estranho e pouco familiar em algo familiar, através dos processos de ancoragem e objetivação, processos fundamentais para entender a sua função.

Em suma, as representações sociais são elementos dinâmicos que têm funções cruciais na comunicação, na construção da identidade social e na orientação do comportamento em sociedade. Compreender essas funções é necessário para analisar o impacto das representações sociais da COVID-19 na população portuguesa e a sua relação com os construtos em análise na presente dissertação.

1.4. Representações Sociais em Contextos Pandémicos e de Doença

No contexto de outras pandemias que antecederam à COVID-19, inúmeros estudos exploraram as representações sociais, demonstrando como diferentes contextos influenciam a forma como as pessoas percebem e reagem a crises. A abordagem estrutural tem sido amplamente utilizada para identificar os núcleos centrais e periféricos das representações sociais. Por exemplo, Bezerra et al. (2018) aplicaram a teoria do núcleo central para analisar a representação da SIDA em pessoas com VIH, onde palavras como “doença” e “morte” se mostraram centrais. Estudos semelhantes, como o de Joffe e Haarhoff (2002) sobre o Ébola, destacam a presença de representações estigmatizantes, associando a doença ao medo e à exclusão social.

Paralelamente, a abordagem sociodinâmica permite entender como as representações sociais evoluem em resposta a mudanças no contexto social e nas informações disponíveis. Taha et al. (2014) demonstraram, no contexto da gripe H1N1, que a intolerância à incerteza aumentava a percepção de risco e a ansiedade, enquanto Guedes et al. (2018) destacaram como as experiências pessoais com o vírus Zika influenciaram diretamente as percepções de risco.

Em pandemias anteriores, como o SARS e o MERS, o contexto cultural também se mostrou essencial na formação das representações sociais. Washer (2004) observou que as representações do SARS em Hong Kong e Singapura focavam-se em solidariedade e responsabilidade coletiva, em contraste com a cautela e o medo observados em países ocidentais. Da mesma forma, Choi e Kim (2016) verificaram que, na Coreia do Sul, a confiança

nas autoridades e a perceção de risco influenciaram as respostas comportamentais ao MERS, com implicações diretas na adoção de comportamentos preventivos.

Por fim, um estudo de Honigsbaum (2013) observou como a imprensa britânica moldou as representações sociais da pandemia de 1918-1919, explorando como o medo e as reações públicas à Gripe Espanhola influenciaram as perceções coletivas e individuais.

1.4.1. Covid-19: Contextualização

A pandemia da COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, surgiu no final de 2019, transformando-se rapidamente numa emergência pública de preocupação universal (World Health Organization (WHO,2020); Li et al. 2020; Munster, et al. 2023; Sharma,et al., 2020; Stoecklin et al. 2020; She et al., 2020;Velavan & Meyer, 2020; Xu et al.2020) considerando a sua forte taxa de mortalidade (Li et al. 2020; Munster et al., 2023). Declarada pandemia mundial a 11 de março de 2020 (Ong et al. 2020; Velavan & Meyer, 2020; Xu et al., 2020), foram reportados cerca de 776 milhões de casos de COVID-19 e aproximadamente 7,1 milhões de mortes globalmente. Em Portugal, foram registados perto de 5,7 milhões de casos e 28,4 mil mortes (WHO, 2024; Worldometer, 2024).

A sua rápida transmissão explica-se, em parte, pela sua forma de propagação: a doença transmite-se principalmente através de secreções respiratórias e contacto direto com superfícies contaminadas (Xu et al.2020), podendo ainda propagar-se pelo ar através de pequenas partículas exaladas por pessoas infetadas (Liu et al., 2020).

A doença manifesta-se através de uma variedade de sintomas que podem variar de leves a graves, apresentando uma evolução que varia conforme o risco individual de desenvolver sintomatologia mais grave (Burki, 2020; Huang et al. 2020; Huang & Zhao, 2020; Sarangi et al., 2023; Wang et al., 2020; Xiao, 2020; Zhu et al., 2020; Direção-Geral da Saúde, (DGS,2022)). Ainda que os sintomas mais comuns incluam febre, tosse seca e fadiga (WHO,2024); Serviço Nacional de Saúde, (SNS,2024)), a COVID-19 pode levar a complicações graves (Velavan & Mayer, 2020; Cascella, et al.,2020; Villgas-Chiroque, 2020 citado por Do Bú,et al., 2020) especialmente em homens, idosos e pessoas com comorbidades, sendo que a taxa de mortalidade aumenta com a idade e é particularmente elevada em pessoas com mais de 80 anos (Sharma, et al., 2020). Ainda que constituam uma parte substancial dos casos, existem também indivíduos infetados, mas assintomáticos, capazes, no entanto, de transmitir o vírus, e que representam um desafio significativo no controlo da pandemia (Oran & Topol 2020; Byambasuren et al., 2020).

O tratamento da COVID-19 evoluiu significativamente ao longo dos anos e é definido de acordo com a gravidade da sintomatologia, que vai desde o alívio de sintomas e, em casos mais graves, à hospitalização e abordagens mais intensivas (SNS, 2024). A vacinação tornou-se uma estratégia crucial para controlar a propagação do vírus e reduzir a gravidade da doença, apresentando uma alta eficácia na prevenção de infeções graves e na redução de hospitalizações e mortes relacionadas à COVID-19 (Polack et al., 2020; Baden et al., 2021).

A resposta internacional focou-se em medidas rigorosas de saúde pública, exigindo responsabilidade individual e coletiva (Wang et al., 2020; Paules et al., 2020; Adhikari et al., 2020; Wilder-Smith et al., 2020; Nussbaumer-Streit et al., 2020; Kamerlin & Kasson, 2020). Desde o início da crise, foram adotadas várias medidas profiláticas, como o distanciamento físico (Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020); Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD, 2020),) a quarentena (CDC, 2020), a higienização das mãos e uso de máscaras (Faro et al., 2020). Medidas adicionais incluíram orientações sobre etiqueta respiratória, proibição de aglomerações e fecho de escolas e espaços públicos (Agrawal et al., 2020; Direção-Geral da Saúde DGS,2020).

Em específico, Portugal implementou várias medidas para conter a propagação da COVID-19, incluindo orientações sobre distanciamento social, uso de máscaras e medidas de higienização com rápida adesão por parte da população (DGS, 2020). A OMS também enfatizou a importância de adaptar as medidas com base no cenário de transmissão e continuar a acumular conhecimento científico para enfrentar a pandemia (WHO, 2020).

1.4.2. Covid-19 enquanto objeto de estudo

A pandemia de COVID-19 emergiu como um desafio global, exigindo da comunidade científica uma rápida resposta para compreender o fenómeno e o seu impacto social (Pinto, et al. 2022). Neste sentido, a OMS ressalta a importância de incluir as ciências sociais na compreensão das práticas de prevenção e resposta (Magomedov et al., 2020; Torres-López et al., 2017 citado por Salas-Durán et al.,2021) a fim de também se compreender como é que os indivíduos se organizam socialmente perante a ameaça de adoecer (Sá-Serafim, 2013 citado por Do Bú et al., 2020).

Em particular, a psicologia social tem investigado as perceções, atitudes e comportamentos das pessoas em relação à pandemia, além do impacto emocional e fatores como resiliência e saúde mental (Gomes & Vieira-dos-Santos, 2021; Alves et al., 2020; Sousa et al. 2022; Gautam & Tewari, 2023; Vinkers et al., 2020; Vindeggard & Benros, 2020; Wang

et al., 2021). Fatores sociodemográficos, como idade, género e estatuto socioeconómico, também têm sido analisados para entender as respostas individuais e coletivas à pandemia, oferecendo *insights* essenciais sobre o comportamento humano em tempos de crise (Miguez et al., 2023).

Livingstone (2020) enfatiza a importância das normas sociais na resposta à pandemia, enquanto Smith e Gibson (2020) destacam a necessidade de considerar fatores psicossociais, como identidades e valores, para uma resposta mais eficaz. Bavel et al. (2020) e Meier, et al. (2021) sublinham a relevância da psicologia para alinhar o comportamento humano com as recomendações de saúde pública e promover comportamentos benéficos durante a pandemia. Já os autores Moya e Willis (2020) exploram a aplicação de teorias psicológicas na compreensão das consequências da pandemia, enquanto Bouguettaya et al. (2022) investigam as dinâmicas sociais, como a culpa, e a desinformação durante a crise.

Estudos bibliométricos indicam um aumento exponencial na pesquisa sobre COVID-19. (Gregorio-Chaviano et al.,2020; Alba-Ruiz,2020; Torres-Salinas,2020; Chahrour et al., 2020). A COVID-19 tornou-se, assim, um foco de estudo em diversas áreas e a sua ampla cobertura nos *media* contribuiu para a formulação de teorias populares sobre o vírus e a pandemia, refletindo-se no esforço coletivo por parte da comunidade científica para explicar e enfrentar esta crise (Velavan & Mayer, 2020; Xu et al., 2020 citado por Do Bú et al., 2020).

1.4.3. Covid-19 à Luz da Teoria das Representações Sociais

A pandemia de COVID-19 pode ser analisada como um fenómeno social significativo, especialmente através da Teoria das Representações Sociais a fim de se investigar as percepções, sentimentos e ações das pessoas em relação à COVID-19, captando como a sociedade simboliza e interpreta este evento global (Pinto, Coelho & Caputo, 2022).

Estudos demonstram que a TRS é particularmente eficaz para entender a diversidade de conceitos de saúde e a construção social de surtos de doenças em diferentes contextos culturais (Flick, 2000, citado por Ittefaq et al., 2021). Perante uma mudança social abrupta, como a causada pela COVID-19, a TRS permite analisar como essas transformações são integradas no senso comum, oferecendo um quadro teórico para entender a resposta coletiva à pandemia (Eicher & Bangerter, 2015).

No contexto da pandemia, as representações sociais ajudam a decifrar as estruturas de pensamento que orientam comportamentos em situações de crise e informam futuras intervenções de saúde pública (Páez & Pérez, 2020). Ao fornecer significados partilhados, essas representações orientam as ações individuais e coletivas.

A necessidade de compreender as percepções e comportamentos da população durante a pandemia destacou a importância das ciências sociais e comportamentais na resposta à crise (Bavel et al., 2020). A TRS explora como as comunidades constroem conhecimentos comuns sobre a doença, a sua origem e as medidas preventivas, sendo um conceito dinâmico que se adapta às mudanças na sociedade (Valentim, 2022). Além disso, a pandemia desafiou a ciência a entender um fenómeno novo e impôs às autoridades de saúde pública a responsabilidade de orientar a população, tendo sido crucial garantir que a população tivesse acesso a informações corretas para tomar decisões informadas durante a pandemia (Comissão Europeia, (CE,2020)).

Para controlar a “epidemia” de *fake news*, que pode ter consequências graves na vida e na saúde dos cidadãos, é essencial que se utilize o conhecimento sobre a criação e disseminação de informações falsas. Neste contexto, a TRS oferece uma perspectiva valiosa, auxiliando na compreensão de como os grupos sociais constroem e partilham significados perante a desinformação e respetiva disseminação (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

1.4.4. Representações Sociais da COVID-19: Uma Perspetiva Global de Estudos

As representações sociais da COVID-19 têm sido essenciais para compreender como diferentes grupos populacionais percebem e respondem à pandemia. A abordagem estrutural proposta por Abric (1994) é amplamente utilizada para investigar como crenças e atitudes são organizadas em elementos centrais, mais estáveis, e periféricos, que refletem variações contextuais. Complementando essa abordagem, Spink (1993) destaca o papel ativo dos indivíduos na construção dessas representações, entendendo-as como processos dinâmicos que combinam símbolos e categorias que facilitam a comunicação e refletem as ideologias moldadas pela interação entre o indivíduo e a sociedade. É de importância compreender as suas funções simbólicas e ideológicas que circulam sob diversas formas e que são reinterpretadas conforme os grupos sociais e os seus processos de socialização. Pesquisas realizadas em diferentes contextos e populações têm explorado essas dinâmicas.

Entre os profissionais de saúde, Coelho et al. (2021) identificaram, através da análise estrutural pela técnica de evocações livres, elementos centrais como: “medo”, “isolamento” e “morte”, enquanto termos como “tristeza”, “dor” e “insegurança” estavam na periferia. Os resultados destacaram que as representações estavam fortemente associadas a sentimentos negativos, refletindo o impacto emocional da pandemia nos enfermeiros no Brasil. Ainda no Brasil, Ferreira et al. (2022) encontraram resultados semelhantes ao estudar mulheres idosas e na análise estrutural, palavras como “morte”, “medo”, “doença” “tristeza” e “máscara” também

pertenciam aos candidatos ao núcleo central, sinalizando percepções de risco intensificadas pela vulnerabilidade dessa população e o impacto emocional sentido pelos idosos.

Houve palco a estudos que analisaram as representações sociais de forma mais abrangente, como o de Bezerra et al. (2020), investigando a estrutura das representações sociais do “coronavírus” e “pandemia” para perceber como as pessoas percebem e justificam as suas práticas face à situação de crise. Os autores utilizaram a abordagem estrutural e identificaram elementos centrais como “doença”, “pandemia”, “vírus”, “medo” e “epidemia” no caso do coronavírus; para a pandemia, encontraram “doença”, “medo”, “mundo”, “pânico”, “caos”, “mundial”, “global”, “surto” e “perigo”, destacando a sua dimensão global e sofrimento emocional partilhado pelos participantes.

Já numa análise longitudinal, Joia et al. (2022) observaram mudanças significativas na estrutura das representações sociais entre 2020 e 2021. Com a utilização do software IRAMUTEQ categorizaram, através de análise de conteúdo, as evocações livres de participantes organizando-as por ordem média de evocação na análise estrutural. Os pesquisadores constataram que categorias como “política e governo” e “morte” se tornaram centrais em 2021, enquanto o significado de “distanciamento social” evoluiu embora se tenha mantido no núcleo central, passando de uma medida protetora a uma fonte de sentimentos negativos, como solidão e falta de liberdade; enquanto o “medo” manteve a sua centralidade em ambos os anos.

Numa perspetiva mais específica no papel do medo, Rateau et al. (2023) exploraram as percepções sobre as origens do vírus e o seu impacto nas representações sociais, utilizando evocações livres e análises de frequência de classificação. Categorizaram as percepções de origem da COVID-19 em: “intervenção humana direta e indireta” “intervenção não humana” e “ausência de intervenção intencional” e tentaram entender como isso influenciava a comunicação preventiva em saúde pública. Os resultados revelaram uma forte convergência nas representações da COVID-19 com elementos centrais como: “contágio”, “*lockdown*” “medo”, “morte” e “doença”. As possíveis origens do vírus foram associadas a mudanças nas representações sociais. Os autores revelam que o medo é um elemento central, influenciando a forma como as pessoas percebem o risco e aderem a medidas preventivas. Esse medo, por sua vez, pode ser adaptativo, incentivando comportamentos protetores, mas também pode fomentar altos níveis de stress e crenças conspiratórias, especialmente com a cobertura mediática e a disseminação de informações falsas.

Na Europa, os estudos também revelaram padrões interessantes. A exemplo, Gomes e Vieira-dos-Santos (2021), procuraram caracterizar atitudes e conhecimentos sobre o vírus na população adulta portuguesa, sugerindo a existência de dois grupos: um com atitude favorável e outro com uma atitude menos favorável. A análise estrutural indicou como elementos centrais: “medo” “pandemia”, “doença” e “vírus”, que revelam uma tentativa de descrição da situação. E termos periféricos como “quarentena” e “distanciamento social”, que descrevem a experiência pandémica de forma mais prática.

Do Bú et al. (2020) exploraram como a população brasileira percebe e partilha informações sobre o coronavírus, através da categorização de evocações livres. A análise revelou diferenças significativas nas representações sociais com base em várias variáveis sociodemográficas como género, rendimento e região geográfica. Estas diferenças evidenciam a necessidade de considerar especificidades de cada grupo nas representações sociais. No seu estudo a génese das representações sociais do novo coronavírus foi marcada por preocupações relativas à sua propagação e implicações psicossociais e afetivas.

Na Espanha, Eiguren et al. (2021) analisaram as representações sociais e emocionais entre idosos. A génese das representações assentou em dois eixos: “risco social” e “como o risco social me afeta”. As representações refletiram sentimentos de medo, incerteza, e vulnerabilidade especialmente relacionados à falta de uma comunicação clara e contraditória por parte do governo e dos *media*. No entanto, os autores descobriram que para os idosos as orientações de cientistas e médicos são apresentadas como fontes credíveis. Por outro lado, também surgiram sentimentos de solidão e emoções negativas associadas à morte.

Representações sociais associadas à saúde mental também foram amplamente analisadas. A exemplo, Cavalcanti et al. (2021) investigaram as representações sociais de estudantes universitários brasileiros da “*covid-19*” e da “saúde mental”. Para o estímulo COVID-19, as mulheres focaram-se mais nos aspetos emocionais como “medo” e “ansiedade”, enquanto os homens enfatizaram os aspetos práticos como “prevenção”. Participantes com maior escolaridade associaram a pandemia a medidas preventivas como “máscaras” e “vacinas”, enquanto os com menor escolaridade destacaram emoções relacionadas à “morte” e “insegurança”. Para o estímulo “saúde mental” evocaram fortemente os impactos emocionais da pandemia, como “ansiedade” “tristeza e angústia, especialmente entre mulheres e estudantes que não tinham contraído covid-19. Por outro lado, estudantes que tinham estado infetados relatavam mais aspetos relacionados ao impacto psicológico da doença. Já os participantes com

mais escolaridade, destacaram elementos de proteção emocional como “fé” e “família”. Os resultados evidenciam que as representações da pandemia são moldadas por diferenças sociodemográficas e experiências pessoais.

Entre os italianos, Melotti et al. (2022) investigaram a relação entre crenças em teorias da conspiração e hesitação vacinal e dimensões psicológicas em escalas, destacando quatro grupos de representações: os cidadãos ancorados em dados factuais da pandemia, cidadãos com baixa confiança nas medidas preventivas governamentais, pessoas emocionais e minoria que nega a existência do covid-19. Os autores analisaram os processos de ancoragens psicológicas e psicossociais no contexto de pandemia por COVID-19, através da análise fatorial.

Idoiaga et al. (2022) analisaram a evolução das representações na Espanha durante os primeiros meses de crise, constatando que emoções como raiva e fadiga emocional prevaleciam antes do *lockdown*, enquanto sentimentos como desconfiança e resiliência emergiram após o estado de emergência. Realizaram também uma análise de similitude que revelou que o medo da pandemia esconde uma grande variedade de emoções.

De forma semelhante, Prati et al. (2021) exploraram categorias das representações sociais na Itália, sendo as principais: “Propagação do vírus”, “sentimentos negativos” “vida durante a quarentena” e “consequências do vírus para a saúde”. Os autores identificaram diferenças nas representações associadas à idade, género, bem-estar e sintomas de saúde mental. Os resultados revelaram diferença nas percepções de risco e emoções, com os adultos mais velhos a apresentar menos emoções negativas e uma menor percepção de risco de infecção, embora com maior percepção de risco de morte, mostrando também mais apoio às medidas de restrição. Relativamente às respostas emocionais os mais velhos, foram menos afetados pelas medidas de *lockdown* uma vez que tiveram menos mudanças significativas no estilo de vida. Os resultados deste estudo indicaram que a idade tem uma influência significativa na forma como as pessoas percebem e reagem à pandemia.

Além disso, o estudo de Chen et al. (2022) destacou a relevância das redes sociais na construção e propagação de representações sociais analisando 40 milhões de *posts* na China, a partir da Teoria das Representações Sociais. Os autores observaram uma mudança de narrativas clínicas para discursos mais pessoais e políticos, tendo identificado também uma falha na comunicação eficaz sobre ciência e riscos, dividindo as representações sociais em três grupos: líderes de opinião, público e governo, tendo sido as representações mais fortes observadas entre público e líderes de opinião.

Por outro lado, Dominguez et al. (2021) identificaram associações entre ansiedade e discurso de ódio em redes sociais, em *tweets*, ligadas à saúde mental e ao impacto emocional da pandemia. Por fim, Jaspal e Nerlich (2020) propuseram um modelo psicossocial integrativo para compreender as reações humanas à pandemia, destacando fatores como confiança política, identidade social e percepção de risco. Esses fatores, segundo os autores, influenciam diretamente a adesão às medidas de saúde pública e devem ser considerados em campanhas de comunicação para promover comportamentos saudáveis de forma eficaz. Souza e Machado (2020) reforçam que as representações sociais desempenham um papel crucial no planejamento de políticas públicas, afetando diretamente a forma como as intervenções governamentais são recebidas pela população.

Em resumo, os estudos apresentados indicam que as representações sociais da COVID-19 são multifacetadas e influenciadas por uma variedade de fatores sociodemográficos, emocionais e culturais. Estes estudos, revelam um quadro complexo e dinâmico, onde a pandemia é não apenas uma crise sanitária, mas também uma crise de representações, sentimentos e respostas coletivas.

Capítulo 2 - Perspetivas Psicossociais sobre as Representações da COVID-19

2.1. COVID e Stress Percebido: impacto na saúde mental

A pandemia de COVID-19 trouxe repercussões profundas nas esferas social, psicológica e económica, conforme documentado por diversos estudos científicos que oferecem uma visão abrangente do impacto global da crise. No campo da saúde mental, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% durante o primeiro ano da pandemia (WHO, 2022). Também Alzueta et al. (2020) enfatizaram o impacto emocional global, assim como Moreno et al. (2020), que observaram o aumento do risco de problemas de saúde mental, tanto em indivíduos saudáveis quanto naqueles com condições pré-existentes.

Investigações como as de Yuan et al. (2022) e Xiong et al. (2020) confirmam a alta prevalência de sintomas como depressão, ansiedade e insónia, com variações entre grupos, assim como stress na população, já que os níveis de stress e ansiedade aumentam significativamente durante pandemias (Shigemura et al., 2019; Elsary & El-Sherbiny; 2023).

O stress é uma resposta individual a exigências desafiantes que afetam tanto o corpo como a mente (de Oliveira, 2006). Pode manifestar-se através de reações físicas, psicológicas e hormonais (Quick et al., 2000; Lipp, 1984). Este conceito tem sido explorado sob três perspetivas: a ambiental, focada em eventos de vida; a psicológica, centrada na percepção

subjetiva de stress; e a biológica, que estuda a ativação dos sistemas fisiológicos (Cohen e Kessler, 1997; Kopp et al., 2010).

O estado de *stress* é ativado quando o indivíduo enfrenta mudanças que produzem instabilidade, independentemente do significado atribuído à situação (Guillet & Hermand, 2006). Este estado gera reações emocionais que agravam ainda mais o *stress* (Lipp, 1983; de Oliveira, 2006). Lazarus (1995) propôs que a percepção de stress é mediada pela avaliação cognitiva, na qual o indivíduo analisa a ameaça da situação, e pelas estratégias de *coping*, que são recursos pessoais utilizados para lidar com a situação. Assim, o stress é o resultado da avaliação das exigências internas e externas (Fonseca et al., 2018; Lazarus, 1995), com foco na percepção subjetiva do *stress* percebido (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983).

Estas experiências de *stress* podem ser desencadeadas tanto por eventos objetivos como por sensações subjetivas e pensamentos, dependendo das idiossincrasias de cada indivíduo (Serra, 2005/1999). Enquanto algumas situações potencialmente stressantes não são causadoras de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984), o *stress* pode, em alguns casos, ser positivo, ajudando o indivíduo a tomar decisões e resolver problemas (Lazarus, 1995).

No caso da COVID, a alteração nas contingências sociais e económicas contribuíram para o aumento do *stress* e ansiedade durante a pandemia, incluindo o medo de contrair o vírus e preocupação com as consequências socioeconómicas (Taylor et al., 2020). A intolerância à incerteza identificada noutras pandemias como a H1N1, também desempenharam um papel relevante na ansiedade (Taha et al., 2014). A quarentena e o isolamento social, embora necessários para conter a propagação do vírus, tiveram um impacto significativo na saúde mental, causando ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Brooks et al., 2020), ainda que reduzido por estratégias de *coping*, como o suporte social (Gori et al., 2022; Zhou et al., 2023). Os principais fatores de stress incluem o medo da infeção, frustração, falta de informações claras e a crise económica, que afetaram negativamente o bem-estar emocional das pessoas (Brooks et al., 2020). Adicionalmente, o distanciamento social e as restrições nas atividades de lazer aumentaram a sensação de isolamento, diminuindo as emoções positivas como a felicidade (Li et al., 2020). Para os infetados e não infetados, estudos de Lopes et al. (2021) e Taurisano et al., (2022) demonstram que os infetados experienciaram níveis mais elevados de *stress* e depressão, particularmente as mulheres. Villa e Crege (2022) corroboram que os infetados apresentaram maior *stress* e menor qualidade de vida.

Entre estudantes, a saúde mental foi amplamente investigada. Elsary e El-Sherbiny (2023) identificaram altos níveis de *stress* entre estudantes de áreas não médicas, enquanto Bedoyacardona et al. (2023) e Kolozsvári et al. (2023) exploraram o impacto psicológico e as

estratégias de *coping*. Estudantes brasileiros também apresentaram altos índices de ansiedade e depressão (Cavalcanti et al., 2021; Filho et al., 2023).

Estudos revelaram que 25% da população chinesa apresentou sintomas graves de *stress* e ansiedade (Wang et al., 2020) e, em expressões globais, estudos em países como os EUA e o Canadá também reportaram um aumento dos problemas de saúde mental na fase inicial da pandemia (Khan et al., 2020).

O impacto psicológico foi mais acentuado entre pacientes infectados ou suspeitos de infecção, que experienciaram medo, ansiedade, solidão e raiva (de Medeiros et al., 2020; Shigemura et al., 2019). Hubbard et al. (2021) referem que mulheres, jovens e residentes em áreas sociais foram mais afetados psicologicamente, com fatores de risco como solidão, falta de suporte social, percepção exacerbada de risco e representações negativas da doença a agravarem os problemas de saúde mental. Investigações como as de Yuan et al. (2022) e Xiong et al. (2020) confirmam a alta prevalência de sintomas como depressão, ansiedade e insônia, com variações entre grupos.

Por fim, a prevalência de sintomas como ansiedade, insônia, raiva e perda de energia foi observada tanto em estudos realizados na China como globalmente, com uma taxa significativa de sintomas moderados a graves entre a população geral (Wang et al., 2020; Qiu et al., 2020). Estes efeitos foram novamente mais pronunciados em grupos como mulheres mais velhas e jovens, que lidam com incertezas sobre o futuro e as restrições de liberdade (Kazmi et al., 2020), tendo a necessidade de apoio psicológico durante este período sido essencial para aliviar o impacto da pandemia na saúde mental (Johnson et al., 2020; Duan & Zhu, 2020).

2.2. Percepção de Risco face à COVID-19

A percepção de risco é uma componente fundamental do comportamento humano, particularmente em contextos de incerteza e ameaça à saúde. Pode ser definida como a avaliação subjetiva que os indivíduos fazem sobre a probabilidade de serem afetados por um determinado perigo, assim como sobre as potenciais consequências desse evento para a sua saúde e bem-estar (Darker, 2013). Em comparação com outros tipos de risco, como os riscos ambientais, o entendimento sobre a percepção de riscos associados a doenças infecciosas, como a COVID-19, ainda é limitado, sendo uma área em desenvolvimento na pesquisa científica (de Zwart et al., 2007).

Os estudos sobre percepção de risco têm se concentrado, predominantemente, em pandemias anteriores, como a gripe suína H1N1 (Rudisill, 2013; Prati et al., 2011), o surto de Ébola (Prati & Pietrantonio, 2016; Fischhoff et al., 2018; Yang & Chu, 2018) e epidemias de

SARS e gripe das aves (Leppin & Aro, 2009). No entanto, a pandemia de COVID-19 introduziu novas variáveis que modificaram a forma como os indivíduos percebem e reagem ao risco, especialmente em virtude das diferentes experiências sociais e culturais que emergem durante crises sanitárias globais. Nesse sentido, Lo Presti et al. (2022) destacam que a percepção de risco em relação à COVID-19 apresenta variações consideráveis entre os indivíduos e comunidades, sendo influenciada por uma série de fatores, como a informação recebida, as experiências pessoais e as características sociodemográficas. Lo Presti et al. (2022) sugerem que fatores como o gênero, por exemplo, podem resultar em percepções de risco distintas, com as mulheres, em geral, a reportar uma maior preocupação em relação à possibilidade de contrair o vírus, o que, por sua vez, leva a uma maior adesão a comportamentos preventivos.

A psicologia social, conforme abordada por Meier et al. (2021), tem se revelado uma ferramenta crucial para compreender as mudanças no comportamento e nas percepções sociais durante a pandemia. Os autores investigaram o papel do medo e da percepção de risco, sugerindo que, em contextos de elevada ansiedade, como o vivido durante a pandemia de COVID-19, as pessoas tendem a adotar mais comportamentos protetores, como o uso de máscara e a higienização das mãos. No entanto, Meier et al. (2021) argumentam que, à medida que o medo diminui, fatores como a percepção da gravidade e da probabilidade de contágio tornam-se mais determinantes nos comportamentos preventivos. Essa transição reflete a complexidade das percepções individuais de risco, que não dependem apenas de fatores emocionais, mas também da avaliação racional da situação. Além disso, os autores destacam que a informação recebida, especialmente por intermédio dos meios de comunicação, tem um papel fundamental na formação dessas percepções e na modulação dos comportamentos adotados pelas pessoas.

Em consonância com essa perspectiva, Carochinho (2011) propõe uma análise mais aprofundada das dimensões da percepção de risco, que descreve como sendo multidimensionais e influenciadas por fatores sociais, culturais e individuais. Carochinho (2011) defende que a percepção de risco envolve três dimensões principais: o grau de informação sobre o risco, a controlabilidade da ameaça e o envolvimento pessoal. A autora argumenta que o medo tende a ser mais acentuado quando o perigo é percebido como incontrolável e quando os indivíduos sentem que não têm autonomia sobre a situação. Esse contexto leva a uma maior propensão a adotar comportamentos preventivos, como estratégias de prevenção pessoal, ou a procurar informações de especialistas. A autora também sugere que uma baixa percepção de risco pode reduzir a disposição dos indivíduos para aderir a medidas de segurança, influenciando, assim, a adesão às recomendações das autoridades de saúde.

O trabalho de Guo et al. (2023) complementa esta análise ao destacar a multiplicidade de fatores que influenciam a intenção de adotar medidas protetoras. Para os autores, a percepção de risco é um determinante central do comportamento preventivo, pois uma compreensão clara do perigo de uma doença leva as pessoas a tomar decisões mais informadas e a adotar comportamentos mais eficazes em termos de prevenção. Guo et al. (2023) identificam também a autoeficácia, as normas subjetivas e as atitudes individuais como fatores adicionais que interagem com a percepção de risco, reforçando a ideia de que os comportamentos de saúde não são apenas uma resposta à avaliação do risco, mas também são modelados por crenças pessoais e pela exposição a informações sobre a doença.

No contexto da COVID-19, o estudo de Jones et al. (2021) corrobora a importância da informação para a formação de uma percepção de risco precisa. A revisão sistemática realizada pelos autores revelou que a exposição a informações claras, precisas e confiáveis sobre o vírus, juntamente com uma comunicação eficaz das medidas de prevenção, está fortemente associada a uma percepção mais realista do risco. Consequentemente, comportamentos de saúde mais seguros, como o distanciamento social e o uso de máscaras, foram observados entre aqueles que tiveram acesso a essas informações.

Brown et al. (2022) reforçam essa conclusão, ao sugerirem que as percepções de risco variam ao longo do tempo, em resposta à evolução da pandemia e aos diferentes estágios da crise sanitária. Os autores notaram picos de preocupação durante períodos de aumento de casos e mortalidade, indicando que as percepções de risco estão, de facto, em constante mudança.

Por fim, a disseminação de informações precisas e confiáveis foi considerada essencial para reduzir a incerteza e promover comportamentos adequados de saúde pública. Dryhurst et al. (2020) apontam que existiram variações nas percepções de risco em diferentes partes do mundo, o que sugere que o contexto sociocultural e político também desempenha um papel fundamental na forma como os indivíduos reagem ao risco. Nesse sentido, a adaptação das estratégias de comunicação, a fim de promover uma melhor compreensão dos riscos, é essencial para garantir a eficácia das políticas de saúde pública e a adesão das populações às medidas preventivas.

2.3. Confiança na Imunidade de Grupo

A imunidade de grupo, também conhecida como imunidade comunitária ou proteção indireta, refere-se à proteção de indivíduos suscetíveis numa população quando uma proporção significativa de pessoas se torna imune a uma infeção, seja por vacinação ou infeção natural.

Este conceito impede a propagação de doenças, já que indivíduos imunes limitam a cadeia de transmissão, reduzindo assim o risco para os não imunes (Fine et al., 2011; Omer et al., 2020). Historicamente, a imunidade de grupo desempenhou um papel essencial no controlo e erradicação de doenças como a varíola e a poliomielite, onde altas taxas de imunização foram suficientes para eliminar a transmissão sustentada (Fine et al., 2011).

O limiar necessário para alcançar a imunidade de grupo depende do número básico de reprodução (R_0), que representa o número médio de infeções secundárias causadas por um indivíduo infetado numa população totalmente suscetível. Este limiar é calculado como “1 menos o inverso de R_0 ”. No caso do SARS-CoV-2, com R_0 estimado entre 2 e 3, a imunidade de grupo seria atingida quando 50% a 67% da população se tornasse imune (Omer et al., 2020). Contudo, fatores como a diversidade social, a eficácia da imunidade adquirida e a duração da proteção imunológica influenciam o alcance e a sustentabilidade dessa imunidade (Fine et al., 2011; Omer et al., 2020).

Especialmente no contexto da COVID-19, surgem muitos desafios na aplicação prática da imunidade de grupo. Omer et al. (2020) destacam que estratégias baseadas exclusivamente na infeção natural para atingir a imunidade de grupo apresentam riscos elevados, como mortalidade substancial e colapso dos sistemas de saúde. Além disso, a imunidade adquirida por infeção a coronavírus tende a ser temporária, o que dificulta o controlo sustentado da transmissão. Assim, a vacinação é apontada como o método mais seguro e eficaz para alcançar a imunidade de grupo. Fine et al. (2011) reforçam que, mesmo com vacinas eficazes, é necessário garantir alta cobertura vacinal para prevenir surtos, especialmente em populações heterogéneas, onde grupos suscetíveis podem concentrar-se e facilitar a transmissão.

Já a confiança na imunidade de grupo refere-se à crença de que, se uma quantidade suficiente de pessoas for vacinada ou tiver desenvolvido imunidade, toda a população estará protegida. Esta confiança pode influenciar comportamentos de saúde, como a decisão de vacinar-se (Betsch et al., 2015). No entanto, quando essa confiança é excessiva, algumas pessoas podem decidir não se vacinar, acreditando que estarão protegidas indiretamente pela imunidade do grupo, o que pode comprometer a eficácia da imunidade coletiva, como se concluiu num estudo sobre a aceitabilidade da vacina contra o HPV (Brewer & Fazekas, 2007).

A confiança na imunidade de grupo não é estática, sendo influenciada por fatores culturais, sociais e mesmo emocionais. Um estudo recente conduzido por Olaimat et al. (2022) na Jordânia investigou o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas às vacinas contra a

COVID-19, destacando que, embora a maioria das pessoas tivesse uma visão positiva sobre a vacinação, ainda persistiam dúvidas sobre a sua segurança. Tal como Brewer e Fazekas (2007) observaram no contexto da vacina contra o HPV, algumas pessoas preferem a imunidade natural, evidenciando a necessidade de campanhas educativas claras sobre os benefícios da vacinação. Além disso, Olaimat et al. (2022) identificaram que indivíduos vacinados relataram níveis mais baixos de stress em comparação aos não vacinados, sublinhando um impacto positivo não apenas na saúde física, mas também na saúde mental.

A compreensão do conceito de imunidade de grupo também varia conforme o público. Um estudo de Brown et al. (2021) revelou que, durante a pandemia, a percepção desse conceito diferia entre grupos demográficos, com muitos subestimando sua importância ou eficácia. Paralelamente, Smith et al. (2020) demonstraram que uma compreensão mais precisa da imunidade de grupo aumentava a intenção de vacinar-se contra a COVID-19, reforçando a necessidade de uma comunicação eficaz para promover a aceitação da vacinação em massa.

Finalmente, Jones et al. (2022) analisaram as mudanças nas atitudes sobre a imunidade de grupo ao longo do tempo, revelando que o acesso a informações científicas mais precisas resultava em maior compreensão e aceitação pública do conceito. Smith et al. (2021), por sua vez, enfatizam que a confiança na imunidade de grupo é reforçada pela comunicação clara e transparente, destacando o papel das campanhas educativas em diferentes contextos culturais.

2.4. Desafios da Informação e da Comunicação em Tempos de Pandemia

Os meios de informação desempenham um papel crucial na sociedade contemporânea, moldando opiniões e influenciando comportamentos. Desta forma, podemos olhar para os sistemas de comunicação numa perspetiva sobretudo de difusão, propagação e propaganda da informação à luz das representações sociais, na medida em que os meios de informação conferem um espaço de disseminação de conceitos na sociedade (Valentim, 2022).

Embora pouco investigado nas representações sociais, os sistemas de comunicação permitem-nos analisar as comunicações interpessoais e intergrupais, em especial quando existem meios de informação que dão espaço para o senso comum se opor à ciência e à construção do conhecimento, confrontando-a inclusive, nomeadamente ao nível de questões sociais (e.g. vacinação, origem da covid, aquecimento global) e desvalorizando a sua mais-valia para o desenvolvimento do conhecimento (Valentim, 2022). Desta forma, abre-se espaço para as questões associadas ao pensamento social que pode conferir um perigo para a saúde

pública e para o aumento da desconfiança nos meios e órgãos oficiais de informação, assim como no pensamento científico, abrindo caminho para a desinformação e teorias da conspiração.

Neste sentido, o próximo ponto consistirá na análise dos meios de informação, confiabilidade e considerações sobre o seu papel e influência nas pandemias, com especial foco na COVID-19 e o seu impacto na configuração das representações sociais associadas à doença.

2.4.1. Veículos de Informação em contextos pandêmicos: O papel das Redes Sociais, Autoridades de Saúde e Pares

Em tempos de crise, como durante a pandemia de COVID-19, a confiança nas fontes de informação é mais do que uma questão prática; é uma questão de sobrevivência. As atitudes e comportamentos da população dependem profundamente de como as informações são transmitidas, interpretadas e percebidas. Nesse cenário, as redes sociais, autoridades de saúde e pares assumem papéis críticos, moldando percepções de risco e segurança. A DGS (2020) sublinha que essas dinâmicas têm implicações diretas na comunicação em saúde pública, especialmente em momentos de crise.

No entanto, o impacto das fontes de informação é tudo menos uniforme. Garcés-Prettel et al. (2021), ao investigar a situação na Colômbia, destacaram a dualidade das redes sociais: ao mesmo tempo em que facilitavam o acesso à informação, também amplificavam a disseminação de desinformação. Esta dualidade gerava angústia e medo, particularmente no que dizia respeito ao contágio. Curiosamente, os mesmos autores apontaram que conteúdos audiovisuais de entretenimento desempenhavam um papel emocional positivo, fornecendo alívio em meio ao caos informativo. Esse contraste sugere que não é apenas a quantidade de informação que importa, mas também a forma como se transmite e a natureza da fonte.

A saturação informativa, ou “infodemia”, também chamou a atenção de outros estudiosos, como Kiviniemi et al. (2022) que enfatizam que mensagens claras e consistentes provenientes de fontes confiáveis, como governos e organizações de saúde, foram essenciais para incentivar comportamentos protetores. No entanto, a exposição a informações divergentes – frequentemente difundidas nas redes sociais – reduziu a confiança da população, comprometendo a adesão às medidas preventivas. Essa análise ressoa as observações de Arriaga et al. (2021), que relataram como a circulação de *fake news* durante a pandemia teve um impacto emocional negativo e enfraqueceu a adesão às recomendações de saúde pública.

A questão da confiança, segundo Arriaga et al. (2021), é particularmente sensível. Fontes como cientistas e médicos de família emergiram como âncoras de credibilidade, ajudando a aliviar os efeitos da desinformação. Apesar disso, as tecnologias digitais desempenharam um papel ambíguo: enquanto ferramentas como chamadas de vídeo ajudaram a combater a solidão, o consumo excessivo de conteúdos de saúde digital exacerbou a ansiedade e a depressão. Aqui, a dualidade das redes sociais ganha ainda mais destaque, reforçada por Jaspal e Nerlich (2023), que exploraram o papel dessas plataformas na propagação de teorias da conspiração. Esses autores argumentam que redes como *Facebook*, *Twitter* e *YouTube* amplificaram representações sociais céticas em relação à pandemia, criando “bolhas” de desinformação onde os utilizadores procuravam apenas confirmações das suas crenças.

O fenómeno revelou-se, no entanto, de carácter universal e Ekezie e Bosah (2021), ao examinar o contexto da Nigéria, mostraram que a popularidade das redes sociais durante a pandemia também contribuiu para a proliferação de notícias falsas. O estudo revelou uma discrepância preocupante: embora muitos utilizadores dependessem das redes para informação, poucos verificavam as fontes. Esse comportamento reforça a necessidade de colaboração entre governos, organizações internacionais e influenciadores digitais, um ponto que se conecta diretamente às recomendações de Kiviniemi et al. (2022) sobre estratégias eficazes de comunicação para combater a “infodemia”.

Enquanto isso, em Portugal, Rodrigues (2022) destacou o papel dos media tradicionais, ao analisar o *Jornal Publico*, o autor reconheceu que jornalistas especializados e fontes institucionais ganharam a confiança da população, proporcionando uma cobertura precisa e confiável da pandemia. Contudo, também revelou desafios ao observar que a falta de formação científica entre jornalistas, por vezes, prejudicava a qualidade da informação transmitida, levantando questões sobre a complexidade de se comunicar ciência em tempos de incerteza.

Se “voltarmos o olhar para o Brasil”, Lima et al. (2022) exploraram como estudantes universitários recorreram a fontes científicas e autoridades de saúde para orientar os seus comportamentos durante a pandemia. Esse grupo, reconheceu a importância da ciência e priorizou informações confiáveis para adotar medidas como o distanciamento social. Essa observação reforça a tese de que a confiança nas autoridades de saúde é um pilar essencial em contextos pandêmicos, refutando as conclusões de Kiviniemi et al. (2022) e Arriaga et al. (2021).

Por outro lado, a dinâmica das redes sociais como ampliadoras de rumores foi analisada por Cinelli et al. (2020). Segundo esses autores, plataformas como *Twitter e YouTube* não apenas propagavam desinformação, mas também amplificavam informações precisas. Essa dualidade sublinha a necessidade de uma comunicação clara e objetiva, capaz de diferenciar o verdadeiro do falso, um desafio que outros autores também identificaram ao longo de seus estudos.

A confiança não se limita às fontes institucionais ou governamentais. Num contexto mais pessoal e imediato, a confiança nas informações compartilhadas por amigos, familiares e pares têm um impacto igualmente significativo. A ideia de legitimidade da informação, segundo Limaye et al. (2020), tem mudado no contexto dos *media* sociais: cada vez mais os utilizadores vêm, como confiáveis, indivíduos que estão dentro das suas redes de pares e que apoiam a produção e troca de informações valiosas. A quantidade de vezes que essa informação é espalhada aumenta a percepção de legitimidade. Nesse sentido, as redes sociais têm o poder de reforçar tanto a confiança nas informações que circulam entre conhecidos como também de espalhar desinformação de forma mais pessoal e familiar.

Lu et al. (2021) investigaram a confiança percebida em diferentes fontes de informação sobre COVID-19, incluindo profissionais de saúde, instituições acadêmicas, organismos governamentais, *media*, redes sociais, familiares e amigos. Os resultados indicam que, embora as fontes tradicionais como profissionais de saúde, organismos governamentais e instituições acadêmicas sejam geralmente vistas como mais confiáveis, os familiares e amigos também desempenham um papel fundamental na divulgação de informações, muitas vezes com um impacto positivo na intenção de compartilhar informações sobre a COVID-19.

Esse ponto é corroborado por Buturoiu et al. (2022), que exploraram os níveis de confiança em várias fontes de informação durante a pandemia, incluindo fontes governamentais, *media* tradicionais, redes sociais e comunicação interpessoal. Os resultados sugerem que o consumo de notícias e a confiança nas fontes estão interligados, com níveis mais elevados de confiança em fontes credíveis aumentando a conformidade pública com as recomendações oficiais. Ao mesmo tempo, os estudos de Fridman et al. (2020) ressaltam a importância da confiança nas fontes governamentais e em fontes privadas, como os *media*, na adesão às medidas de distanciamento social, observando que variações na confiança por idade e sexo indicam a necessidade de estratégias de comunicação mais segmentadas.

Os diferentes estudos revelam um quadro complexo da pandemia, onde confiança, desinformação e o papel das fontes de informação se entrelaçam de formas complexas. Redes

sociais, autoridades de saúde e mídia tradicionais disputam a atenção da população, influenciando comportamentos e moldando representações sociais. A clareza nas mensagens, a credibilidade das fontes e a responsabilidade na disseminação de informações são aspectos fundamentais para garantir uma resposta eficaz e mitigar os impactos negativos da desinformação em crises de saúde pública. Afinal, como demonstrado por diversos autores, a comunicação em tempos de pandemia é um desafio não apenas face ao vírus, mas contra o caos informativo que ele traz consigo.

2.4.2. Comunicação em Risco

A comunicação eficaz desempenhou um papel crucial durante a pandemia de COVID-19, sendo essencial para promover comportamentos preventivos e reduzir o impacto negativo da crise na saúde pública. Scharnetzki et al. (2023) investigaram como diferentes estratégias de comunicação influenciam a intenção de adotar comportamentos preventivos, como a vacinação. O estudo realizado nos Estados Unidos revelou que a linguagem de esperança foi a mais eficaz em aumentar a intenção de vacinação, sugerindo que uma comunicação positiva pode ser fundamental para envolver a população em momentos de crise. Em contraste, a abordagem centrada em valores comunitários não causou impacto significativo, o que levanta a questão sobre a relevância de moldar as mensagens de saúde pública de forma a impactar emocionalmente os indivíduos.

A importância de uma comunicação clara e coesa é também abordada por Vinkers et al. (2020), que destacam que, em tempos de crise, a clareza na transmissão dos riscos e das estratégias de minimização é fundamental para aumentar a sensação de controle da população e reduzir o stress. A comunicação consistente das entidades governamentais é um fator determinante para garantir uma resposta coordenada e eficaz da sociedade. Os autores ressaltam que medidas imediatas de comunicação, que envolvam informações claras e acessíveis, são imprescindíveis para a construção de uma resposta social eficaz, especialmente em emergências sanitárias.

Gale e Roehrle (2022) reforçam essa perspectiva, ao abordar o papel da psicologia na resposta à pandemia, com ênfase na saúde mental e no comportamento social. Eles argumentam que, em momentos de crise, a confiança nas instituições e as conexões sociais são determinantes para manter a estabilidade, mas podem também facilitar a propagação de comportamentos problemáticos, como a adesão a teorias da conspiração. Os autores sugerem que uma

comunicação transparente pode ajudar a manter a confiança pública, mas também advertem para os riscos de falhas de comunicação que alimentam desinformação e desconfiança.

Além disso, Joia et al. (2022) complementam essa análise ao discutir o papel do medo na comunicação de risco. Para eles, é essencial que as entidades de saúde pública encontrem um equilíbrio entre informar e educar a população sobre os riscos, sem causar pânico. O medo pode ser uma ferramenta poderosa para alertar sobre a gravidade da situação, mas, se mal utilizado, pode levar à irracionalidade nos comportamentos, dificultando a adesão a medidas preventivas.

Portanto, os diferentes estudos convergem para a ideia de que uma comunicação eficaz durante uma crise de saúde pública deve ser cuidadosamente estruturada, levando em conta o impacto emocional das mensagens e a necessidade de fornecer informações claras e tranquilizadoras.

Parte II-METODOLOGIA

Capítulo 3 - Conceptualização do Estudo

3.1. Problema de Investigação e Objetivos

A pandemia por COVID-19 trouxe profundas transformações em diversas esferas da vida social e individual, provocando medo, incerteza, e a necessidade de interpretar o fenómeno à luz das experiências pessoais e coletivas (Nicola, et al., 2020; Brooks et al., 2020; Pfefferbaum, 2020; Van Bavel, 2020).

No âmbito das Representações Sociais, a COVID-19 emergiu como um tema central a ser analisado, visto que as representações formadas sobre a doença influenciam tanto comportamentos preventivos quanto percepções de risco (Gomes & Vieira-dos-Santos, 2021). Para compreender melhor essas dinâmicas, é essencial investigar como os indivíduos organizam as suas representações da pandemia, quais são os elementos mais centrais quando pensam sobre a doença (Abric,1994; Moscovici, 2000) e de que forma essas representações estão associadas a características sociodemográficas e psicossociais (Doise,1982; Do Bú et al.,2020).

Assim, colocou-se como questão de investigação: Como se estruturam as Representações Sociais da COVID-19 na população portuguesa, e de que forma essas representações estão associadas a diferentes grupos, através de variáveis sociodemográficas (como género, idade e nível de escolaridade) e psicossociais (como stress percebido, percepção de risco, confiança na imunidade de grupo e confiança nas fontes de informação)?

De forma a dar resposta à questão principal da presente dissertação, estabeleceu-se o objetivo geral investigar o conhecimento do senso comum sobre a COVID-19 nos adultos portugueses e a sua relação a variáveis sociodemográficas e psicossociais na perspetiva da Teoria das Representações Sociais. Posto isto, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Identificar a estrutura (núcleo central e periférico) das Representações Sociais da COVID-19 numa amostra da população portuguesa;
- 2) Explorar a relação entre perfis de crenças dos participantes a categorias temáticas;
- 3) Identificar os eixos e polos estruturantes das representações sociais da COVID-19.

Os objetivos guiam o desenvolvimento do estudo e fundamentam as opções metodológicas adotadas na análise das Representações Sociais.

3.2. Tipo de Estudo

Para alcançar os objetivos estabelecidos, este estudo tem um caráter exploratório e descritivo, de abordagem mista com predominância qualitativa. De acordo com Ferreira e Coutinho (2020), essa abordagem é eficaz para captar tanto as dimensões subjetivas quanto objetivas do fenómeno, proporcionando uma visão abrangente das perceções, atitudes e comportamentos das pessoas em relação à pandemia. A pesquisa combina dados qualitativos obtidos através da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e dados quantitativos obtidos através de escalas psicossociais e dados sociodemográficos, existindo integração entre os dois conjuntos de dados, apoiado no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (Doise, 2001; Moscovici, 2017).

3.3. Caracterização da Amostra

A amostragem utilizada neste estudo é não probabilística, casual ou por conveniência, tendo sido selecionada uma amostra da população que estava prontamente disponível e acessível aos investigadores, constituindo-se numa abordagem abrangente (Draper, 2020; Ferreira & Andrade, 2021). O objetivo foi reunir um grupo de sujeitos com características específicas através do critério de acessibilidade. Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos ou mais, nacionalidade portuguesa, residir em Portugal durante a pandemia e acesso à internet, uma vez que o questionário foi aplicado *online*. A recolha de dados aconteceu até atingir um número de participantes, considerado adequado para estudos de Representações Sociais, conforme indicado por Wachelke e Wolter (2011) e reforçado por Wachelke et al. (2016) que recomendam grupos maiores para resultados mais estáveis, geralmente com cerca de 100 ou 200 participantes.

O estudo contou com 286 participações, dos quais foram selecionados 253 participantes, com idade média de 34 anos ($M=33,62$ anos, $DP=12,088$, $Md=29$), com idades compreendidas entre os 18 e os 72. Desse corte, 83 % identifica-se com o género feminino. Relativamente à ocupação, cerca de 25% da amostra eram estudantes e 73% tinham uma profissão. Quanto à escolaridade, a maioria 52% eram licenciados, 22% tinham Ensino Médio/Secundário completo e 18% eram mestres, a escolaridade variou entre o 2º ciclo do Ensino Básico (seis anos de escolaridade, 0,8%) e doutoramento (1,1%).

Na sua caracterização geográfica, 20,2% eram do distrito de Lisboa, 18,9% do de Faro, 15% de Évora, 8,3% do Porto, 7,9% de Setúbal, 5,1% de Santarém e os restantes originários dos distritos de Beja, Coimbra, Braga, Vila Real, Aveiro, Castelo Branco, Viana do Castelo,

Viseu, Madeira e Açores (percentuais abaixo dos 5%), 1 participante não respondeu. A maioria era solteira (54%), cerca de 22% era casado, 17% vivia em união de facto. Os restantes eram divorciados e viúvos (percentuais abaixo dos 10%), 1 participante não respondeu.

A amostra define-se geralmente, como jovem-adulta, do género feminino, escolarizada e solteira.

Os participantes também foram questionados se já tinham tido COVID-19, 97% respondeu que não; quanto à questão “suspeitou ter COVID-19”, 72% respondeu que não. 57% da amostra conhecia pessoalmente, alguém que estivesse ou já tivesse estado infetado com COVID-19. Questionou-se também a pertença a um grupo de risco, ao que 79% respondeu que não, e vivência com alguém pertencente a um grupo de risco 66% respondeu que não.

A média de idade foi de ($M= 33.6$ anos), com desvio padrão de ($DP=12,087$) indicando uma dispersão moderada, estando as idades razoavelmente dispersas, mas sem concentrações extremas em valores muito afastados da média. A assimetria positiva de ($A=0,92$) sugere uma concentração maior de participantes mais jovens, enquanto a curtose de ($K=0,05$) indica uma distribuição em à volta da média moderada.

3.4. Instrumentos

Dada a impossibilidade de recolha de dados presencial devido às limitações impostas pela fase pandémica vivida em Portugal, optou-se pelo questionário *online* como instrumento de recolha de dados através do *Google Forms*. Primeiramente, foram asseguradas as condições de participação (critérios de inclusão) e seguidos os princípios éticos, tais como informação do estudo e objetivos, carácter voluntário, garantia de confidencialidade, anonimato e consentimento informado, como indicado pela *American Psychological Association* (APA, 2020).

Foi desenvolvido um questionário pelos autores orientado para recolha de informação direcionada aos objetivos do estudo com cariz exploratório, dado que o tema carecia de exploração científica na fase de recolha de dados. No questionário foram incluídos os instrumentos abaixo mencionados (ver anexo B).

3.4.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi desenvolvido para o efeito específico deste estudo. O mesmo é constituído por questões relativas à idade, género, distrito de residência, estado civil e habilitações literárias. Foram incluídas também questões em relação ao histórico de contacto com a doença, de resposta dicotómica (Sim ou Não), se teve ou suspeitou ter Covid-

19; se conhecia, pessoalmente, alguém que estivesse ou tivesse estado infetado com COVID-19 e se pertencia ou vivia com alguém que pertencesse a um grupo de risco. Por se tratar de um estudo exploratório algumas das questões inicialmente elaboradas, não foram analisadas.

Medidas

3.4.2. Evocações Livres sobre o termo indutor: “Covid-19”

Recorreu-se à técnica de evocações livres de palavras (TALP), a partir do termo indutor: “COVID-19”. A TALP enquanto técnica projetiva, baseia-se na evocação de respostas dos participantes a partir de estímulos indutores previamente definidos pelo investigador, permitindo identificar universos semânticos associados a um objeto ou fenómeno social (De Lima Coutinho & Do Bú, 2017; Wachelke & Wolter, 2011).

Foi pedido aos participantes que respondessem da forma mais espontânea possível ao enunciado: *“De seguida, ser-lhe-á apresentada uma expressão verbal ou palavra. Ao ler essa palavra, deverá descrever, nos espaços oferecidos para o efeito, o que esta lhe lembra ou sugere. Deverá apontar pela ordem em que as ideias surgirem, sem elaborar. Deverá também fazer apenas uso de palavras ou expressões, evitando elaborar frases completas. Poderá utilizar todos os campos ou apenas os que desejar.”* E seguidamente, *“Escreva palavras ou expressões que “COVID-19” lhe sugere.”* Para tal, foram facultados dez espaços (linhas) para os participantes inserirem as suas respostas.

3.4.3 Escala Confiança na Imunidade de Grupo

Para medir a confiança na Imunidade de grupo, foram construídos 4 itens referentes a esta variável. Os participantes foram questionados a responder (numa escala de *Likert* de 1 a 7, a fim de capturar melhor a variação nas respostas, proporcionando mais informações sem sobrecarregar os participantes (Preston & Colman, 2000)). Os itens para avaliar o construto foram: Item 1 “Acredito que alguém que já tenha estado infetado com COVID-19 já não volte a estar infetado uma segunda vez”; item 2 “Acredito que o melhor meio para sairmos da pandemia passa pela imunidade de grupo”; item 3 “Se a maioria das pessoas tivesse COVID-19, a pandemia seria resolvida”; item 4 “A imunidade de grupo é o melhor meio para sermos protegidos mesmo que a COVID-19 permaneça”.

Para avaliar a validade e a confiabilidade da escala realizou-se uma análise à consistência interna do constructo, por meio dos valores apurados do coeficiente *Alpha de Cronbach*, tendo como referência o mínimo de 0.7 proposto por Bland e Altman (1997) que

sugerem como satisfatórios valores α de 0.7 a 0.8. O *alpha* da presente escala resultou no valor de $\alpha = .78$. Ainda assim, após observação das estatísticas de item-total, optou-se por eliminar o item 1, por não se considerar crucial para medir a confiança na imunidade de grupo, obtendo-se após a sua eliminação, um $\alpha = .85$ para três itens, aumentando a consistência interna das questões.

Pontuações mais elevadas nesta medida revelam maior tendência a confiar na imunidade de grupo.

3.4.4. Escala Percepção Individual de Risco

Foram incluídas 2 questões para medir a percepção individual de risco. Os participantes foram solicitados a classificar a probabilidade de (numa escala *Likert* de 1 a 7): item 1 “Desenvolver sintomas da COVID-19”; item 2 “Em comparação com as outras pessoas da minha idade e sexo, acredito que eu apanhar COVID-19 é” e item 3 “Se eu apresentar os sintomas da COVID-19, acredito que vou recuperar rapidamente”.

Testou-se também a confiabilidade através do coeficiente *Alpha de Chronoback* para os 3 itens, tendo como referência o mínimo de 0.7 proposto por Bland e Altman (1997) que sugerem como satisfatórios valores α de 0.7 a 0.8. Obteve-se um $\alpha = .64$. e, dado o resultado, verificou-se a estatística de item-total optando-se por eliminar o item 3, pelo facto de a escala de resposta a este item não ser a mesma das outras. Desta forma, aumentou-se a consistência interna das questões, resultando num $\alpha = .72$ para os dois itens seleccionados.

Pontuações mais elevadas nesta medida revelam maior tendência a ter uma percepção individual de risco mais elevada.

3.4.5. Escala Confiança nos meios de informação

Testou-se a confiança nos meios de informação (DGS, Pares e Redes Sociais) em dois tipos de informação transmitidos (dados epidemiológicos e informação relativa a prevenção e transmissão da doença), construindo 2 itens para cada meio de informação, como por exemplo, para a DGS, item 1 “Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos fornecidos pela Direção Geral de Saúde (DGS) a respeito da COVID-19” e item 2 “Confio nas informações dadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19”. Fez-se o mesmo para os outros meios de informação, totalizando 6 itens.

Para teste à confiabilidade, os 2 itens respetivos à confiança em cada meio de informação foram submetidos a análise de *Alpha de Cronbach*, para a confiança nas informações da DGS ($\alpha=.0821$), para os pares ($\alpha=.886$) e para as redes sociais ($\alpha=.788$). Desta forma, criaram-se escalas para a confiança em cada um dos três meios de informação.

Pontuações mais elevadas nesta medida revelam maior tendência a confiar nas informações relativas a dados epidemiológicos e prevenção e transmissão da doença transmitidas pelos meios de informação.

3.4.6. Escala de Stress Percebido (PSS-10)

Neste estudo, utilizou-se a versão reduzida de dez itens da *Perceived Stress Scale (PSS)* validada para a população portuguesa por Trigo et al. (2010), da escala original *Perceived Stress Scale – PSS* com catorze itens de Cohen et al. (1983). Esta escala constitui-se como uma medida global que avalia até que ponto os acontecimentos de vida são percecionados como indutores de stress (Cohen et al., 1983; Trigo et al., 2010). Os itens da *PSS* avaliam o grau de imprevisibilidade, falta de controlo e sobrecarga por autorrelato acerca de acontecimentos de vida do mês anterior, avaliando os itens de forma geral ao invés de eventos/experiências mais específicas. (Lee, 2018).

A instrução da *PSS* refere-se à frequência com que um contexto geral de vida ocorreu durante o último mês, não especificando uma situação particular (ex.: item 1: “No último mês, com que frequência, esteve preocupado(a) com algo que ocorreu inesperadamente?” ; item 2- “No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?” item 3 - “No último mês, com que frequência se sentiu nervoso e em stress?”). O facto de se tratar de uma medida global do stress torna a *PSS* particularmente adaptável a diferentes contextos de saúde, doença física ou perturbação emocional. (Trigo et al., 2010).

A escala apresenta, na versão portuguesa, uma boa qualidade psicométrica, com valores de *Alpha Chronbach* de .874. Estão considerados como indicadores de patologia pontuações brutas acima do percentil 80. A *PSS* é respondida através de uma escala de *Likert* em que 0=nunca e 4= muito frequente.

Para contabilizar a pontuação de forma correta ou para questões de tratamento estatístico das respostas à escala, é necessário inverter os valores dos itens 4,5,7 e 8 dado que estão manifestados na forma negativa em relação ao constructo que se pretende medir (Stress Percebido). A consistência interna desta escala foi avaliada pelo Coeficiente *Alpha de Cronbach*, a fim de verificar a sua fidedignidade, de acordo com a medida a que se propõe

(Kline, 2000). Com a amostra do presente estudo, o *alpha* foi de $\alpha = .83$., demonstrando boa consistência interna.

Capítulo 4 - Procedimentos de Recolha de Dados

Após formulação do problema de investigação, foi realizada uma revisão de literatura breve, assim como delineada a metodologia e principais análises a realizar para desenho do projeto de investigação, proposto ao Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve. Seguidamente, foi estruturado o protocolo da investigação, escreveram-se as instruções relacionadas ao objetivo do estudo e iniciou-se a recolha de dados que ocorreu em meses de pandemia por COVID-19, aquando já decretado o estado de emergência em Portugal, entre o dia 24 do mês de outubro de 2020 e o dia 12 do mês de novembro do mesmo ano. A divulgação do questionário operacionalizou-se mediante a estratégia bola de neve, usufruindo da principal vantagem de beneficiar as conexões dos primeiros participantes para alcançar novos participantes de forma progressiva e informal, ampliando assim o alcance do questionário (Noy, 2008). A partilha foi realizada nas redes sociais, maioritariamente pelo *Facebook*, em grupos relacionados à COVID-19, pelo *Whatsapp*, *Instagram*, *Linkedin* e paralelamente via *e-mails* institucionais de escolas secundárias, universidades e politécnicos portugueses. Os participantes foram informados sobre os objetivos de estudo, caráter voluntário da participação, anonimato e confidencialidade dos dados, tendo em conta o consentimento informado antes de iniciarem o preenchimento do questionário. Foi informada a possibilidade de desistência a qualquer momento e nenhuma pergunta foi de caráter obrigatório, respeitando o caráter voluntário dos participantes. Sempre que estes respondiam, as respostas eram armazenadas digitalmente numa planilha, que posteriormente foi transferida como ficheiro Excel.

Capítulo 5 - Tratamento e Análise de Dados

Os dados foram tratados com o auxílio de dois *softwares*. Para a análise qualitativa, com integração de dados quantitativos, utilizou-se o software IRAMUTEQ® (versão 0.7 Alpha 2, 2020), ancorado no R (versão 4.1.3) (Ratinaud, 2009). O IRAMUTEQ é um *software* de análise qualitativa que oferece suporte eficiente para análises textuais, aplicando diferentes métodos que agilizam o processo de organização e interpretação das informações. Sendo de acesso aberto, é destacado por Flick e Gibbs (2009) como uma ferramenta útil para otimizar processos de análise e reduzir a carga burocrática nas pesquisas. Para o tratamento dos dados quantitativos, foi utilizado o *IBM SPSS Statistics* (versão 29), um software amplamente empregado na análise estatística em ciências sociais, permitindo a realização de análises descritivas e inferenciais, além de facilitar a gestão e visualização dos dados (Pallant, 2020).

Uma vez que o software, como refere Flick e Gibbs (2009) não substitui a parte criativa e capacidade de inferência do pesquisador na interpretação dos dados, as evocações dos participantes, obtidas pela aplicação da TALP, foram analisadas através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo constitui-se um conjunto de técnicas de análise de comunicação que pretende obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977). É amplamente utilizada em estudos de Representações Sociais e outros campos qualitativos, incluindo pesquisas sobre Representações Sociais, por permitir a categorização sistemática e interpretativa de dados textuais e outros conteúdos (Bardin, 1977). A análise de conteúdo seguiu os princípios de Bardin (1977), que se desdobram em três fases principais: (i) pré-análise, (ii) exploração do material e (iii) tratamento e interpretação dos resultados. Essas fases foram seguidas ao longo do processo de análise dos dados.

Além disso, a metodologia adotada incluiu seis passos fundamentais: (1) preparação e lematização do corpus; (2) análise prototípica e de similitude com palavras brutas; (3) integração dos dados quantitativos, (4) categorização das evocações através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD); (5) análise fatorial das categorias e variáveis; e (6) interpretação dos resultados. Os resultados foram interpretados à luz da Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1961), sob a abordagem estrutural de Abric (Abric, 1994) e socio dinâmica (Doise, 1992) permitindo a identificação de padrões e significados subjacentes.

5.1. Preparação e Lematização do Corpus para Análise

A primeira etapa consistiu numa pré-análise dos dados, garantindo a homogeneidade e coerência do *corpus* para as análises subsequentes. Após a familiarização com os dados, obtida pela leitura flutuante das evocações, foram definidos os objetivos de análise e preparadas as unidades de análise.

Durante a preparação do *corpus* lexicográfico, foram realizadas várias etapas de padronização e lematização, conforme indicadas por Salviati (2017) no Manual do *software Iramuteq*: (1) Correção de erros ortográficos; (2) Eliminação de acentos em palavras e inserção de *underscore* em expressões compostas (ex.: “falta de liberdade” - “falta_de_liberdade”); (3) Redução de siglas (ex.: “Organização Mundial da Saúde” - “OMS”) e conversão de números (ex.: “dois mil e vinte” - “2020”) e (4) Harmonização lexical, incluindo:

- Conversão de plural para singular (exceto quando alterasse o significado, como em “casos”);
- Uso de minúsculas em todas as palavras;
- Padronização no masculino, exceto se alterasse o sentido;
- Redução de expressões ao contexto do verbo ou substantivo apropriado;
- Uniformização de sinónimos, garantindo consistência ao longo do corpus.

As respostas foram agrupadas por significado semântico. Expressões como “distanciamento” e “distanciamento social” ou “álcool gel”, “álcool em gel” e “gel” foram unificados com base na forma mais frequente ou na que melhor refletisse a classe geral. Respostas dadas em forma de frase foram substituídas por uma palavra que resumia a ideia central. O arquivo final foi salvo no formato CSV com codificação Unicode UTF-8, compatível com o IRAMUTEQ®.

5.2. Análise Prototípica e Similitude

Assente na abordagem estrutural de Abric (1994), numa segunda etapa, para alcançar o objetivo 1, a fim de sugerir a estrutura da representação social da COVID-19 na amostra portuguesa recorreu-se à análise prototípica de (Vèrges,1992) e à Análise de Similitude. Sendo opção utilizar palavras brutas ou categorizadas, optou-se nesta fase por utilizar formas brutas. As análises forneceram uma visão inicial das Representações Sociais da COVID-19, sem qualquer estruturação formal em categorias. Os dados foram processados no IRAMUTEQ.

5.2.1. Análise Prototípica

Segundo Wolter et al., (2016), a abordagem estrutural utiliza técnicas como a análise prototípica, também conhecida como análise de evocações ou das quatro casas, baseada na Teoria do Núcleo Central. Esta técnica caracteriza a estrutura das Representações Sociais a partir das evocações de palavras, organizando-as com base em frequência e ordem de evocação Vergès (1992, citado por Wolter e Wachelke, 2008).

A análise prototípica, aplicada às respostas de associação livre, considera que os elementos mais significativos de uma representação são os mais acessíveis à consciência (Vergès et al., 1994, citado por Wachelke, 2008; Jodelet, 1965; Flament & Rouquette, 2003, citado por Wolter et al., 2016).

Esta técnica não limita o número de palavras evocadas, normalmente entre três e cinco, podendo ser analisadas por métodos fatoriais (Deschamps, 2003, citado por Wolter e Wachelke, 2011) ou análises prototípicas (Vergès, 1992; Sá, 1996; Abric, 2003; Wachelke e Wolter, 2011). Seguindo o procedimento de Vergès (1992) citado por Wachelke (2008), as respostas são analisadas com base em frequência (f) e ordem média de evocação (OME), produzindo quatro zonas: núcleo central (alta frequência e baixa ordem de evocação), primeira periferia (alta frequência e alta ordem de evocação), segunda periferia (baixa frequência e alta ordem de evocação) e zona de contraste (baixa frequência e baixa ordem de evocação).

Os elementos do núcleo central têm maior probabilidade de serem representados por palavras na zona de núcleo, mas não há equivalência imediata entre essas zonas e o núcleo central, que deve ser confirmado por outras técnicas (Sá, 1996; Abric, 2003; Flament & Rouquette, 2003, citado por Wolter et al., 2016). A primeira periferia indica elementos salientes, mas secundários (Abric, 2003, citado por Wachelke, 2008), e alguns autores sugerem que elementos centrais podem estar na primeira periferia (Pecora e Sá, 2008; Sá et al. 2009, citado por Wachelke & Wolter, 2011). A segunda periferia contém elementos pouco salientes, enquanto a zona de contraste pode indicar subgrupos que valorizam elementos diferentes da maioria (Abric, 2003, citado por Wolter & Wachelke, 2008).

De acordo com Gomes e Viera-dos-Santos (2021) os critérios para analisar as evocações são definidos através do estabelecimento de uma frequência mínima, isto é, o número mínimo de vezes que uma palavra precisa aparecer para ser incluída na análise. Em seguida, há uma frequência intermediária, que separa as palavras mais frequentemente evocadas das menos frequentes. A ordem média de evocação (OME) refere-se à média da posição em que cada palavra foi evocada. A média geral das OME's de todas as palavras serve como referência para distinguir entre as palavras evocadas primeiramente e as que surgem de forma secundária. As

palavras evocadas com maior frequência e com uma OME abaixo da média geral tendem a formar o núcleo central da representação social. Já as palavras menos frequentes, ou evocadas mais tarde, constituem o sistema periférico da representação.

Para a realização da análise lexicográfica, três valores de pontos de corte tiveram de ser determinados para as coordenadas de frequência mínima, frequência intermédia e ordem média.

No que respeita às frequências (n), a frequência mínima foi calculada constituindo, 5% do número total de participantes (frequência mínima considerada para inclusão no quadro). No caso da presente análise, o corte deu-se a partir da frequência ($n= 13$), reduzindo o número de palavras a 30, evocadas 979 vezes. Palavras com essa frequência ou superiores corresponderam a 56.6% do total de evocações.

A frequência intermédia considerada ($n=32$ expressões) equivaleu à média das frequências das evocações. Considerou-se somente as palavras incluídas na análise, excluindo as palavras abaixo da frequência mínima determinada, assemelhando-se ao proposto pelo *software* IRAMUTEQ como ponto de corte. Palavras ou expressões breves referidas no mínimo 32 vezes, são consideradas no grupo das mais frequentes; integrando o núcleo central e a primeira periferia, em função da ordem média de evocações. Desta forma, a frequência intermédia considerada permitiu dividir as palavras evocadas em quatro quadrantes.

Para determinar a ordem média, considerou-se também o corte sugerido pelo *software*, (OME=3.87) que equivaleu ao valor abaixo do qual as expressões são consideradas centrais ou pertencentes à zona de contraste (numa escala situada de 1- correspondente às palavras evocadas em primeiro lugar; a 10- correspondente às palavras evocadas em 10º lugar, isto é, em último lugar). Tal possibilitou a ordenação das palavras no núcleo central ou na zona de contraste (expressões com OME's <3.89). Palavras com ordem média de evocação inferiores a este valor foram classificadas como tendo baixa ordem de evocação.

5.2.2. *Análise de Similitude*

Ainda para o objetivo 1, de forma a realizar o que é mencionado por Sá (1996), Abric (2003), Flament e Rouquette (2003), citado por Wolter et al. (2016), em relação a confirmar a centralidade das expressões, por outras técnicas, realizou-se uma análise de similitude.

A análise de similitude, baseada na teoria dos grafos (Deo, 2016/1974), é fundamental para estudar Representações Sociais, permitindo mapear as relações entre palavras num *corpus* textual. Inicialmente proposta por Flament (1970), esta técnica analisa a coocorrência de palavras/expressões, identificando elementos centrais e periféricos nas representações (Sá,

2002, citado por Donato et al., 2017; Marchand & Ratinaud, 2012, citado por Camargo & Justo, 2013). Além disso, a análise de similitude pode confirmar ou questionar hipóteses do modelo das quatro casas (Oliveira et al., 2005, citado por Donato et al., 2017). Essa técnica investiga a frequência com que as expressões aparecem juntos, revelando a organização cognitiva e associações cognitivas entre os elementos de uma representação social (Vergès, 1992; Flament & Rouquette, 2003, citado por Lo Monaco et al., 2016). Enquanto a análise prototípica identifica os elementos mais mencionados, a análise de similitude foca-se nas relações entre eles, ampliando a compreensão da estrutura da representação (Donato et al., 2017).

O índice de similitude, que mede a coocorrência de palavras, quantifica a força das conexões sem informar a natureza qualitativa das relações (Flament, 1981; Flament & Rouquette, 2003, citado por Lo Monaco et al., 2016). A árvore máxima, uma representação gráfica que evita ciclos, visualiza as maiores conexões entre palavras, oferecendo um segundo indicador da centralidade dos elementos (Donato, Favoreto & Pullin, 2017; Wolter et al., 2016).

Nesta análise, os vértices representam as palavras evocadas e estão conectados por arestas, que indicam o grau de conexão entre as palavras. Quanto mais espessa a linha entre dois expressões, maior é a associação entre eles. O tamanho das palavras no gráfico está diretamente relacionado com a importância delas no *corpus*, enquanto a espessura das linhas indica a força da associação entre as expressões (Veras, Passos, Feitosa & Fernandes, 2021). Nesta análise foi utilizado o software *IRAMUTEQ*, que originou um gráfico de redes associativas baseado nas palavras evocadas (Salviati, 2017). Este processo complementa a análise prototípica, fornecendo uma visão visual e quantitativa da estrutura cognitiva do grupo (Donato, Favoreto & Pullin, 2017). No *IRAMUTEQ*, funções como “comunidades” e “halo” auxiliam na representação gráfica da similitude, utilizando cores distintas para agrupar palavras conectadas em zonas específicas. Isso facilita a observação das principais áreas de discussão e das expressões que pertencem a diferentes grupos, melhorando a distinção entre os centros e ramos da árvore (Loubère & Ratinaud, 2014). Estas funções otimizam a visualização da estrutura do corpus e permitem compreender melhor como as palavras-chave interagem para formar o discurso (Tavares, 2019).

Adicionalmente, realiza-se um teste de associação Qui-quadrado no *IRAMUTEQ*, para validar as associações entre as palavras evocadas. Esse teste reforçou os resultados da análise de similitude ao demonstrar que as conexões observadas entre certas palavras são estatisticamente significativas e não meramente aleatórias.

5.3. Integração dos Dados Quantitativos

Os dados quantitativos foram integrados para enriquecer a análise e explorar possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e as Representações Sociais da COVID-19. Os dados quantitativos foram recolhidos através de escalas psicossociais e sociodemográficas, submetidos a análises de confiabilidade (teste de *alpha de Cronbach*) e estatísticas descritivas no *software IBM SPSS Statistics* versão 29.

As variáveis quantitativas sociodemográficas foram categorizadas dicotomicamente (idade e nível de escolaridade) e as psicossociais (stress percebido, percepção de risco, confiança na imunidade de grupo e confiança nas fontes de informação) foram organizadas em quartis, a exemplo do tratamento dado por Moreira et al., (2023) na investigação do senso comum sobre a internet e relação com agrupamentos sociais na perspetiva da teoria das Representações Sociais. As variáveis foram posteriormente utilizadas no *software IRAMUTEQ* para explorar eventuais associações entre elas e as evocações dos participantes. Essa abordagem quantitativa permitiu a criação de variáveis que complementaram as análises qualitativas, proporcionando uma visão mais aprofundada das Representações Sociais, através de técnicas como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise fatorial.

5.3.1. Divisão com base na idade

Uma vez que a idade foi questionada pelo ano de nascimento, para evitar enviesamento relativo à desejabilidade social, calculou-se a diferença em relação ao ano da recolha de dados sociodemográficos. A divisão foi feita com base na mediana ($Md=29$) das idades dos participantes, resultando em duas categorias (mais jovens e menos jovens). O participante mais velho tinha 74 anos e o mais novo 18 anos. Na mediana de idades encontravam-se 5 participantes que foram atribuídos à categoria dos mais jovens, por se encontrarem na extremidade inferior da mediana e ainda poderem ser considerados um “grupo jovem”. Existiram 3 participantes que não responderam a essa questão e testou-se atribuir-lhes a mediana de idades, comparando as médias antes e depois da atribuição. Não havendo alteração, foi atribuída a idade de 29 anos a 3 participantes.

5.3.2. Divisão com base na escolaridade

Os participantes foram divididos em dois grupos com base no seu nível de escolaridade. Para isso, as opções de resposta fechada do questionário incluíam: licenciatura, mestrado, ensino médio/secundário, 2º ciclo do ensino básico, doutoramento e outro. Os participantes que

indicaram licenciatura, mestrado ou doutoramento foram agrupados no grupo “mais escolarizados” (188 participantes), enquanto aqueles que selecionaram ensino médio/secundário, 2º ciclo do ensino básico foram classificados como “menos escolarizados” (65). Para os participantes que escolheram a opção “outro”, foi realizada uma análise adicional para determinar a sua categorização adequada com base no conteúdo fornecido.

5.3.3. Cálculo dos Quartis

A divisão em quartis enquanto técnica permitiu ajudar a analisar a distribuição e a variação dentro das variáveis medidas, dividindo os participantes em quatro grupos de acordo com as suas respostas (Field, 2018). O quartil 1 (Q1) representa os indivíduos com os níveis mais baixos, enquanto o quartil 4 (Q4) inclui os indivíduos com os níveis mais altos. Os quartis foram calculados com base nas distribuições das variáveis psicossociais, utilizando o *software SPSS*. Para a escala de Stress Percebido atribui-se o código de variável (s), os pontos de corte corresponderam aos percentis 25=1,9; 50=2,3; 75=2,8; para a escala de confiança na imunidade de grupo atribui-se o código de (i), os pontos de corte corresponderam aos percentis 25=2,0; 50=3,0; 75=4,5; para a escala de percepção individual de risco atribui-se o código de (p), os pontos de corte corresponderam aos percentis 25=4,00; 50=4,5; 75=5,5; para a escala confiança nos meios de informação atribui-se o código de: (ca) para a confiança nas informações transmitidas pelas autoridades de saúde (DGS), (cp) para a confiança nas informações transmitidas pelos pares e (cr) para a confiança nas informações transmitidas pelas redes sociais. Para (ca) os pontos de corte corresponderam aos percentis 25=3,5; 50=4,5; 75=6,0; para (cp) e (cr), os pontos de corte para estas duas escalas corresponderam aos percentis 25= 2,0; 50=3,0; 75=4,0. Os intervalos entre quartis são ilustrados na Tabela 5.1.

Tabela 5.1. Distribuição dos Quartis para as Variáveis Psicossociais

Escalas	Código	Quartil 1 (Q1)	Quartil 2 (Q2)	Quartil 3 (Q3)	Quartil 4 (Q4)
Escala Stress Percebido (PSS-10)	(s)	0 a 1,9 (baixo)	>1,9 a 2,3 (moderado-baixo)	>2,3 a 2,8 (moderado-alto)	>2,8 a 3,9 (alto)
Confiança na Imunidade de Grupo	(i)	1 a 2,0 (baixo)	>2,0 a 3,0 (moderado-baixo)	>3,0 a 4,5 (moderado-alto)	>4,5 a 7,0 (alto)
Percepção Individual de Risco	(p)	1 a 4,0 (baixo)	>4,0 a 4,5 (moderado-baixo)	>4,5 a 5,5 (moderado-alto)	>5,5 a 7,0 (alto)
Confiança nas					
Autoridades de Saúde (DGS)	(ca)	1 a 3,5 (baixo)	>3,5 a 4,5 (moderado-baixo)	>4,5 a 6,0 (moderado-alto)	>6,0 a 7,0 (alto)
Confiança nos Pares	(cp)	1 a 2,0 (baixo)	>2,0 a 3,0 (moderado-baixo)	>3,0 a 4,0 (moderado-alto)	>4,0 a 5,0 (alto)
Confiança nas Redes Sociais	(cr)	1 a 2,0 (baixo)	>2,0 a 3,0 (moderado-baixo)	>3,0 a 4,0 (moderado-alto)	>4,0 a 5,0 (alto)

5.4. Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

5.4.1. Preparação do Corpus para Análise Textual

A fim de alcançar o segundo objetivo do estudo, voltou a realizar-se o primeiro passo da análise de conteúdo de Bardin (1997), na fase que antecedeu a categorização dos dados, através de uma nova preparação do corpus lexicográfico, para análise textual. Isso requereu uma preparação da base de dados na sintaxe correta, para que o software conseguisse avaliar, conforme indicado pelo manual de Camargo e Justo (2013). O conjunto de evocações de cada participante foi separado por uma linha de comando, sendo atribuído um número a cada participante e compreendendo as variáveis em análise para cada participante também.

(**** *p_001 *g_1 *f_1 *e_1 *s_2 *i_3 *p_1 *ca_2 *cp_2 *cr_1)

As expressões evocadas por cada participante eram colocadas numa linha abaixo desta descrição. Após a transcrição realizada utilizando o software *Microsoft Excel 2016* (*Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA*), o arquivo foi salvo como documento de texto que usa codificação de caracteres em *txt Unicode UTF-8* (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*) - formato reconhecido pelo *IRAMUTEQ*[®].

5.4.2. CHD

Após a codificação do *corpus*, avançou-se com outra forma distinta de processamento dos dados, no software *IRAMUTEQ*, no qual se realizou a Classificação hierárquica descendente (método de Reinert), permitindo verificar as similaridades de sentidos das palavras presentes no *corpus*, da qual emergiram categorias.

A CHD é uma análise baseada na teoria de Reinert (Reinert, 1990 citado por Melo & Souza, 2023) centrada na ideia de que o sentido de um texto pode ser analisado com base na distribuição das palavras e das suas coocorrências, revelando Representações Sociais e estruturas de pensamento (Marchand & Ratinaud, 2012). Serve para categorizar as evocações em temas ou categorias que emergem dos dados, agrupando palavras em *clusters* que partilham padrões de coocorrência. Utiliza também, testes de qui-quadrado (χ^2) para identificar as associações mais fortes entre as palavras/expressões, permitindo no estudo, construir eixos de significado sobre a COVID-19 e organizar as palavras em classes inter-relacionadas (Camargo & Justo, 2018).

O algoritmo do *IRAMUTEQ* utiliza tabelas de contingência para agrupar todas as palavras numa única classe, dividindo-as sequencialmente para maximizar a inércia interclasses (diferenças entre palavras) e minimizar a inércia intraclasses (semelhanças). Este processo iterativo continua até que a inércia não possa ser mais aumentada. Os resultados são apresentados em dendrogramas, e o qui-quadrado de Pearson é utilizado para medir a força das associações, sendo que valores mais altos indicam associações mais fortes (Mendes et al., 2019, citado por Carvalho et al., 2020).

A CHD ajudou a compreender as relações entre as palavras evocadas e a forma como os participantes construíram as Representações Sociais da COVID-19. A categorização obtida serviu como base para análises subsequentes, permitindo integrar as variáveis psicossociais e sociodemográficas ao contexto das classes. Essa análise revelou a estrutura temática subjacente às Representações Sociais, organizando as palavras em grupos inter-relacionados que destacam os significados centrais das representações.

5.4.3. Integração das Variáveis Sociodemográficas e Psicossociais na CHD

Nesta fase, as variáveis psicossociais e sociodemográficas foram integradas à CHD, permitindo identificar quais se mostraram estatisticamente significativas em relação às classes formadas pelas evocações. O qui-quadrado (χ^2) foi usado para medir as associações entre as

palavras e as classes, além de determinar quais variáveis mais contribuíram para a formação das classes.

Embora o qui-quadrado identifique as variáveis associadas, não detalha a natureza das relações. Para isso, foi realizada uma análise fatorial, que visualizou a distribuição das variáveis no plano fatorial, mostrando como se associam às diferentes classes. Assim, a análise fatorial complementou a CHD, oferecendo uma visão mais detalhada das relações entre palavras, classes e variáveis (Camargo & Justo, 2013).

5.5. Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

Para alcançar o objetivo 3, assumiu-se a abordagem sociodinâmica de Doise que explora como as Representações Sociais são construídas e transformadas pelas interações sociais, refletindo a posição dos indivíduos e grupos dentro da estrutura social e os conflitos entre eles. Entendendo as representações como sendo moldadas por dinâmicas de poder e polarizações sociais (Doise, 1992). Na procura de responder se variáveis sociodemográficas e psicossociais refletem diferentes posições sociais e influenciam a construção das Representações Sociais da COVID-19, investigou-se como grupos distintos constroem percepções sobre a COVID-19 com base nas suas condições sociais e influências psicossociais.

Dado que o teste estatístico de qui-quadrado não fornece informações detalhadas sobre como as variáveis (palavra ativa e classe) estão relacionadas, foi realizada uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC). A análise fatorial (AF) é utilizada para investigar os padrões ou relações latentes para um número grande de variáveis e determinar se a informação pode ser resumida a um conjunto menor de fatores. (Matos e Rodrigues, 2019, p.10). Esta análise permitiu visualizar, através de gráficos, a proximidade entre as palavras e as classes provenientes da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A AFC não se trata apenas de contar palavras, mas sim de explorar as relações entre palavras, e foi interpretada em expressões de oposição entre os eixos X e Y (Camargo & Justo, 2013).

5.5.1. Análise Fatorial das Palavras

Na análise fatorial das palavras, as palavras mais significativas, resultantes da CHD, foram representadas num plano fatorial, associadas a diferentes classes, cada uma com uma cor distinta. Essa representação gráfica permitiu explorar a distribuição e organização das palavras dentro das suas respectivas classes, facilitando a interpretação visual das relações entre os elementos.

5.5.2. Análise Fatorial das Variáveis

Além das palavras, foram integradas ao plano fatorial as variáveis sociodemográficas e psicossociais (ex.: idade, gênero, nível de estresse). Estas variáveis foram posicionadas no plano fatorial de acordo com as associações com as classes formadas pelas palavras evocadas. Esse processo possibilitou a visualização da distribuição das variáveis em relação às Representações Sociais e ajudou a identificar associações visuais entre as variáveis e as classes de evocações (Mendes et al., 2019 citado por Carvalho et al., 2020).

5.6. Interpretação dos resultados

Por fim, como última fase da análise é a interpretação dos resultados, neste caso, foi baseada na inferência e contextualização dos dados, alinhada aos objetivos do estudo e ao enquadramento teórico (Gomes et al., 2005).

Na análise prototípica e análise de similitude, procurou-se inferir os resultados através dos mesmos critérios descritos por Wolter e Wachelke (2011) e Gomes e Vieira-dos-Santos (2021), fornecendo significado textual (relacionando as palavras com o contexto da pandemia e com os objetivos da pesquisa, verificando se o núcleo central reflete os principais significados atribuídos pelos participantes ao fenômeno, tal como descrito em outros estudos anteriores.

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a robustez foi avaliada com base em três critérios: (1) aproveitamento mínimo de 70% dos segmentos de texto; (2) qui-quadrado de *Pearson* acima de 3,84, indicando boa separação entre classes; e (3) soma dos fatores dos eixos na Análise Fatorial de Correspondência (AFC) próxima de 100%, conforme no estudo de Do Bú et al., (2020) e recomendado por Camargo e Justo (2013).

Na AFC, as palavras e variáveis foram representadas num plano fatorial, onde a proximidade indica maior semelhança nas associações e o afastamento reflete diferenças significativas. Palavras e variáveis maiores e mais destacadas no gráfico são as que mais contribuem para a formação das classes, sendo consideradas mais relevantes. (Nascimento & Menandro, 2006).

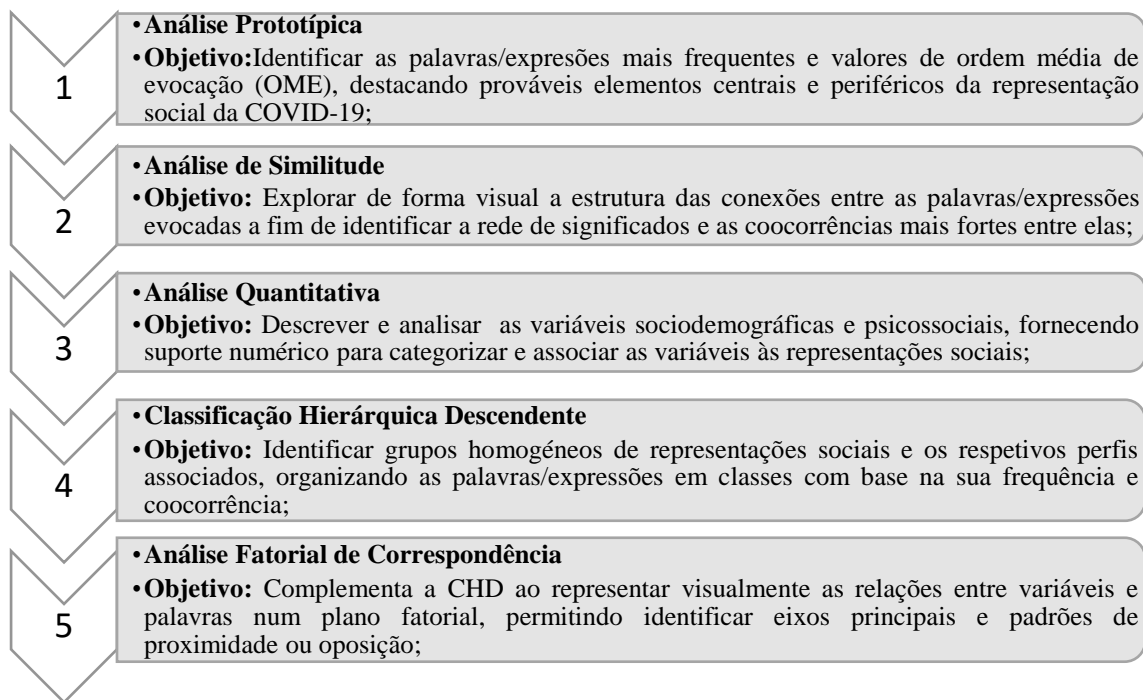
Embora todas as variáveis sejam visualizadas no plano fatorial, a interpretação final concentra-se nas variáveis estatisticamente significativas ($p < 0.05$) identificadas na CHD. Resultados com valores acima de 0.05 podem comprometer a generalização dos dados, por isso as visualizações iniciais devem ser interpretadas com cautela (Field, 2018). A análise das variáveis significativas forneceu uma interpretação mais robusta e conforme as normas de significância estatística aceitas na literatura.

PARTE III-RESULTADOS

Capítulo 6 - Apresentação dos Resultados

Em resposta ao problema de investigação e objetivos propostos, apresentam-se os resultados da análise das representações sociais da COVID-19 numa amostra portuguesa, com ênfase nos elementos centrais e periféricos e na sua associação com variáveis sociodemográficas e psicossociais. A Figura 6.1 sintetiza num diagrama as etapas de análise e os seus objetivos, destacando as contribuições para a compreensão das representações sociais da COVID-19. Após a apresentação dos resultados, encontra-se uma tabela (Tabela 6.6) que reúne os principais resultados das análises realizadas, oferecendo um resumo das descobertas mais relevantes.

Figura 6.1. Diagrama Resumo das Análises e Objetivos



6.1. Caracterização Estrutural das Representações Sociais da COVID-19

A análise prototípica revelou diferentes dimensões de significados atribuídos à COVID-19, organizados estruturalmente num Quadrante, formado por possíveis candidatos ao núcleo central, primeira e segunda periferias, e zona de contraste, conforme observado na Tabela 6.1. Os participantes evocaram um total de 1727 palavras/expressões, das quais 332 eram distintas e 168 foram mencionadas apenas uma vez, representando 50,6% do léxico. A frequência das

palavras variou entre $n=1$ e $n=104$, sendo que a palavra mais evocada representou 31% do corpus. Em média, cada participante evocou 6 a 7 palavras ($M=6,83$).

6.1.1. Análise dos Candidatos ao Núcleo Central

No quadrante superior esquerdo da tabela, observam-se palavras mais frequentes com ordens médias de evocação (OME) mais baixas ($OME < 3,83$). Os termos incluídos refletem elementos fundamentais e altamente consensuais, tais como: “Medo” ($n=104$; $OME=3,1$), que surge como o termo mais evocado, indicando uma emoção central associada à pandemia. Outros termos importantes incluem “doença” ($n=71$; $OME=2,5$), “pandemia” ($n=68$; $OME=2$), “vírus” ($n=66$; $OME=2,4$) e “confinamento” ($n=47$; $OME=3,8$). Estes candidatos ao núcleo central destacam aspetos críticos, representando a COVID-19 como um agente infeccioso (“doença”, “pandemia”, “vírus”) e com repercussões sociais e emocionais (“medo” e “confinamento”).

6.1.2. Análise dos candidatos à Primeira Periferia

Analisando o quadrante superior direito, encontram-se palavras de maior frequência e OME mais altas ($> 3,83$), caracterizando a experiência da COVID-19 com menor estabilidade simbólica em comparação ao núcleo central. Entre essas palavras, observam-se: “máscara” ($n=62$; $OME=4,5$), como um item principal de proteção face ao vírus, e “morte” ($n=50$; $OME=4,8$), intensificando a percepção da gravidade do risco. Outras palavras incluem “isolamento” ($n=43$; $OME=4,2$) e “distanciamento social” ($n=40$; $OME=5,2$), que reforçam o impacto das medidas de contenção adotadas, sublinhando o distanciamento físico e a proteção individual como aspetos importantes da experiência vivida durante a pandemia. Os resultados apontam para estratégias e consequências associadas ao combate à pandemia, como medidas de proteção (máscara, distanciamento) e efeitos emocionais (isolamento, percepção de mortalidade). A primeira periferia destaca as medidas práticas (máscara, distanciamento social) e consequências graves (morte, isolamento) associadas à pandemia.

6.1.3. Análise dos candidatos à Zona de Contraste

A zona de contraste, no quadrante inferior esquerdo da tabela, composta por palavras menos frequentes ($f < 32$) mas com OME ainda baixas, reflete significados importantes para segmentos específicos da amostra. Nesta zona, termos como “incerteza” ($n=27$; $OME=3,1$) e “quarentena” ($n=25$; $OME=3,7$) captam sentimentos de imprevisibilidade e contenção. Palavras como “contágio” ($n=22$; $OME=3$) e “perigo” ($n=19$; $OME=3,6$) representam o risco de transmissão e as ameaças percebidas à saúde. Expressões como “insegurança” ($n=15$; $OME=2,9$) e “saúde” ($n=14$; $OME=3,7$) refletem a preocupação com as consequências diretas da COVID-19 sobre o bem-estar físico e emocional.

6.1.4. Análise dos candidatos à Segunda Periferia

A segunda periferia, observada no quadrante inferior direito, envolve palavras com baixa frequência e altas OME, representando aspetos periféricos das representações sociais que incluem respostas emocionais e sociais variadas. Algumas das palavras/expressões com OME >3.83 foram: “tristeza” (n=30; OME=5.3); “ansiedade” (n=30; OME=4.3) e “desinfetante” (n=27; OME=6.2). A totalidade dos termos periféricos pode ser verificada na tabela 6.2. São vários os termos relacionados a aspetos emocionais mais intensos, tais como: “tristeza”, “ansiedade”, “stress”, “pânico” e “angústia”; um outro grupo relacionado a consequências socio emocionais como: “solidão”, “saudade”, “afastamento”, bem como consequências económicas “desemprego” e “crise”. Existe ainda menção às medidas de proteção “desinfetante” e “cuidado”, bem como à inquietação com a nova realidade experienciada: “mudança” e “preocupação”. Os resultados refletem o impacto emocional prolongado, como o aumento do *stress*, isolamento emocional e sentimentos de impotência.

Em suma, a análise prototípica revelou que o “medo”, a “doença”, a “pandemia”, o “vírus” e o “confinamento” constituem elementos centrais das representações sociais da COVID-19, refletindo sua gravidade e impacto direto. A periferia imediata destacou respostas práticas e emocionais, como “máscara” e “morte”, enquanto a zona de contraste e a segunda periferia captaram sentimentos específicos, como “incerteza”, “tristeza” e “ansiedade”. A estrutura evidencia a complexidade das representações sociais da COVID-19 e a diversidade das experiências vividas, destacando tanto os desafios de saúde pública quanto as profundas repercussões psicológicas.

Tabela 6.1. Núcleo Central, Zona de Contraste, Primeira Periferia e Segunda Periferia para frequências (n) e ordens médias de evocação (OME)

Ordem Média de Evocações (OME)				Ordem Média de Evocações (OME)		
$f \text{ min. } 13 < 3.83$				≥ 3.83		
<i>Núcleo Central</i>				<i>Primeira Periferia</i>		
	Palavra	Freq	OME	Palavra	Freq.	OME
$n \geq 32$	Medo	104	3.1	Mascara	62	4.5
	Doença	71	2.5	Morte	50	4.8
	Pandemia	68	2	Isolamento	43	4.2
	Vírus	66	2.4	Distanciamento Social	40	5.2
	Confinamento	47	3.8			
<i>Zona de contraste</i>				<i>Segunda Periferia</i>		
$n < 32$	Incerteza	27	3.1	Tristeza	30	5.3
	Quarentena	25	3.7	Ansiedade	30	4.3
	Contágio	22	3	Desinfetante	27	6.2
	Perigo	19	3.6	Preocupação	24	4.7
	Insegurança	15	2.9	Solidão	24	4.9
	Saúde	14	3.7	Stress	23	4.1
				Cuidado	22	4.9
				Pânico	17	3.9
				Saudade	15	6.4
				Angústia	15	3.9
				Falta de Liberdade	15	4.3
				Afastamento	13	5.8
				Crise	13	6.2
				Mudança	13	6

6.2. Interconexões e Associações Significativas

A análise de similitude revelou as relações e redes de significados entre as palavras evocadas ao termo indutor “COVID-19”, destacando um núcleo de associações centrais e subgrupos interconectados que estruturam a representação social do tema. A árvore máxima apresentada na Figura 6.2 ilustra a conexão entre os elementos que compõem essa representação social.

Observa-se uma densa rede de linhas que interligam palavras na zona central do quadrante descrito na análise estrutural, conectando termos como “medo”, “doença” e “pandemia”. Essa configuração reforça a centralidade dessas expressões e a sua forte

coocorrência. Notavelmente, “medo” apresentou a maior coocorrência com “doença”, indicando uma inter-relação significativa. Quatro comunidades emergem a partir da análise: Uma Primeira Comunidade localizada na extremidade esquerda da figura, estabelece uma rede entre “medo” e expressões como “ansiedade”, “incerteza”, “tristeza” e “solidão”. Essa associação sugere que o medo está frequentemente ligado a respostas emocionais e à incerteza sobre o futuro, refletindo a carga emocional e o impacto psicológico da pandemia, tendo em conta que é a comunidade que apresenta mais correlações entre palavras. Uma Segunda Comunidade conecta a palavra “doença” a expressões como “morte”, “contágio”, “desemprego”, “saúde” e “cuidado”, em coocorrência com “perigo”. Aqui, as palavras associadas evidenciam o reconhecimento das consequências inerentes à COVID-19.

Já a Terceira Comunidade também representada na Figura 6.2, agrupa “pandemia” com “confinamento” e “vírus”, referindo-se a aspectos mais descritivos da doença e às suas implicações sociais. Por fim, uma Quarta Comunidade, na extremidade direita da figura, aglomera uma rede de conexões entre “máscara”, “distanciamento social”, “desinfetante” e “isolamento”, que coocorre com “quarentena”, apontando para um conjunto de evocações relacionadas a estratégias ativas de proteção face ao vírus.

Todos os valores foram considerados significativos, com valores de Qui-Quadrado superiores a 3,841 (nível de confiança de 95%; $n/F = 1$). As associações mais fortes foram observadas entre “máscara” e “desinfetante” (66,45); “distanciamento social” e “máscara” (32,35); “solidão” e “tristeza” (29,29); “perigo” e “cuidado” (28,8); e “isolamento” e “quarentena” (18,9). As palavras evocadas demonstram associações significativas entre si, exceto para “cuidado” e “mudança” (3,57) e “solidão” e “saúde” (2,46) (ver Figura 6.3).

Em termos gerais, conforme visível na tabela 6.6, a análise de similitude revelou uma rede densa de significados associados à COVID-19, destacando quatro comunidades principais: uma ligada ao medo e às emoções (como ansiedade e solidão), outra que conecta doença e suas consequências (como morte e desemprego), uma terceira relacionada aos aspectos descritivos da pandemia (como vírus e confinamento) e, finalmente, uma comunidade centrada em estratégias de proteção (como máscara e distanciamento social). As associações mais fortes evidenciam conexões significativas, refletindo a interdependência entre as diferentes dimensões da experiência da pandemia.

Figura 6.2. Resultados da análise de similaridade lexical (coocorrência) produzida pela tarefa de associação livre para a amostra total; apresentação fruchterman reingold com comunidade e halo

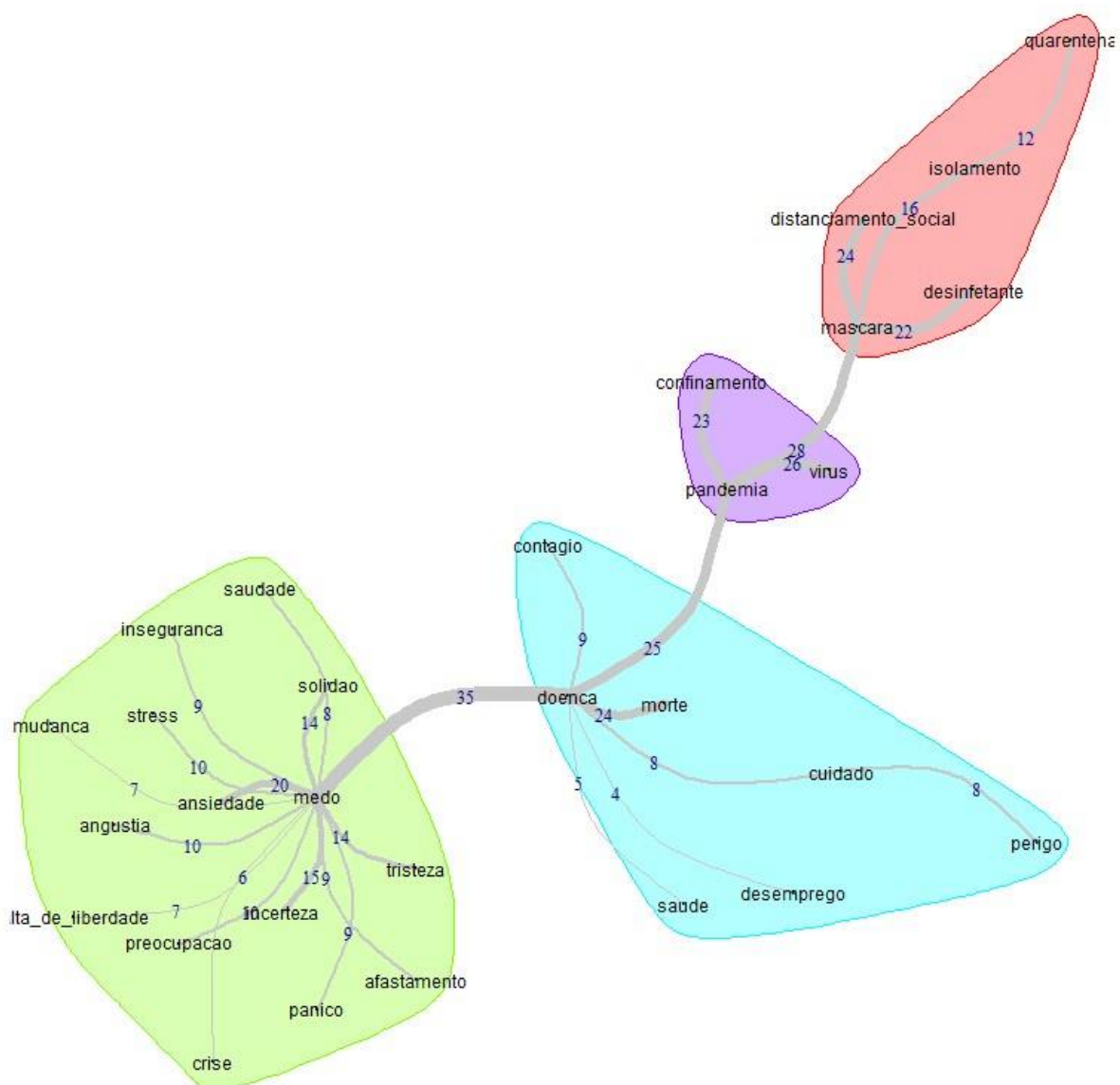
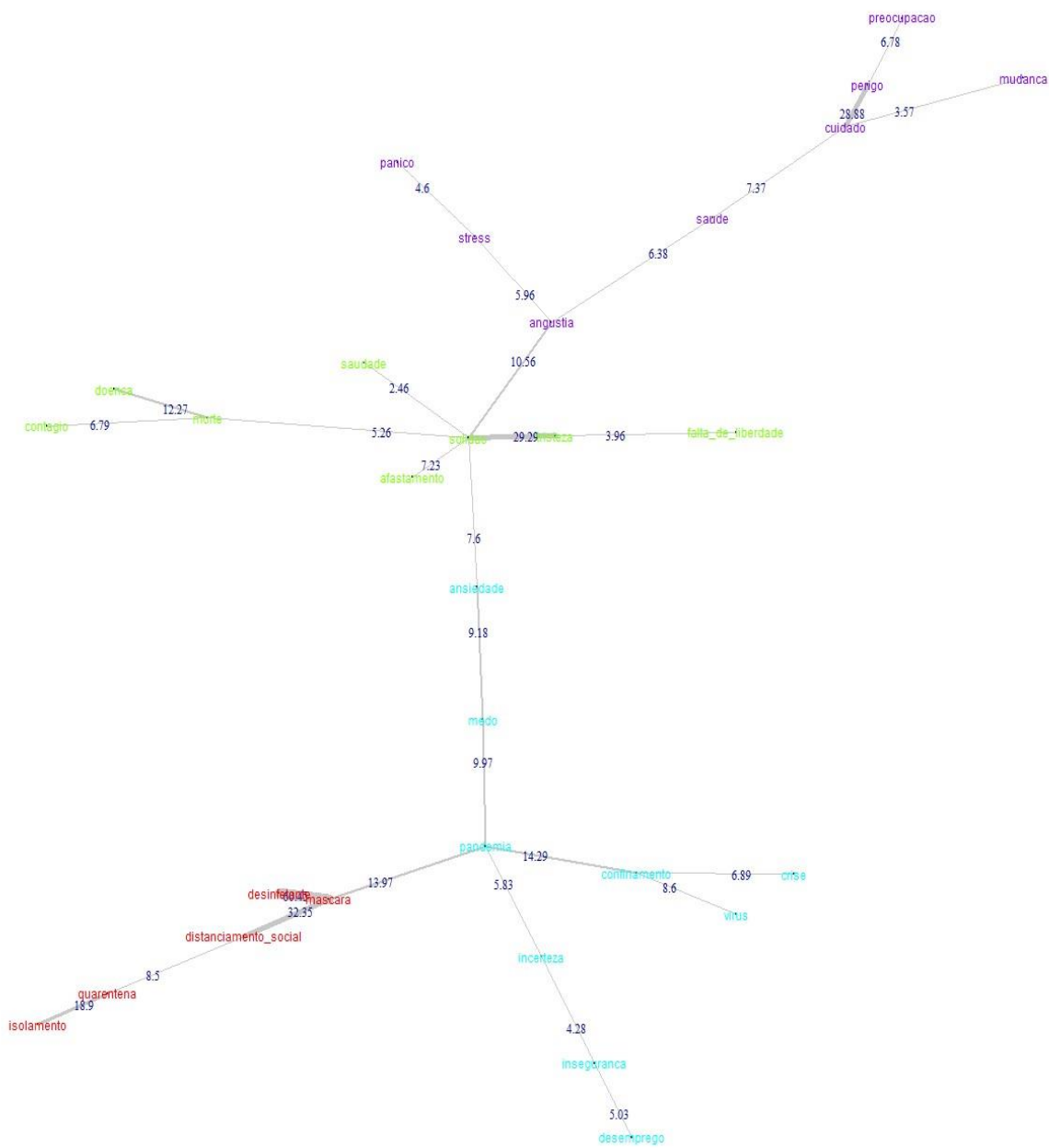


Figura 6.3. Resultados da associação (teste Qui-Quadrado) entre as evocações para a amostra total; apresentação Fruchterman Reingold, Escore ChiSquared com comunidades



6.3. Descrição Estatística das Variáveis

Seguidamente, apresenta-se a estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e psicossociais, analisadas para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Esta análise explora como essas variáveis se associam aos perfis de crenças identificados, proporcionando uma compreensão mais detalhada das interações entre os fatores no contexto do estudo.

De forma distinta da análise estrutural (prototípica e de similitude), que avaliam as evocações brutas sem segmentação dos participantes, a CHD exige a categorização das variáveis. As distribuições de frequência e a estatística descritiva das variáveis sociodemográficas (género, faixa etária, escolaridade) e psicossociais (níveis de stress percebido, perceção de risco, confiança na imunidade de grupo e fontes de informação) são apresentadas nas tabelas 6.2 e 6.3. Esta descrição fornece a base para a análise subsequente e interpretação dos resultados da CHD. Para uma análise mais detalhada dos padrões relativamente às frequências e percentagens relativas à divisão por Quartis das variáveis psicossociais, recomenda-se a leitura do anexo A.

Relativamente à distribuição das variáveis sociodemográficas, observa-se na tabela 6.2 que a maioria dos participantes se identifica com o género feminino (83%) e em relação à idade se dividem equilibradamente entre mais jovens (51% respetivamente) e menos jovens (49%), dada a divisão realizada pelos autores por faixa etária. Quanto à escolaridade, (74%) dos participantes possuem ensino superior completo ou mais, e (26%) têm escolaridade abaixo do ensino superior.

A tabela 6.3 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis psicossociais analisadas no estudo. No que respeita à escala de Stress Percebido (*PSS-10*), a média moderada ($M=2,26$) e desvio padrão relativamente baixo ($DP = 0,69$), indicam que a maioria dos participantes reportou níveis próximos da média, com uma ligeira assimetria negativa ($A = -0,432$), indicando uma leve tendência para níveis mais elevados de stress do que o valor médio e uma distribuição ligeiramente achatada ($K=0,289$).

Na escala de Confiança na Imunidade de Grupo, os participantes apresentaram uma média moderada ($M=3,36$), mostrando uma maior dispersão nas respostas ($DP = 1,66$) e uma tendência para reportar confiança na imunidade de grupo abaixo da média, com uma assimetria positiva ($A = 0,468$), indicando maior heterogeneidade, sugerindo uma distribuição menos concentrada em torno da média, dada a curtose negativa. ($K= -0,558$).

Para a escala de Percepção de Risco, os participantes reportaram uma média relativamente alta ($M = 4,66$) com uma dispersão moderada ($DP = 1,32$) e uma tendência para percepções mais altas de risco, dada a leve assimetria negativa ($A = -0,306$). A curtose revela uma distribuição quase normal ($K=0,024$).

Em relação à Confiança nas Autoridades de Saúde apresentou uma média moderada-alta ($M=4,56$), com uma dispersão moderada ($DP = 1,49$) e uma assimetria negativa ($A = -0,471$), sugerindo que a maioria dos participantes possui níveis de confiança acima da média, com uma curtose negativa indicando uma distribuição um pouco achatada ($K=-0,327$). Já a Confiança nos Pares revela um nível moderado de confiança, ($M = 3,17$), com uma dispersão considerável ($DP=1,28$). A assimetria ligeiramente positiva ($A=0,178$) sugere que mais participantes reportaram confiança abaixo da média e a curtose negativa ($K=-0,654$) aponta para uma distribuição mais dispersa. Por fim, a escala de Confiança nas Redes Sociais, indica uma confiança moderada a baixa, com alguma variação nas respostas ($DP= 1,25$). A assimetria positiva ($A=0,115$) e a curtose negativa ($K=-0,657$) sugerem uma leve concentração de respostas em níveis mais baixos de confiança.

Por conseguinte, a análise estatística revelou uma amostra predominantemente feminina (83%) e com elevada escolaridade (74% com ensino superior), com distribuição equilibrada entre faixas etárias. As variáveis psicossociais mostraram níveis moderados de stress percebido e confiança na imunidade de grupo, com uma percepção de risco relativamente alta e maior confiança nas autoridades de saúde em comparação com pares e redes sociais. (ver tabela 6.6) Esses dados fornecem a base para a análise da estrutura das representações sociais, explorada nas seções seguintes por meio da CHD, que examina como as variáveis se associam às categorias emergentes das evocações.

Tabela 6.2. Tabela de frequências relativa às variáveis sociodemográficas em estudo

Variáveis sociodemográficas		Frequência	Porcentagem
Níveis de Escolaridade	Mais escolarizado	188	74%
	Menos escolarizado	65	26%
Faixa etária	Mais jovens	129	51%
	Menos jovens	124	49%
Gênero	Masculino	42	17%
	Feminino	211	83%

Tabela 6.3. Estatística Descritiva das escalas utilizadas no estudo

Variáveis psicossociais	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
Stress Percebido (PSS-10)	0	3.9	2.25	0.6	-0.43	0.28
Confiança na Imunidade	1	7	3.35	1.66	0.46	-0.55
Percepção de Risco	1	7	4.65	1.31	-0.30	0.02
Confiança nas Autoridades de Saúde	1	7	4.56	1.48	-0.47	-0.32
Confiança nos Pares	1	6	3.17	1.28	0.17	-0.65
Confiança nas Redes Sociais	1	6.5	3.03	1.25	0.11	-0.65

6.4. Perfil dos Grupos e Características Psicossociais

A tabela 6.5 apresenta a classificação Hierárquica Descendente (Método *Reinert*) relativa às evocações dos participantes, sob o termo indutor “COVID-19”, sendo o *corpus textual* constituído por 253 respostas diretas, 253 segmentos de texto, e 1727 ocorrências. Dessas, 332 formas diferentes, 326 formas ativas, 6 suplementares, sendo a frequência média de formas 6.82. A CHD reteve 196 segmentos, 77,47% das Unidades de Contexto Elementar (UCE) do *corpus*, estando de acordo com o que é indicado por Camargo e Justo (2013). A análise permitiu identificar quatro classes que compõem o campo representacional do objeto social em questão, apresentadas em dois eixos interpretativos principais.

O primeiro eixo intitulado “Impactos psicológicos e emocionais da pandemia” subdivide-se em duas classes no lado direito da tabela- classes 1 e 3 que enfatizam as experiências subjetivas e emocionais. O segundo eixo “Ações de prevenção e impactos sociais”

é composto pelas classes 2 e 4, à esquerda na tabela e reflete as ações práticas concretas de prevenção e repercussões sociais e na saúde pelos portugueses.

Relativamente à primeira classe, intitulada “Relações e Emoções Negativas”, esta representa 33,2% das Unidades de Contexto Elementar (UCE), estando diretamente ligada aos impactos emocionais negativos. Predominaram com associação estatisticamente significativa, evocações maioritariamente a partir de participantes menos escolarizados ($e2$; $p=0.00339$), com níveis de stress percebido alto ($s4$; $p=0.00706$) e com uma confiança moderada baixa nas informações fornecidas pelas redes sociais ($cr2$; $p=0.04796$). As palavras/expressões mais significativas ($p\leq 0,001$) incluem: “solidão” ($\chi^2=52,52$), “tristeza” ($\chi^2=23,72$), “angústia” ($\chi^2=20,98$) e “família” ($\chi^2=16,81$). As palavras/expressões incluídas na classe, captam principalmente os aspetos emocionais negativos da pandemia, sugerindo um foco na experiência de vulnerabilidade emocional intensa durante a pandemia. Os participantes incluídos nesta classe lidam com uma perceção mais negativa da pandemia, onde há um forte sofrimento psíquico.

Já a terceira classe “Incerteza Face ao Futuro”, com 34 segmentos de texto, 17,4% das UCEs do *corpus*, associou-se significativamente aos participantes com uma confiança baixa nas informações dadas pelas redes sociais ($cr1$; $p=0.03371$) e do género feminino ($g1$; $p=0.04377$). Houve associação com a classe, não sendo significativa, aos com alta confiança na imunidade de grupo, ($ci4$; $p=0.05731$), com os mais escolarizados ($e1$; $p=0.011191$), e aos com confiança moderada baixa nas informações transmitidas pelos pares ($cp2$; $p=0.10599$). Nesta classe, as principais palavras/expressões relacionadas mais significativas ($p\leq 0,001$) foram: “incerteza” ($\chi^2=74.21$), “desconhecimento” ($\chi^2=28.85$), “insegurança” ($\chi^2=26.14$), “raiva” ($\chi^2=19.46$) e “pânico” ($\chi^2=17.42$).

A classe 3 representa a incerteza, a falta de segurança e a ansiedade em relação ao que o futuro reserva. O perfil de participantes integrante desta classe expressa medo do desconhecido, com uma sensação de falta de controlo e raiva perante a pandemia. Os expressões evocados retratam o sentimento de ambiguidade e indefinição em relação ao futuro. A pandemia gera uma sensação de que as coisas nunca voltarão ao normal, provocando um estado de ansiedade generalizada e preocupação.

No eixo 2, evidencia-se a classe 2, com expressões acerca das “Práticas de Prevenção e Proteção” com 52 segmentos de texto, 26,5% das UCEs do *corpus*, sendo a segunda classe mais representativa, associa-se maioritariamente e significativamente, aos participantes com

confiança nas autoridades de saúde moderada alta (*ca3*) ($p=0.04223$), não se associando a nenhuma outra variável, o que indica que apresenta objetivações consensuais ao grupo de participantes deste estudo em relação à COVID-19. Nesta classe verificam-se palavras mais significativas ($p\leq 0,001$) como: “desinfetante” ($\chi^2=33.23$), “máscara” ($\chi^2=32.54$), “distanciamento social” ($\chi^2=22.05$), “vírus” ($\chi^2=20.0$), “pandemia” ($\chi^2=18.96$), “contágio” ($\chi^2=16.91$), “doença” ($\chi^2=16.88$) e “teletrabalho” ($\chi^2=15.46$). Esta classe reflete uma preocupação prática e ativa em relação à pandemia. Referem-se expressões associados à adesão a medidas de prevenção e proteção, como o uso de máscara, distanciamento social e higienização das mãos que indicam um foco claro nas ações protetoras e preventivas. Esta classe sugere captar um perfil de participantes que se envolve de forma prática na luta contra a pandemia, priorizando a segurança e a proteção, tanto a nível individual quanto coletivo.

Ainda no eixo 2, evidencia-se a classe 4 “Riscos de Saúde e Desafios Sociais”, com 45 segmentos de texto, 23% das UCE do *corpus*, relacionando-se não significativamente com os participantes do género masculino ($p=0.06105$) e não tendo qualquer outra associação a outra variável. Nesta classe verificaram-se palavras/expressões como mais significativas ($p\leq 0,001$): “infecção” ($\chi^2=24.36$), “dificuldade” ($\chi^2=20.77$), “vacina” ($\chi^2=19.38$) e “perigo” ($\chi^2=18.34$). A classe aborda as preocupações com os riscos à saúde pública e os desafios sociais decorrentes da pandemia, enfatizando o impacto na saúde e dificuldades socioeconómicas que surgem como consequência da pandemia, como a desigualdade, pobreza e a pressão sobre o sistema de saúde. Reflete um foco nas consequências coletivas da pandemia, tanto em expressões de saúde pública quanto de estrutura social e económica, destacando o fim de recursos e as tensões sociais.

Ressalta-se que a totalidade de palavras/expressões com um nível de significância $p\leq 0,05$ pode ser verificada na Tabela 6.3.

Em linhas gerais, como evidenciado na tabela 6.3, a análise identificou quatro classes principais: “Relações e Emoções Negativas”, associada a participantes com baixa escolaridade, alto stress e confiança nas redes sociais moderada-baixa; “Práticas de Prevenção e Proteção”, ligada a uma confiança moderada-alta nas informações transmitidas pelas autoridades de saúde e foco em medidas de proteção; “Incerteza Face ao Futuro”, associada a participantes com baixa confiança nas redes sociais e ao género feminino; e “Riscos de Saúde e Desafios Sociais”, que abordou os impactos sociais e de saúde sem associações significativas com variáveis sociodemográficas.

Tabela 6.3..Dendograma com a percentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (χ^2) fornecido pelo software IRAMUTEQ referente ao Campo Representacional e ancoragens da COVID-19. Portugal, 2020. Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$. UCE (Unidades de Contexto Elementar)

Impactos Psicológicos e Emocionais da Pandemia			Ações de Prevenção e Impactos Sociais								
Classe 1 Emoções Negativas e Relações 65 UCE (33,2%)			Classe 3 Incerteza face ao Futuro 34 UCE (17,4%)			Classe 4 Riscos de Saúde e Desafios Sociais 45 UCE (23%)			Classe 2 Práticas de Prevenção e Proteção 52 UCE (26,5%)		
Palavras	<i>f</i>	χ^2	Palavras	<i>f</i>	χ^2	Palavras	<i>f</i>	χ^2	Palavras	<i>f</i>	χ^2
Solidão**	23	52.52	Incerteza**	26	74.21	Infeção**	7	24.36	Desinfetante**	16	33.23
Tristeza**	25	23.72	Desconhecimento**	10	28.85	Dificuldade**	7	20.77	Máscara**	43	32.54
Angústia**	15	20.98	Insegurança**	13	26.14	Vacina**	10	19.38	Distanciamento Social**	29	22.05
Família**	8	16.81	Raiva**	4	19.46	Perigo**	17	18.34	Vírus**	52	20.0
Falta de liberdade*	12	14.52	Pânico**	11	17.42	China*	6	12.75	Pandemia**	59	18.96
Medo*	92	12.2	Caos*	4	9.47	Economia*	6	12.75	Contágio**	20	16.91
Ansiedade*	28	11.19	Nunca mais acaba*	3	5.17	Desgaste*	6	12.75	Doença**	55	16.88
Desemprego*	12	10.09	Dúvida*	3	5.17	Proteção*	9	10.19	Teletrabalho**	10	15.46
Preocupação*	23	9.02	Desafio*	3	5.17	Pandemia*	59	9.8	Quarentena*	19	14.48
Afastamento*	13	8.17	Anormalidade*	3	5.17	Pobreza*	5	9.44	Confinamento*	37	14.42
Notícia*	3	6.14				Saúde*	12	9.04	Isolamento*	38	13.32
Saudade*	13	5.06				Cuidado*	13	7.51	Restrição*	7	13.04
Depressão*	9	4.78				Respeito*	9	7.37	Mundial*	4	11.31
						Vírus*	52	5.44	Lavar as mãos*	3	8.44
						Irresponsabilidade*	5	3.98	Casos*	3	8.44
									Desinfetar*	7	7.51
									Ficar em casa*	8	5.54
									Teste*	4	4.92
									Higienizar*	4	4.92
Variáveis			Variáveis			Variáveis			Variáveis		
Menos escolarizados (e2)*			Confiança nas informações das redes sociais baixa (cr1)*			Género Masculino (g1)			Confiança na informação das autoridades de saúde moderada alta (ca3)*		
Stress Percebido Alto (s4)*			Género Feminino (g2)*								
Confiança nas informações das redes sociais moderada baixa (cr2)*			Confiança na Imunidade de Grupo alta (i4)								
			Mais escolarizados (e1)								
			Confiança nas informações dos pares moderada baixa (cp2)								

6.5. Análise Fatorial de Correspondência (AFC): Representação dos Polos e Eixos a partir das Variáveis Significativas

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) foi elaborada com o objetivo de complementar os resultados obtidos na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proporcionando uma visualização das associações entre as variáveis significativas e as palavras evocadas pelos participantes. Esta análise revelou três fatores principais que explicam 47,5%, 29,3% e 23,2% da variância, respectivamente. Os dois primeiros fatores, responsáveis por 76,8% da variância acumulada, foram representados nos eixos X e Y do plano cartesiano (Figura 6.4), permitindo a identificação de estruturas subjacentes às respostas.

Os eixos fatoriais identificados destacam dimensões centrais da experiência dos participantes face à pandemia. O eixo horizontal (Eixo 1) foi interpretado como Incerteza-Resiliência, enquanto o eixo vertical (Eixo 2) reflete a oposição entre Ação-Desafio. Esses dois eixos estruturam o espaço fatorial em quatro polos principais, cujas combinações determinam os perfis e agrupamentos das classes no plano cartesiano.

O Eixo 1 polariza à direita conceitos relacionados à resiliência, como “máscara”, “vacina” e “prevenção”, que refletem uma atitude de superação e adaptação emocional face às adversidades impostas pela pandemia. À esquerda, surgem expressões como “desconhecimento”, “insegurança” e “nunca mais acaba”, que exprimem a vulnerabilidade e o desconforto emocional associados à incerteza quanto ao futuro. Este eixo destaca, assim, o contraste entre participantes que demonstram maior confiança e adaptação e aqueles que se sentem mais inseguros e expostos às incertezas da pandemia.

Já o Eixo 2 opõe, na extremidade superior, desafios e barreiras, representados por palavras como “desemprego”, “dificuldade”, “impotência” e “economia”, que enfatizam os impactos emocionais e socioeconômicos da pandemia. Na extremidade inferior, encontram-se expressões como “desinfetante”, “máscara” e “distanciamento social”, que sugerem respostas práticas e comportamentos proativos adotados pelos participantes para lidar com o contexto pandêmico. Este eixo reflete, portanto, o contraste entre as dificuldades enfrentadas e as ações concretas realizadas como formas de prevenção e adaptação.

A disposição das classes no plano cartesiano (Figura 6.5) evidencia a interação entre os polos dos eixos e a forma como as variáveis significativas se agrupam em

diferentes perfis de participantes. As quatro classes identificadas distribuem-se em quadrantes distintos, refletindo combinações específicas entre os polos dos eixos.

Observa-se que a Classe 1 se localiza no quadrante superior esquerdo, associando-se aos polos de Incerteza (Eixo 1) e Desafio (Eixo 2), enquanto a Classe 2 ocupa o quadrante inferior direito, relacionado aos polos de Resiliência (Eixo 1) e Ação (Eixo 2). Por sua vez, a Classe 3 situa-se no quadrante inferior esquerdo, próxima aos polos de Incerteza e Ação, e a Classe 4, no quadrante superior direito, associada aos polos de Resiliência e Desafio.

Essa distribuição ilustra oposições claras entre as classes, como é o caso da Classe 1 e da Classe 2, posicionadas em quadrantes opostos, refletindo características antagônicas: enquanto a Classe 1 representa maior vulnerabilidade emocional e menor confiança nas redes sociais, a Classe 2 caracteriza-se pela confiança nas autoridades de saúde e uma abordagem resiliente e proativa. De forma semelhante, observa-se a oposição entre a Classe 3 e a Classe 4. Embora essas classes também partilhem características em determinados polos, como os valores negativos no eixo 1 entre as Classes 1 e 3 (indicando mal-estar emocional) e os valores positivos no mesmo eixo entre as Classes 2 e 4 (refletindo confiança nas medidas protetoras), cada classe apresenta especificidades claras que definem perfis distintos.

A análise das relações entre as variáveis significativas e as quatro classes reforça essas observações. A Classe 1, composta por participantes com menor escolaridade, altos níveis de stress percebido e baixa confiança nas redes sociais, reflete maior vulnerabilidade emocional e informacional, associando-se predominantemente aos polos de Incerteza e Desafio. Em contraste, a Classe 2 reúne participantes com alta confiança nas autoridades de saúde, cuja postura resiliente e proativa os posiciona nos polos de Resiliência e Ação. Já a Classe 3, embora menos definida, apresenta uma resposta caracterizada por incerteza nas fontes de informação e uma tendência a ações dispersas, associando-se aos polos de Incerteza e Ação. Por fim, a Classe 4, composta por participantes com confiança nas autoridades de saúde moderada alta, reflete um perfil de resiliência institucional e abordagem resolutiva, posicionando-se nos polos de Resiliência e Desafio.

De forma resumida, como ilustrado na tabela 6.4, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) revelou dois eixos principais: o Eixo 1, que polariza a Incerteza e Resiliência, e o Eixo 2, que reflete a oposição entre Ação e Desafio. As classes distribuíram-se nos quadrantes do plano cartesiano, com a Classe 1 associada aos polos de Incerteza e Desafio, a Classe 2 aos polos de Resiliência e Ação, a Classe 3 associada à Incerteza e Ação, e a Classe 4 aos polos de Resiliência e Desafio. Essas distribuições evidenciam as diferentes combinações de atitudes e percepções dos participantes face à pandemia.

Figura 6.5. Análise Fatorial de Correspondência a partir da CHD com Variáveis Significativas para as classes. Fonte: Imagem processada pelo software Iramuteq, 2024; Eixos interpretados pelos autores como parte integrante da análise de conteúdo

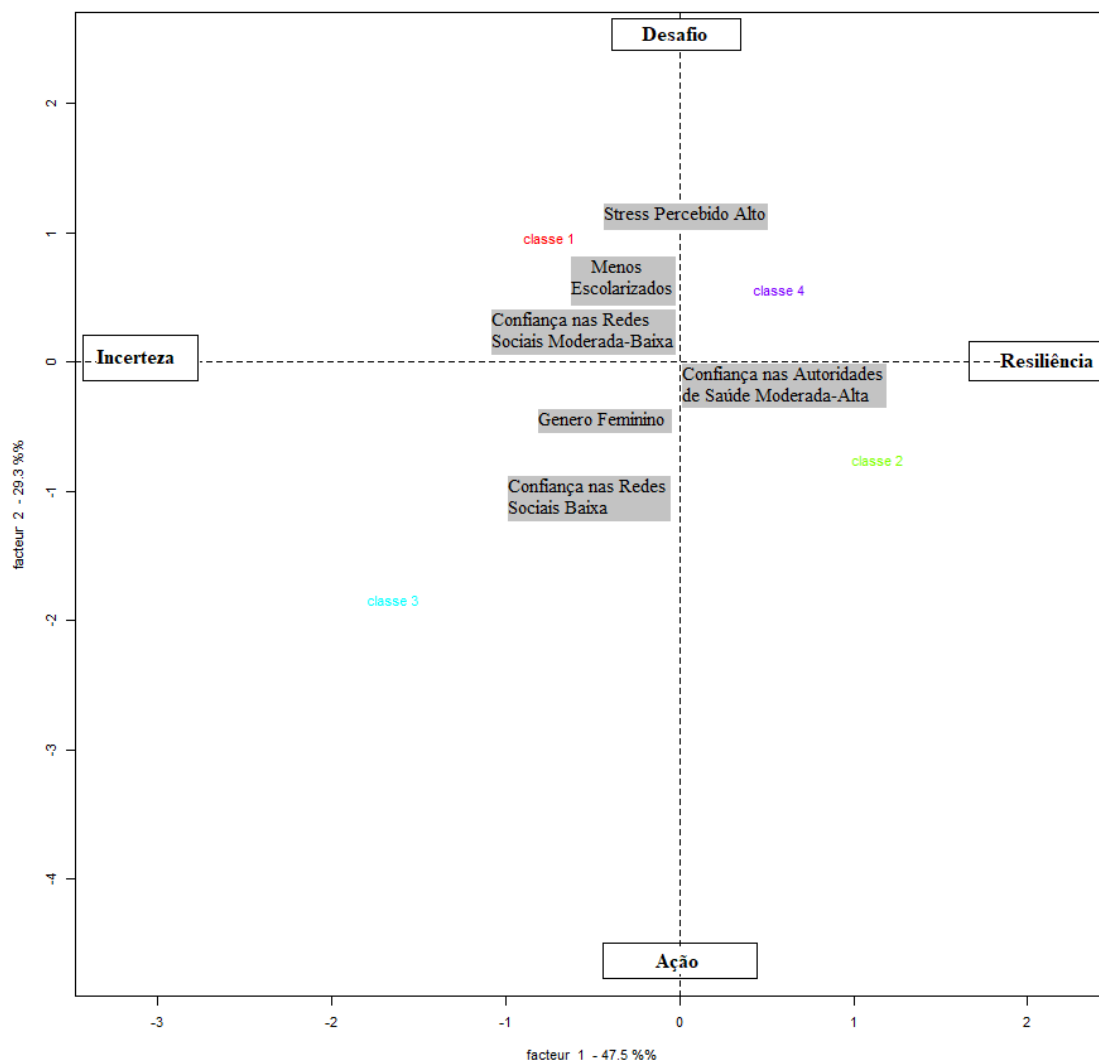


Tabela 6.4. Síntese dos Principais Resultados do Estudo

Análise	Principais Resultados	Conclusões/Relevância
Análise Prototípica	<ul style="list-style-type: none"> - Núcleo central: “Medo” ($n=104$), “doença”, “pandemia”, “vírus”, “confinamento”; - Primeira Periferia: “Máscara”, “morte”, “isolamento”; - Zona de contraste: “Incerteza”, “quarentena”, “contágio”, “insegurança”; - Segunda Periferia: “Tristeza”, “ansiedade”, “desemprego”, “saudades”. 	<ul style="list-style-type: none"> - O medo é a emoção mais evocada, refletindo a carga emocional central da pandemia; - As representações sociais combinam dimensões emocionais (ansiedade, tristeza), práticas (uso de máscara) e impactos sociais (desemprego, isolamento); - A estrutura hierárquica evidencia os diferentes níveis de consenso sobre o significado da COVID-19 entre os participantes;
Análise de Similitude	<ul style="list-style-type: none"> - Quatro comunidades principais identificadas: 1. “Medo” associado a “ansiedade”, “tristeza”, “solidão” (caracteriza a carga emocional). 2. “Doença” ligada a “morte”, “contágio”, “cuidado” (reflete o impacto na saúde). 3. “Pandemia” associada a “confinamento”, “vírus” (aspectos descritivos). 4. “Máscara”, associada a “isolamento”, “distanciamento social” (medidas de proteção). - Relações fortes como “máscara” ↔ “desinfetante” e “solidão” ↔ “tristeza” (verificadas estatisticamente). 	<ul style="list-style-type: none"> - As redes refletem uma estrutura emocional-prática, em que os sentimentos de vulnerabilidade (“medo”, “ansiedade”) estão interligados às práticas preventivas (“máscara”, “distanciamento”). - A análise mostra como os indivíduos vivenciaram tanto a insegurança como estratégias de proteção, destacando a dualidade entre risco e controlo.
Classificação Hierárquica Descendente (CHD)	<ul style="list-style-type: none"> - Classe 1 (33,2%): “Solidão”, “tristeza”, “angústia” (foco no sofrimento emocional, associado a participantes menos escolarizados e com altos níveis de stress). - Classe 2 (26,5%): “Máscara”, “distanciamento social”, 	<ul style="list-style-type: none"> - As classes mostram duas dimensões principais: 1. Impactos emocionais: Sentimentos de sofrimento e incerteza (Classe 1 e 3), indicando os efeitos psicológicos da pandemia. 2. Ações práticas: Foco em proteção e desafios coletivos (Classe 2 e 4), destacando

	<p>“desinfetante” (ênfase em práticas de proteção, associado a alta confiança nas autoridades de saúde).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classe 3 (17,4%): “Incerteza”, “raiva”, “pânico” (representa insegurança face ao futuro). - Classe 4 (23%): “Vacina”, “saúde”, “pobreza”, “cuidado” (aborda riscos à saúde e desafios sociais). 	<p>respostas proativas e preocupações com desigualdades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - As associações revelam que a confiança nas informações das redes sociais e das autoridades de saúde, nível de escolaridade, género e stress percebido são fatores determinantes para como a pandemia é vivida e representada.
Análise Estatística	<ul style="list-style-type: none"> -Caracterização da amostra: Predominantemente feminina (83%); Média de idade: 33,6 anos; Elevada escolaridade: 74% com ensino superior completo ou mais -Stress Percebido (PSS-10): Média moderada (M = 2,26) -Confiança na Imunidade de Grupo: Média moderada (M = 3,36) -Perceção de Risco: Média relativamente alta (M = 4,66) -Confiança nas Autoridades de Saúde: Média moderada-alta (M = 4,56) -Confiança nos Pares: Nível moderado de confiança (M = 3,17) -Confiança nas Redes Sociais: Confiança moderada-baixa 	<ul style="list-style-type: none"> - A análise estatística dividida em quartis para as variáveis em análise refinou as diferenças entre participantes no que respeita às suas crenças.
Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	<ul style="list-style-type: none"> - Dois eixos interpretativos: <ul style="list-style-type: none"> • Eixo 1: Incerteza ↔ Resiliência. • Eixo 2: Desafios ↔ Ações. - Classes distribuídas em quadrantes distintos: <ul style="list-style-type: none"> • Classe 1: Incerteza + 	<ul style="list-style-type: none"> - A AFC destaca oposições claras entre perfis de participantes: <ul style="list-style-type: none"> • Classe 1 x Classe 2: Antagonismo entre vulnerabilidade emocional e resiliência prática. • Classe 3 x Classe 4: Diferenças entre ações dispersas e foco em riscos coletivos.

	<p>Desafios (vulnerabilidade emocional).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classe 2: Resiliência + Ações (respostas proativas). • Classe 3: Incerteza + Ações (ambiguidade nas respostas). • Classe 4: Resiliência + Desafios (preocupações com saúde e sociedade). 	<p>- As variáveis significativas (stress, confiança nas informações, nível de escolaridade e género) estruturam o espaço fatorial, mostrando como diferentes grupos lidam com a pandemia e configuram as representações sociais.</p>
--	---	--

Parte IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo principal do estudo foi explorar o conhecimento de senso comum sobre a COVID-19 numa amostra da população portuguesa. Os resultados permitem-nos compreender como as representações sociais se estruturam e como diferentes fatores sociodemográficos e psicossociais influenciam a percepção e resposta social à pandemia, no contexto português.

Em primeira instância, procurou-se identificar a estrutura das representações sociais da COVID-19, como forma de conhecer a sua representação social como indicado por Wachelke (2009). Os resultados da análise prototípica refletiram, tanto os elementos mais acessíveis à consciência coletiva como as variações individuais que surgem nas diferentes camadas da representação, tal como indicado por Abric (1998, citado por Dany et al. 2015; Parreira et al., 2018).

Os candidatos ao núcleo central não surpreenderam, com o *medo* a revelar-se um elemento bastante centralizado com uma frequência muito superior em relação aos restantes termos incluídos na zona o que refutou para o maior valor simbólico sendo uma característica típica de elementos centrais (Wolter e Wachelke, 2011). A centralidade desta emoção já tinha sido relatada por outros autores que igualmente analisaram as estruturas da representação social de doenças e pandemias, como o de Bezerra et al. (2018) que relatou na estrutura representacional da SIDA e Joffe e Haarhoff (2002) no Ébola; bem como Washer (20024) observou no SARS. Inclusive nos estudos que exploraram a estrutura das representações sociais da COVID-19 tanto internacionalmente (Colí et al., (2020) na Itália; Coelho et al., (2021) no Brasil); como em Portugal relataram a centralidade desta emoção (Gomes e Vieira-dos-Santos, 2021).

No presente estudo esta emoção foi acompanhada pelas ideias de *doença pandemia*, *vírus* e *confinamento* que também revelam concordância com o que foi encontrado no estudo de Gomes e Vieira-dos-Santos (2021). A presença dessas palavras reflete a objetivação do fenómeno descrita por Moscovici (1961), onde conceitos abstratos são transformados em realidades concretas na percepção social, o que revela que a população portuguesa assimilou rapidamente a gravidade da situação pandémica, convertendo-a em experiências concretas e profundamente significativas, desempenhando a sua função organizadora e estabilizadora (Moliner & Abric, 2015).

Já o sistema periférico da estrutura revelou os elementos mais flexíveis e adaptáveis e a adaptação a diferentes contextos sem perder a coerência (Pavarino, 2003 citado por Parreira et al., 2018; Moliner & Abric, 2015). Nas periferias foi possível entender a sensibilidade influenciada pelas características do contexto imediato que permitem a integração de experiências e histórias individuais admitindo heterogeneidade do grupo e até mesmo contradições. Foi percebida a função de concretização relacionada ao processo de ancoragem da representação na realidade, uma vez que a presença da palavra *máscara* na primeira periferia sugere essa concretização, uma vez que os dados recolhidos do estudo coincidem com a aplicação da obrigatoriedade da máscara em Portugal (Abric, 1998 citado por Chaves & Silva, 2013). Para além dos elementos que representam a imagem coletiva da COVID-19 a representação é enriquecida por outros elementos relacionados às suas consequências físicas como a *morte* e a *quarentena*, tal como já verificado no estudo de Coli et al. (2020). Os candidatos a zona de contraste também sugeriram a existência de um subgrupo com maior preocupação em relação ao risco. (Abric, 2003 citado por Wolter e Wachelke, 2008).

A análise de similitude confirmou e completou a hipótese de centralidade das palavras *medo*, *doença*, *pandemia*, *vírus* e destacou *máscara* como um possível elemento central dado que estas palavras se organizaram numa rede densa de interligações. (Wolter et al., 2016). As quatro comunidades encontradas revelam mais informação do que o modelo das quatro casas demonstrando que o medo se associa a uma pluralidade de emoções negativas, como já observado por Idoiaga et al. (2022) que refere que o medo esconde uma grande variedade de emoções durante a pandemia, corroborando a complexidade emocional revelada na análise de similitude. Este padrão é consistente com a teoria de Moscovici (1981), entendendo o medo como um mecanismo central na transformação de algo estranho em familiar. A predominância desta comunidade reflete a carga emocional intensa vivida durante a pandemia, especialmente em grupos vulneráveis como relatado por Brooks et al. (2020) e Kazmi et al. (2020). Outra comunidade revelou associações relativas às consequências da doença, ilustrando o processo de objetivação, pelo qual conceitos abstratos (*vírus*) são transformados em imagens concretas (*morte*, *cuidado*) que influenciam diretamente comportamentos individuais e coletivos (Moscovici, 1961). O impacto dessas representações na saúde mental é evidente, conforme apontado por Cavalcanti et al. (2021), que documentaram altos índices de ansiedade e depressão entre estudantes universitários brasileiros. Uma terceira

comunidade mais ligada a *Aspetos Descritivos da Pandemia* agrupa palavras numa tentativa de descrição factual do fenómeno. Esta estrutura é coerente com a função de conhecimento atribuída às representações sociais (Abric, 2000), que permitem aos indivíduos interpretar e dar sentido à realidade. Uma última comunidade parece dizer respeito a *Estratégias de Proteção* que formam uma rede centrada em práticas preventivas, refletindo a função prática das representações sociais, orientando comportamentos protetores face ao risco percebido (Lazarus & Folkman, 1984). A força das conexões entre *máscara* e *desinfetante* confirma a rápida incorporação dessas práticas no senso comum português, tal como descrito por Wang et al. (2020) e Kamerlin & Kasson (2020).

Os resultados confirmam a aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais (TRS) em contextos atuais, demonstrando a sua adaptabilidade a novos fenómenos globais. A análise de similitude revela dinâmicas ocultas nas representações sociais, como a relação entre emoções negativas e práticas preventivas, ampliando a nossa compreensão sobre o papel regulador das periferias. A presença simultânea de *medo* e *ansiedade* na análise destaca a necessidade de campanhas de saúde pública que abordem tanto aspetos cognitivos quanto emocionais. Além disso, a forte conexão entre *máscara* e *desinfetante* indica que mensagens claras e acessíveis são eficazes para promover práticas preventivas, reforçando a importância da comunicação eficiente (Dryhurst et al., 2020).

Numa segunda instância, a fim de explorar a relação entre perfis de crenças dos participantes com categorias identificadas, com a CHD, os dados quantitativos a serem integrados também revelaram curiosidades e particularidades. A amostra de caracterização predominantemente feminina (83%), jovem-adulta (média de 33,6 anos), com elevada escolaridade (74% possuem ensino superior completo ou mais) refletiu uma tendência observada em outros estudos sobre representações sociais da COVID-19, onde mulheres e indivíduos mais escolarizados frequentemente se destacam como mais participativos em pesquisas *online* (Rodrigues & Silva, 2020; Lima et al., 2022). Em termos psicossociais, os participantes apresentaram médias moderadas de stress percebido e confiança na imunidade de grupo, enquanto a perceção de risco foi relativamente alta. A confiança nas autoridades de saúde foi moderada-alta, contrastando com níveis baixos-moderados de confiança nas redes sociais e pares. Estes dados também se revelaram consistentes com estudos globais que destacam a importância das autoridades de saúde como fontes confiáveis durante a pandemia (Wang et al., 2020;

Dryhurst et al., 2020), enquanto evidenciam a menor adesão às informações partilhadas por redes sociais e contactos interpessoais, especialmente em contextos marcados por “infodemia” e disseminação de desinformação (Garcés-Prettel et al., 2021).

Os resultados da CHD revelaram padrões latentes de coocorrência e organização cognitiva que não são captados apenas pela frequência e ordem média de evocação (Camargo & Justo, 2018). Assim como Do Bú et al. (2020) encontraram dois eixos como organizadores das representações sociais da COVID-19: “Definição, disseminação e prevenção do coronavírus” e “Implicações psicossociológicas e afetivas do coronavírus”; a par deste, o nosso estudo revelou de forma semelhante que a perspetiva portuguesa se dividia em dois eixos a que apelidámos de “Impactos Psicológicos e Emocionais” e “Ações de Prevenção e Impactos Sociais”. As quatro classes encontradas (*Emoções negativas e relações*) sendo a mais representativa, refletiu a dimensão emocional intensa da experiência pandémica, apreendendo sentimentos de isolamento social e sofrimento psicológico, algo já observado em estudos anteriores sobre outras crises de saúde pública (Cavalcanti et al., 2021; Brooks et al., 2020). No mesmo eixo, a Classe 3 (*Incerteza Face ao Futuro*), concentrou-se em conceitos relacionados à *incerteza face ao futuro*, como *incerteza*, *desconhecimento* e *raiva*, revelando a complexidade da perceção do vírus, onde a falta de controlo e compreensão total do fenómeno gerou ansiedade e preocupação generalizada. Estudos similares, como o de Taha et al. (2014) no contexto da gripe H1N1, também destacaram a incerteza como um fator central na formação das representações sociais durante crises sanitárias. No eixo das “Ações e Práticas de Prevenção e Impactos Sociais” a Classe 2 (*Práticas de Proteção e Prevenção*), sendo a segunda categoria com “mais peso”, ilustrou claramente uma postura prática e proativa perante a pandemia, centrada nas medidas concretas adotadas para mitigar os riscos de contágio. Esses resultados são consistentes com estudos que documentaram como práticas preventivas, como o uso de máscaras e desinfetantes, se tornaram elementos centrais nas representações sociais da COVID-19, simbolizando tanto a responsabilidade individual quanto coletiva (Coelho et al., 2021; Melotti et al., 2022). Por último, a Classe 4 (*Riscos de Saúde e Desafios Sociais*) refletiu a preocupação com as consequências diretas da pandemia na saúde pública e na estrutura social, refletindo o impacto sistémico do vírus. Resultados semelhantes foram encontrados por Prati et al. (2021), que exploraram as preocupações coletivas com os desafios impostos pela doença, incluindo impactos socioeconómicos e sobrecarga sobre o sistema de saúde.

Em conjunto, estas classes evidenciam a multifacetada natureza das representações sociais da COVID-19, combinando emoções negativas, práticas de proteção, incerteza e preocupações com impactos sociais. A distribuição ponderada das classes reforça a ideia de que as representações sociais se organizam hierarquicamente, com diferentes aspetos do fenómeno a ganhar relevância relativa dependendo das experiências vividas pelos indivíduos, conforme proposto por Abric (1994) e Moscovici (1981).

Relativamente à sua associação a variáveis sociodemográficas e psicossociais tal como explorado nos estudos de Do Bú et al. (2020) no Brasil e de Melotti et al. (2022) na Itália, embora com recurso a medidas e variáveis diferentes, o nosso estudo também confirmou interferência de fatores sociais nas representações tal como proposto por Doise (1985/1992).

Os resultados sugeriram que a divisão em quartis permitiu identificar subgrupos distintos dentro da amostra. Participantes num nível alto de stress percebido (s4) foram mais propensos a evocar emoções negativas enquadrando-se na Classe 1 (*Relações e Emoções Negativas*) da CHD, assim como participantes menos escolarizados (e2) e com confiança moderada a baixa nas redes sociais (cr2). Podemos indicar ser um padrão semelhante ao que foi encontrado por Brooks et al. (2020), que associaram altos níveis de *stress* à vivência emocional intensa durante *lockdowns*. A questão da escolaridade também não surpreendeu dados os estudos de Elsary e El-Sherbiny (2023), que já tinham documentado a relação entre menor escolaridade e altos níveis de stress e de Do Bú et al., 2020; Kazmi et al., 2020) que identificaram vulnerabilidade emocional maior entre grupos menos escolarizados. Além disso, Brooks et al. (2020) já havia alertado também para o impacto negativo das medidas de quarentena na saúde mental, especialmente entre aqueles com menos acesso a recursos psicológicos ou financeiros. O estudo de Arriaga et al. (2021) parece sustentar a associação significativa da confiança moderada baixa nas redes sociais associadas a esta classe que relataram como a circulação de *fake news* durante a pandemia teve um impacto emocional negativo e enfraqueceu a adesão às recomendações de saúde pública. A saturação informativa ou "infodemia" foi identificada por Kiviniemi et al. (2022) como um fator crítico na disseminação de desinformação e na redução da confiança pública, algo que também foi observado no nosso estudo.

Já a Classe 2 (*Práticas de Prevenção e Proteção*) mostrou associação significativa com aqueles que apresentaram confiança moderada-alta nas autoridades de saúde (ca3),

sugerindo que esta variável influencia diretamente comportamentos protetores, como observado em estudos anteriores (Kamerlin & Kasson, 2020).

Por outro lado, a Classe 3 (Incerteza Face ao Futuro) concentrou-se em participantes com baixa confiança nas redes sociais (cr1), reforçando a ideia de que incerteza e falta de informação clara podem conceber ansiedade e desconforto (Taha et al., 2014) e a participantes do género feminino (g2), o que também coincidiu com os estudos de Taha et al. (2014) e Kazmi et al. 2020 que mencionam como a intolerância à incerteza influencia negativamente a saúde mental, especialmente entre mulheres e jovens.

Finalmente, a Classe 4 (Riscos de Saúde e Desafios Sociais), embora não se associando significativamente a variáveis sociodemográficas específicas, capturou preocupações coletivas com impactos socioeconómicos e desigualdades na saúde pública, algo já documentado em investigações sobre a pandemia (Burki, 2020; Kazmi et al., 2020). Esses resultados destacam a necessidade de considerar perfis sociodemográficos e psicossociais diferenciados na formulação de intervenções públicas, ajustando mensagens para abordar tanto vulnerabilidades emocionais quanto práticas preventivas.

Porém, algumas das variáveis sociodemográficas e psicossociais em análise que não se associaram significativamente merecem a nossa crítica. Curiosamente, a idade, frequentemente apontada como um fator crucial na literatura (Prati et al., 2021; Kazmi et al., 2020), não se associou significativamente a nenhuma classe, possivelmente devido à homogeneidade da amostra em termos etários (média de 33,6 anos). Além disso, a confiança alta na imunidade de grupo, embora mencionada na Classe 3 ("*Incerteza Face ao Futuro*"), não foi estatisticamente significativa, o que pode ser explicado pela ambiguidade inicial sobre o conceito durante a pandemia (Fine et al., 2011; Betsch et al., 2015) ou pela heterogeneidade nas interpretações deste construto (Brown et al., 2021; Olaimat et al., 2022). Similarmente, o grupo mais escolarizado e a confiança moderada-baixa nas informações dos pares também não mostraram associações robustas, indicando que emoções como medo e ansiedade podem moldar uniformemente as representações sociais, independentemente do nível educacional ou das fontes informacionais interpessoais (Xiong et al., 2020; Rodrigues & Silva, 2020).

Por outro lado, o género masculino e a perceção de risco não se associaram significativamente às classes identificadas, contradizendo padrões observados em outros

estudos (Lo Presti et al., 2022; Brooks et al., 2020; Carochinho, 2011; Guo et al., 2023). Estes resultados podem refletir particularidades contextuais da amostra portuguesa, onde as autoridades de saúde ganharam maior credibilidade (Rodrigues, 2022), ou limitações metodológicas, como o desequilíbrio de género na amostra (17% homens). A ausência de uma relação direta entre percepção de risco e comportamentos pode ser mediada por fatores emocionais e cognitivos, como sugerido por Lazarus & Folkman (1984) e corroborado por Meier et al. (2021). Em suma, estes resultados indicam que variáveis amplamente reconhecidas na formação de representações sociais podem ter impacto limitado em certos contextos, reforçando a necessidade de explorar dinâmicas locais e culturais em estudos futuros.

Em última instância e análise, na procura de identificar os eixos e polos estruturantes das representações sociais da COVID-19, os resultados da AFC permitiram identificar dois eixos principais que estruturam as representações sociais da COVID-19 na amostra portuguesa estudada: Incerteza ↔ Resiliência (Eixo 1) e Desafio ↔ Ação (Eixo 2). O Eixo 1 polariza conceitos relacionados à vulnerabilidade emocional, como *incerteza, desconhecimento e insegurança*, com elementos resilientes, como *máscara, vacina e prevenção*. Esta oposição reflete a dualidade de respostas observada durante a pandemia, onde grupos mais vulneráveis, particularmente mulheres e menos escolarizados, tendem a experienciar maior incerteza e ansiedade (Brooks et al., 2020; Kazmi et al., 2020), enquanto outros internalizam práticas adaptativas, reforçando a função reguladora das periferias descrita por Abric (1994).

O Eixo 2 organiza sentimentos de vulnerabilidade socioeconómica (*desemprego, dificuldade, impotência*) em oposição às práticas preventivas concretas (*desinfetante, distanciamento social, máscara*). Este padrão evidencia a tensão entre os impactos sistémicos da pandemia e as medidas individuais de proteção, um fenómeno também documentado em estudos globais (Taylor et al., 2020; Wang et al., 2020). O posicionamento no eixo inferior demonstra uma adesão prática às recomendações das autoridades de saúde, enquanto o polo superior capta preocupações difusas sobre crises económicas e desigualdades sociais.

A distribuição das classes nos quadrantes do plano cartesiano revelou perfis distintos. A Classe 1 – Relações e Emoções Negativas (Incerteza + Desafio), predominantemente associada a participantes menos escolarizados, com alto stress percebido e confiança moderada baixa nas redes sociais, concentra-se em emoções

negativas como *solidão*, *tristeza* e *angústia*. Estes resultados são congruentes com investigações que destacaram o impacto psicológico da pandemia em grupos com menor acesso a fontes de informação credíveis (Brooks et al., 2020; Xiong et al., 2020). Por outro lado, a Classe 2 – Práticas de Prevenção e Proteção (Resiliência + Ação), significativamente ligada a confiança moderada-alta nas autoridades de saúde, agrupa termos como *máscara*, *desinfetante* e *distanciamento social*. Estes resultados corroboram estudos que mostraram como a credibilidade das fontes informativas influencia diretamente comportamentos de proteção (Rodrigues, 2022; Dryhurst et al., 2020).

As Classes 3 e 4 apresentam perfis mais complexos. A Classe 3 – Incerteza Face ao Futuro (Incerteza + Ação) combina elementos ambíguos, como *incerteza* e *desconhecimento*, com práticas de proteção dispersas, indicando uma tentativa de equilibrar insegurança e ação proativa, semelhante aos resultados de Prati et al. (2021). Já a Classe 4 – Riscos de Saúde e Desafios Sociais (Resiliência + Desafio), localizada no quadrante superior direito, aborda preocupações coletivas sobre impactos na saúde pública e desigualdades socioeconômicas, incluindo referências à *vacina* e à *pobreza*. Curiosamente, esta classe não se associou significativamente ao gênero masculino, possivelmente devido à composição maioritariamente feminina da amostra, limitando a generalização para ambos os gêneros (Cavalcanti et al., 2021). Os resultados enfatizam a necessidade de campanhas públicas que considerem essas dimensões emocionais e pragmáticas, promovendo tanto apoio psicológico quanto orientações claras sobre prevenção e equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Em termos práticos, estes resultados fornecem diretrizes claras para futuras intervenções em saúde pública e constituem-se importantes, uma vez que, assim como descrito por Aristovnik et al. (2020) eventos pandêmicos podem tornar-se mais frequentes no futuro devido às transformações ambientais e comportamentais globais e sublinham a necessidade de preparação contínua para enfrentar novas crises sanitárias.

Primeiro, o contraste entre Incerteza e Resiliência sugere que campanhas devem equilibrar mensagens tranquilizadoras com informações práticas sobre comportamentos protetores, minimizando a carga emocional sem subestimar a gravidade da pandemia (Vinkers et al., 2020). Segundo, a polarização entre Desafio e Ação destaca a importância de focar em soluções concretas, reduzindo o sentimento de impotência ao promover ações eficazes (Scharnetzki et al., 2023).

Além disso, a ausência de associações significativas entre a Classe 4 ("Riscos de Saúde e Desafios Sociais") e variáveis sociodemográficas, como o gênero, reforça a necessidade de uma comunicação inclusiva que aborde experiências coletivas partilhadas por diferentes grupos populacionais. Por outro lado, a forte ligação entre a Classe 2 ("Práticas de Prevenção e Proteção") e alta confiança nas autoridades de saúde (ca3) evidencia o papel crucial dessas instituições na promoção da adesão a medidas preventivas (Smith et al., 2020). Assim, é essencial priorizar fontes confiáveis e transparentes, combatendo a desinformação e fortalecendo a credibilidade das mensagens.

Em síntese, os eixos identificados pela AFC refletem uma dinâmica complexa onde emoções, práticas e preocupações coletivas se interligam. Estes resultados apoiam a ideia de que comunicações durante crises sanitárias devem ser segmentadas e adaptadas aos diferentes perfis de vulnerabilidade e resiliência, tal como sugerido por Joia et al. (2022) e Jaspal e Nerlich (2020). Campanhas bem-sucedidas devem considerar tanto aspectos emocionais quanto práticos, promovendo tanto o apoio psicológico quanto a adoção de comportamentos saudáveis.

Mais especificamente, a AFC apresentou uma representação clara de diferentes perfis de participantes com base nas crenças de cada um: A *Vulnerabilidade emocional* (Classe 1) parece estar mais associada à incerteza e à falta de controlo, refletindo o *stress* e a insegurança de um grupo que sente os impactos mais fortes da pandemia, tanto emocional quanto socialmente. Por outro lado, denota-se a existência de um grupo *Resiliente e Proativo* (Classe 2) que aparecem num contraste claro, numa sugestão clara como sendo participantes mais propensos a adotar medidas de prevenção e mostrando uma confiança maior nas suas fontes de informação (particularmente nas autoridades de saúde). Como terceiro perfil um grupo de participantes mais associado a *Incerteza com ações dispersas* (Classe 3) que sugere que, embora os participantes enfrentem uma grande falta de controlo sobre o futuro, ainda procuram adaptar-se de formas variadas, talvez sem uma estratégia centralizada ou organizada. Por último um grupo de participantes mais *Resiliente diante de desafios socioeconômicos* (Classe 4) que indica um grupo que encara as dificuldades de forma prática e adaptativa, mas reconhece as barreiras sistêmicas e sociais, como desemprego e dificuldades econômicas.

Desta forma, a análise fatorial revelou como diferentes aspectos da pandemia impactam os participantes em várias dimensões: emocionais, práticas e sociais. Isso pode

fornecer informações valiosas para as políticas públicas e estratégias de comunicação para ajudar a apoiar grupos com maior vulnerabilidade ou com atitudes mais dispersas em relação às medidas de prevenção e adaptação.

Por exemplo, a Classe 1 poderia beneficiar de campanhas de apoio emocional e psicológico, já que estão mais propensos à angústia e stress, enquanto a Classe 2 pode ser incentivada a continuar suas práticas preventivas. A Classe 3 poderia ter acesso a uma comunicação mais clara e segura, enquanto a Classe 4 precisa de medidas que abordem simultaneamente tanto os desafios sociais quanto a confiança nas instituições e a sua capacidade de resposta.

Tendo em conta os resultados de todas as análises, os resultados deste estudo contêm informações que podem sugerir intervenções valiosas através do estudo das Representações Sociais e que podem ser utilizados para ajustar estratégias de comunicação de Risco baseada em evidências científicas e ajudar a promover comportamentos de proteção, tal como indicado pela OPP (2020).

PARTE V- CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo exploratório fornecem revelações valiosas sobre as representações sociais da COVID-19 na população portuguesa, evidenciando como variáveis sociodemográficas e psicossociais influenciam significativamente a organização e conteúdo dessas representações. A análise prototípica e de similitude revelaram que *medo*, *doença*, *pandemia* e *vírus* ocupam posições centrais nas representações sociais, refletindo processos fundamentais de ancoragem e objetivação descritos por Moscovici (1961). Estes elementos centrais moldaram tanto respostas emocionais quanto comportamentais durante a crise pandémica, sendo complementados por práticas preventivas ("máscara", "distanciamento social") na periferia imediata, conforme previsto pela abordagem estrutural de Abric (1994).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) permitiu identificar quatro classes temáticas distintas — "Relações e Emoções Negativas", "Práticas de Prevenção e Proteção", "Incerteza Face ao Futuro" e "Riscos de Saúde e Desafios Sociais" — que capturam diferentes dimensões das experiências vividas pelos participantes. Essas classes foram posteriormente distribuídas nos planos fatoriais através da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), resultando em dois eixos interpretativos principais: Incerteza ↔ Resiliência e Desafio ↔ Ação. Estes eixos sublinham a dualidade das respostas humanas à pandemia, onde vulnerabilidade emocional e incerteza convivem com adaptação prática e proativa, corroborando a perspectiva sociodinâmica de Doise (1985/1992) sobre como dinâmicas sociais moldam as representações.

As implicações destas descobertas são relevantes tanto no plano teórico quanto no prático. Teoricamente, este trabalho reitera a aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais (TRS) em contextos contemporâneos complexos, como crises de saúde pública globais, demonstrando a interação entre consenso coletivo e diversidade individual nas respostas à pandemia. Praticamente, os resultados indicam que intervenções em saúde pública devem ser segmentadas e adaptadas aos perfis sociopsicológicos dos grupos-alvo, promovendo mensagens claras e pacificadoras que equilibrem emoções negativas com orientações práticas. A confiança nas autoridades de saúde emerge como um fator crucial para a adesão a medidas preventivas, enquanto a desinformação e baixa confiança nas redes sociais amplificam sentimentos de incerteza e ansiedade, tal como observado por Dryhurst et al. (2020) e Cinelli et al. (2020).

No entanto, reconhecem-se algumas limitações neste estudo. O caráter transversal da amostra não permite inferências longitudinais sobre a evolução das representações ao longo do tempo, uma lacuna que pode ser explorada em pesquisas futuras. Além disso, a amostra predominantemente feminina e escolarizada pode ter introduzido vieses nos resultados, limitando a sua generalização para outras populações. De mencionar a limitação associada ao tipo de estudo, quanto à sua abordagem qualitativa, que apesar de proporcionar uma compreensão de fenómeno em análise, depende da interpretação dos pesquisadores na análise de conteúdo. O que pode introduzir subjetividade nos resultados, ainda que tenham sido adotadas estratégias para garantir rigor e credibilidade. Por fim, a utilização de uma escala genérica de stress percebido (PSS-10) em vez de uma versão específica para a pandemia (*PSS-10-C*) pode ter subestimado certos impactos emocionais relacionados diretamente ao contexto pandémico.

Para futuras investigações, sugere-se a adoção de uma abordagem longitudinal, permitindo observar mudanças nas representações sociais em resposta às flutuações do contexto pandémico e às estratégias de comunicação implementadas pelas autoridades. Explorar construtos adicionais, como resiliência e *coping*, poderia enriquecer a compreensão das respostas adaptativas aos desafios impostos pela pandemia. Adicionalmente, expandir a amostra para incluir maior diversidade sociodemográfica seria essencial para validar as descobertas aqui apresentadas.

Em suma, este estudo demonstra que as representações sociais da COVID-19 são dinâmicas e multifacetadas, moldadas por fatores socioculturais, emocionais e contextuais. Ao compreender melhor como diferentes grupos constroem significados sobre fenómenos como a pandemia, torna-se possível desenvolver intervenções mais eficazes e inclusivas, capazes de mitigar os impactos psicológicos e promover comportamentos saudáveis. Assim, esta pesquisa reforça a relevância da TRS como ferramenta para analisar crises sociais e informar políticas públicas baseadas em evidências.

Referências Bibliográficas

- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*, 2, 75-78. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284756719_Central_System_Peripheral_System_their_Functions_and_Roles_in_the_Dynamic_of_Social_Representations
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. *Estudos interdisciplinares de representação social*, 2(1998), 27-38.
- Abric, J.-C. (Dir.) (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville-Saint Agne: Érès.
- Abric, J.-C. (1997a). Les représentations sociales: Aspects théoriques. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et représentations sociales* (2nd ed., pp.11-36). Paris: Presses Universitaires
- Abric, J.-C. (1997b). Pratiques sociale, représentations sociales. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (2nd ed., pp.217-238). Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y. J., Mao, Y. P., Ye, R. X., Wang, Q. Z., ... & Zhou, H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious diseases of poverty*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
- Agrawal, S., Goel, A. D., & Gupta, N. (2020). Emerging prophylaxis strategies against COVID-19. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(1). <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1289>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Alba-Ruiz, R. (2020). Covid-19, coronavirus pandemic: aproximación bibliométrica y revisión de los resultados. *Zenodo*, 1, 1-6. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3734062>
- Almeida, M. A. P. D. (2014). As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 687-708. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000200012>
- Alves, R. F., Samorinha, C., & Precioso, J. (2020). Conhecimentos, atitudes e comportamentos de estudantes Portugueses do ensino secundário relacionados com a prevenção da COVID-19. *Psicologia*, 34(2), 75-88. <http://orcid.org/0000-0001-7189-5487>
- Alzueta, E., Perrin, P., Baker, F. C., Caffarra, S., Ramos-Usuga, D., Yuksel, D., & Arango-Lasprilla, J. C. (2021). How the COVID-19 pandemic has changed our lives: A study of psychological correlates across 59 countries. *Journal of clinical psychology*, 77(3), 556-570. <https://doi.org/10.1002/jclp.23082>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Aristovnik, A., Keržič, D., Ravšelj, D., Tomaževič, N., & Umek, L. (2020). Impacts of the COVID-19 pandemic on life of higher education students: A global perspective. *Sustainability*, 12(20), 8438. <https://doi.org/10.3390/su12208438>

Arriaga, P., Esteves, F., Pavlova, M. A., & Piçarra, N. (2021). Coronavirus disease (COVID-19): the impact and role of mass media during the pandemic. *Frontiers in psychology*, 12, 729238. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.729238>

Baden, L. R., El Sahly, H. M., Essink, B., Kotloff, K., Frey, S., Novak, R., ... & Zaks, T. (2021). Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *New England journal of medicine*, 384(5), 403-416. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2035389>

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu* (Vol. 69). Paris: Presses universitaires de France.

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bedoya Cardona, E. Y., Pereira Moreno, L. J., Popa, I., Morandi, A., Molina Fernández, A., Hansen Rodríguez, G., ... & Montomoli, C. (2023). Perceived stress and coping strategies during the COVID-19 lockdown in five countries. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. <https://doi.org/10.5944/rppc.32578>

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966/1991). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento* (F. S. Fernandes, Trad., 24ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Bertoni, L. M., & Galinkin, A. L. (2017). Teoria e métodos em representações sociais. *Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias*, 101-122. <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>

Betsch, C., Böhm, R., & Chapman, G. B. (2015). *Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness*. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73. <https://doi.org/10.1177/2372732215600716>

Bezerra, E. O., Pereira, M. L. D., Maranhão, T. A., Monteiro, P. D. V., Brito, G. C. B., Chaves, A. C. P., & Sousa, A. I. B. D. (2018). Análise estrutural das representações sociais

sobre a aids entre pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(2), e6200015. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180006200015>

Bezerra, V., Do Bú, E., Alexandre, M. E., & Coutinho, M. D. P. (2020). Estrutura representacional do novo coronavírus e do estado de pandemia. *Psicologia, saúde & doenças*, 21(3), 594-605. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210305>

Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *Bmj*, 314(7080), 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>

Bouguettaya, A., Walsh, C. E., & Team, V. (2022). Social and cognitive psychology theories in understanding COVID-19 as the pandemic of blame. *Frontiers in Psychology*, 12, 672395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.672395>

Breakwell, G. M. (2014). *The Psychology of Risk*. Cambridge University Press

Brewer, N. T., & Fazekas, K. I. (2007). Predictors of HPV vaccine acceptability: a theory-informed, systematic review. *Preventive medicine*, 45(2-3), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.05.013>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Burki, T. (2020). Outbreak of coronavirus disease 2019. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(3), 292-293. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30076-1)

Byambasuren, O., Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M. L., & Glasziou, P. (2020). Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. *Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*, 5(4), 223-234. <https://doi.org/10.3138/jammi-2020-0030>

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751532016>

Caramelo, F., Ferreira, N., & Oliveiros, B. (2020). Estimation of risk factors for COVID-19 mortality-preliminary results. *MedRxiv*, 2020-02. <https://doi.org/10.1101/2020.02.24.20027268>

- Carochinho, J. A. (2011). O conceito de «perceção do risco»: contributo da psicologia social. Recuperado de <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/187896de-2d2c-48e2-af61-61c20c42d046/content>
- Carvalho, T. S., Mota, D. M., & Saab, F. (2020). Utilização do software IRaMuTeQ na análise de contribuições da sociedade em processo regulatório conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 8(1), 10-21. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01429>
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Napoli, R. D. (2020). Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Castro de Araújo, I. M., de Almeida Costa, P., Victor Menezes, V., de Araújo Ferreira, J., de Almeida Pinto Abrantes Brito, M., & Santana Ribeiro, L. C. (2024). REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS SOBRE A COVID-19 E SUA INFLUÊNCIA SOBRE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO. *Enfermagem Atual in Derme*, 98(2). <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.2036>
- Cavalcanti, J. G., Coutinho, M. D. P. D. L., Pinto, A. V. D. L., & Silva, K. C. (2021). Covid-19 and mental health: A study of social representations with university students. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 26(2), 128-138. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20210013>
- Cavalcanti, J. G., Coutinho, M. D. P. D. L., Pinto, A. V. D. L., & Silva, K. C. (2021). Covid-19 and mental health: A study of social representations with university students. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 26(2), 128-138. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20210013>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Considerations for wearing masks: Help slow the spread of COVID-19*. CDC Stacks. Recuperado de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/90522>
- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. (2020). *Considerações relativas às medidas de distanciamento social em resposta à COVID-19 – segunda atualização*. Estocolmo: ECDC. Recuperado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Considerations-social-distancing-measures-response-COVID-19-second-update.pdf>
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>
- Chahrour, M., Assi, S., Bejjani, M., Nasrallah, A. A., Salhab, H., Fares, M., & Khachfe, H. H. (2020). A bibliometric analysis of COVID-19 research activity: a call for increased output. *Cureus*, 12(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7357>
- Chaves, A. M., & Silva, P. de L. (2013). Representações sociais. In R. Camino, M. Torres, A. Lima, & A. Pereira (Eds.), *Psicologia social: Temas e teorias* (2ª ed., pp. 413–464). Technopolitik.
- Chen, A., Zhang, J., Liao, W., Luo, C., Shen, C., & Feng, B. (2022). Multiplicity and dynamics of social representations of the COVID-19 pandemic on Chinese social media from 2019 to 2020. *Information Processing & Management*, 59(4), 102990. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2022.102990>

- Choi, J. S., & Kim, J. S. (2016). Factors influencing preventive behavior against Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus among nursing students in South Korea. *Nurse Education Today*, 40, 168-172. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.006>
- Cinelli, M., Quattrocioni, W., Galeazzi, A., Valensise, C. M., Brugnoli, E., Schmidt, A. L., ... & Scala, A. (2020). The COVID-19 social media infodemic. *Scientific reports*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73510-5>
- Cinelli, M., Quattrocioni, W., Galeazzi, A., Valensise, C. M., Brugnoli, E., Schmidt, A. L., ... & Scala, A. (2020). The COVID-19 social media infodemic. *Scientific reports*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73510-5>
- Coelho, M. D. M. F., Cavalcante, V. M. V., Cabral, R. L., Oliveira, R. M., Araújo, M. Â. M., & Gomes, A. M. T. (2021). Análise estrutural das representações sociais sobre COVID-19 entre enfermeiros assistenciais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30, e20200358. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>
- Coelho, M. D. M. F., Cavalcante, V. M. V., Cabral, R. L., Oliveira, R. M., Araújo, M. Â. M., & Gomes, A. M. T. (2021). Análise estrutural das representações sociais sobre COVID-19 entre enfermeiros assistenciais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30, e20200358. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>
- Cohen, S. (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press. Recuperado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Xy_r3710qzIC
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Coli, E., Norcia, M., & Bruzzone, A. (2020). What Do Italians Think About Coronavirus? An Exploratory Study on Social Representations. *Papers on Social Representations*, 29(2). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/347356519_What_Do_Italians_Think_About_Coronavirus_An_Exploratory_Study_on_Social_Representations
- Comissão Europeia. (2020). *Tackling coronavirus disinformation*. Comissão Europeia. Disponível em https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/fighting-disinformation/tackling-coronavirus-disinformation_pt
- da Silva Filho, J. D., de Lima Silva, F. W., de Melo, A. T., de Pinho, L. L., Sousa, R. L., Ramalho, A. K. L., ... & de Melo Nunes, R. (2023). O impacto da pandemia da covid-19 na saúde mental de estudantes universitários. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(2), 574-592. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-003>
- da Silva, E. P., de Melo, L. D., Arreguy-Sena, C., Pinto, P. F., Spindola, T., & Parreira, P. M. D. (2022). Representações sociais do isolamento de idosos durante a pandemia da COVID-19. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21075>
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Monaco, G. L. (2015). Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods.

Quality & Quantity, 49, 489-507. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/272202641_Free_associations_and_social_representations_Some_reflections_on_rank-frequency_and_importance-frequency_method

Darker, C., & Whittaker, A. C. (2018). Risk Perception. In M. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1-3). Article Chapter 866-3 Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6439-6_866-3

de Lima Coutinho, M. D. P., & Do Bú, E. (2017). A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots (version 5.2). *Revista Campo do saber*, 3(1). Recuperado de <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72>

de Medeiros Carvalho, P. M., Moreira, M. M., de Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Neto, M. L. R. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry research*, 286, 112902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>

de Oliveira, E. A. (2006). Delimitando o conceito de stress. *Ensaio e Ciência*, 1(1), 11-18.

de Paula, A. D. S., & Kodato, S. (2016). Psicologia social e representações sociais: Uma aproximação histórica. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(2), 200-207. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n2p200-207>

de Sousa, K. N., & de Souza, P. C. (2021). Representação social: Uma revisão teórica da abordagem. *Research, Society and Development*, 10(6), e38610615881-e38610615881. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15881>

De Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Elam, G., Aro, A. R., Abraham, T., Bishop, G. D., ... & Brug, J. (2007). Avian influenza risk perception, Europe and Asia. *Emerging Infectious Diseases*, 13(2), 290. <https://doi.org/10.3201/eid1302.060303>

Deo, N. (2016). *Graph theory with applications to engineering and computer science* (1st ed.; orig. pub. 1974). Courier Dover Publications. Recuperado de <https://www.shahucollegelatur.org.in/Department/Studymaterial/sci/it/BCS/FY/book.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Orientação nº 010/2020 de 16/03/2020: Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Orientações sobre medidas de distanciamento social e uso de máscaras*. Disponível em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Princípios orientadores para comunicação de riscos e crise baseados na perceção de risco: Doença Respiratória Aguda por 2019-nCoV*. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.com>

Direção-Geral da Saúde. (2022, 28 de novembro). Norma 013/2022 de 28.11.2022. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-publica-norma-sobre-abordagem-das-pessoas-com-suspeita-ou-confirmacao-de-covid-19-pdf.aspx>

Do Bú, E. A., Alexandre, M. E. S. D., Bezerra, V. A. D. S., SÁ-SERAFIM, R. C. D. N., & Coutinho, M. D. P. D. L. (2020). Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200073. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200073>

Do Bú, E. A., Alexandre, M. E. S. D., Bezerra, V. A. D. S., SÁ-SERAFIM, R. C. D. N., & Coutinho, M. D. P. D. L. (2020). Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200073. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200073>

Do Bú, E. A., Alexandre, M. E. S., Bezerra, V. A. S., Sá-Serafin, R. C. N., & Coutinho, M. P. L. (2020). Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200073. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200073>

do Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 6(2), 72-88. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&tlng=pt.

Doise, W. (1985). *Les représentations sociales: Définition d'un concept*. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 81-92). Presses Universitaires de France.

Doise, W. (1992). *L'ancrage dans les études des représentations sociales*. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 189-195. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1992.14126>

Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

Domínguez, M. O. M., Guerrero, M. C. R., & Juárez, A. P. Ñ. (2021). Representaciones sociales de covid y ansiedad a través del microblogging. Análisis de contenido de tweets. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, (14), 176-188. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205193>

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., Spiegelhalter, D., & van der Linden, S. (2022). Risk perceptions of COVID-19 around the world. Em *COVID-19: Confronting a new world* (1ª ed., pp. 162–174). Routledge. Recuperado de <https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/9781003316169-15/risk-perceptions-covid-19-around-world-sarah-dryhurst-claudia-schneider-john-kerr-alexandra-freeman-gabriel-recchia-anne-marthe-van-der-bles-david-spiegelhalter-sander-van-der-linden>

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., Van Der Bles, A. M., ... & Van Der Linden, S. (2022). Risk perceptions of COVID-19 around the world. In *COVID-19* (pp. 162-174). Routledge. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>

Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), 300. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Durkheim, E. (1898). *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: Paulinas.

Durkheim, E. (1985/1980). *As Regras do Método Sociológico* (E.L.Nogueira, trad.). Lisboa: Presença.

Eicher, V., & Bangerter, A. (2015). Social representations of infectious diseases. *Handbook of social representations*, 385-396. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Adrian-Bangerter/publication/290514948_Social_representations_of_infectious_diseases/links/5a9d556445851586a2aec9bd/Social-representations-of-infectious-diseases.pdf

Eiguren, A., Idoiaga, N., Berasategi, N., & Picaza, M. (2021). Exploring the social and emotional representations used by the elderly to deal with the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 586560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586560>

Ekezie, W., & Bosah, G. (2021). Demographic representation of COVID-19 social media and information engagement in Nigeria. *Population Medicine*, 3(June), 1-6. <https://doi.org/10.18332/popmed/137087>

Elsary, A. Y., & El-Sherbiny, N. A. (2023). The impact of stress-coping strategies on perceived stress during the COVID-19 pandemic among university students an interventional study. *BMC psychiatry*, 23(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-4730-y>

Elsary, A. Y., & El-Sherbiny, N. A. (2023). The impact of stress-coping strategies on perceived stress during the COVID-19 pandemic among university students an interventional study. *BMC psychiatry*, 23(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04730-y>

European Commission. (2020). *COVID-19 communication strategy*. Retrieved from https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/coronavirus_comm_strategy_en.pdf

Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 37, e200074. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

Fasanelli, R., Piscitelli, A., & Galli, I. (2020). Social representations of Covid-19 in the framework of risk psychology. *Papers on Social Representations*, 29(2), 8.1-8.36. <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/index>

Ferreira, A. V. C., de Araújo, L. F., & de Sousa Barros, R. N. (2022). Social representations of COVID-19 among Brazilian elderly women: A structural approach. *LIBERABIT. Revista Peruana de Psicología*, 28(2), 1-17. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.617>

Ferreira, A. V. C., de Araújo, L. F., & de Sousa Barros, R. N. (2022). Social representations of COVID-19 among Brazilian elderly women: A structural approach. *LIBERABIT. Revista Peruana de Psicología*, 28(2), 1-17. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.617>

Ferreira, M. J., Sofia, R., Carreno, D. F., Eisenbeck, N., Jongenelen, I., & Cruz, J. F. A. (2021). Dealing with the pandemic of COVID-19 in Portugal: On the important role of

positivity, experiential avoidance, and coping strategies. *Frontiers in Psychology*, 12, 647984. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647984>

Field, A.P. (2018) *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th Edition, Sage, Newbury Park

Fine, P., Eames, K., & Heymann, D. L. (2011). “Herd Immunity”: A Rough Guide. *Clinical Infectious Diseases*, 52(7), 911–916. <https://doi.org/10.1093/cid/cir007>

Fischhoff, B., Wong-Parodi, G., Garfin, D. R., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2018). Public understanding of Ebola risks: mastering an unfamiliar threat. *Risk Analysis*, 38(1), 71-83. <https://doi.org/10.1111/risa.12794>

Frankema, E., & Tworek, H. (2020). Pandemics that changed the world: Historical reflections on COVID-19. *Journal of Global History*, 15(3), 333-335. <https://doi.org/10.1017/S1740022820000339>

Frankema, E., & Tworek, H. (2020). Pandemics that changed the world: Historical reflections on COVID-19. *Journal of Global History*, 15(3), 333-335. <https://doi.org/10.1017/S1740022820000339>

Gale, N., & Roehrl, B. (2022). Introduction to “Psychology, Global Threats, Social Challenge, and the COVID-19 Pandemic: European Perspectives”. *European Psychologist*. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000467>

Garcés-Prettel, M., Navarro-Díaz, L. R., Jaramillo-Echeverri, L. G., & Santoya-Montes, Y. (2021). Representaciones sociales de la recepción mediática durante la cuarentena por la COVID-19 en Colombia: entre mensajes y significados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(2), e00203520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00203520>

Gautam, U., & Bajpai Tewari, D. (2023). Public knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Delhi and National Capital Region (NCR), India. *SAGE open*, 13(1), 21582440231153370. <https://doi.org/10.1177/21582440231153370>

Gergen, K. (1973). Social Psychology as History. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26 (2), 309-320. <https://doi.org/10.1037/h0034436>

Gomes, A., & Vieira-dos-Santos, J. (2021). Social representation of COVID-19, attitudes and knowledge in the adult Portuguese population (La representación social, las actitudes y los conocimientos de la población adulta portuguesa sobre la COVID-19). *International Journal of Social Psychology*, 36(3), 544-580. <https://doi.org/10.1080/02134748.2021.19407>

Gomes, R., Souza, E. R. D., Minayo, M. C. D. S., Malaquias, J. V., & Silva, C. F. R. D. (2005). Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. Editora Fiocruz. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1885>

Gonçalves, G., Piñeiro-Naval, V., & Toniolo, B. P. (2021). Em quem confiam os portugueses? A gestão da comunicação governamental na pandemia covid-19. *Comunicação e sociedade*, (40), 169-187. [https://doi.org/10.17231/comsoc.40\(2021\).3251](https://doi.org/10.17231/comsoc.40(2021).3251)

Gori, A., Topino, E., & Caretti, V. (2022). The impact of COVID-19 lockdown on perceived stress: The role of defence mechanisms and coping strategies. *Journal of contingencies and crisis management*, 30(4), 379-390. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12380>

Gregorio-Chaviano, O., Limaymanta, C. H., & López-Mesa, E. K. (2020). Análisis bibliométrico de la producción científica latinoamericana sobre COVID-19. *biomedica*, 40, 104-115. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5571>

Guedes, G. R., Coutinho, R. Z., Marteleto, L., Pereira, W. H. S., & Duarte, D. (2018). Signifying Zika: heterogeneity in the representations of the virus by history of infection. *Cadernos de saude publica*, 34, e00003217. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00003217>

Guillet, L., & Hermand, D. (2006). Critique de la mesure du stress. *L'année Psychologique*, (106), 129-164. Recuperado de <https://hal.science/hal-00755690v1>

Guo, Y., Xiang, H., & Wang, Y. (2024). Understanding self-protective behaviors during COVID-19 Pandemic: Integrating the theory of planned behavior and OS-OR model. *Current Psychology*, 43(13), 12071-12083. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04352-3>

Haleem, A., Javaid, M., & Vaishya, R. (2020). Effects of COVID-19 pandemic in daily life. *Current medicine research and practice*, 10(2), 78. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2020.03.011>

Han, Q., Zheng, B., Cristea, M., Agostini, M., Bélanger, J. J., Gützkow, B., ... & PsyCorona Collaboration. (2023). Trust in government regarding COVID-19 and its associations with preventive health behaviour and prosocial behaviour during the pandemic: a cross-sectional and longitudinal study. *Psychological medicine*, 53(1), 149-159. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001306>

Honigsbaum, M. (2013). *A history of the great influenza pandemics: death, panic and hysteria, 1830-1920* (Vol. 30). IB Tauris. <https://doi.org/10.1093/shm/hku042>

Hrbková, L., & Kudrnáč, A. (2024). Fear, trust, and compliance with COVID-19 measures: a study of the mediating effect of trust in government on the relationship between fear and compliance. *Journal of Public Policy*, 1-19. <https://doi.org/10.1017/S0143814X24000059>

Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y., Zhang L., Fan G., Xu j., Gu X. , Cheng Z. , Yu T. , Xia J. , Wei Y., Wu W., Xie X., Yin W., Li H., Liu M., Xiao Y., Gao H., Guo L. , Xie J. , Wang G. , Jiang R. , Gao Z. , Jin Q. , Wang J. and Cao B (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

Hubbard, G., den Daas, C., Johnston, M., & Dixon, D. (2021). Sociodemographic and psychological risk factors for anxiety and depression: findings from the Covid-19 health and adherence research in Scotland on mental health (CHARIS-MH) cross-sectional survey. *International journal of behavioral medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09967-z>

Idoiaga Mondragon, N., Berasategi Sancho, N., Eiguren Munitis, A., & Dosil Santamaria, M. (2021). Exploring the social and emotional representations used by students from the University of the Basque Country to face the first outbreak of COVID-19 pandemic. *Health Education Research*, 36(2), 159-169. <https://doi.org/10.1093/her/cyab006>

Idoiaga Mondragon, N., Berasategi Sancho, N., Ozamiz-Etxebarria, N., & Alonso Saez, I. (2022). Coping with COVID-19: Social representations underlying blaming processes and fear. *Psychology & Health*, 37(7), 828-846. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1896717>

Ittefaq, M., Abwao, M., Baines, A., Belmas, G., Kamboh, S. A., & Figueroa, E. J. (2022). A pandemic of hate: Social representations of COVID-19 in the media. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 22(1), 225-252. <https://doi.org/10.1111/asap.12300>

Ittefaq, M., Abwao, M., Baines, A., Belmas, G., Kamboh, S. A., & Figueroa, E. J. (2022). A pandemic of hate: Social representations of COVID-19 in the media. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 22(1), 225-252. <https://doi.org/10.1111/asap.12300>

Jahoda, G. (1988). Critical notes and reflections on «social representations». *European Journal of Social Psychology*, 18 (3), 195-209. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180302>

Jaspal, R., & Nerlich, B. (2020). Social representations, identity threat, and coping amid COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S249. <https://doi.org/10.1037/tra0000773>

Jaspal, R., & Nerlich, B. (2023). Social representations of COVID-19 skeptics: Denigration, demonization, and disenfranchisement. *Politics, Groups, and Identities*, 11(4), 750-770. <https://doi.org/10.1080/21565503.2022.2041443>

Jesuino, J.C. (2001). Anclages. In F. Buschini, & N. Kalampalikis (Dir.), *Penser la vie, le social, la nature* (pp.277-291). Paris: Éditions de La Maison des Sciences de l'Homme.

Jin, J. M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X. F., Han, D. M., ... & Yang, J. K. (2020). Gender differences in patients with COVID-19: focus on severity and mortality. *Frontiers in public health*, 8, 545030. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>

Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF. Recuperado de https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1992_num_45_405_14146_t1_0347_0000_1

Jodelet, D. (1984). Représentation sociales: phénomènes, concept et theories. In S. Moscovici (Dir.), *Psychologie sociale* (pp.357-378). Paris: PUF. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/326849612_Representations_sociales_phenomenes_concept_et_theorie

Jodelet, D. (1989a). Représentations sociales : Un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (pp.30-62). Paris: Presses Universitaires de France.

Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327136979_Les_representations_sociales_un_domaine_en_expansion

Jodelet, D. (2008). Social representations: The beautiful invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38, 411-430. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/227915169_Social_Representations_The_Beautiful_Invention

Joffe, H., & Haarhoff, G. (2002). Representations of far-flung illnesses: The case of Ebola in Britain. *Social science & medicine*, 54(6), 955-969. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00068-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00068-5)

Joia, L. A., Michelotto, F., & Lorenzo, M. (2022). Sustainability and the Social Representation of the COVID-19 Pandemic: A Missing Link. *Sustainability*, 14(17), 10527. <https://doi.org/10.3390/su141710527>

Jovchelovitch, S. (2008). *The rehabilitation on common sense: Social representations, science and cognitive polyphasia*. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 431-448. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00378.x>

Kamerlin, S. C., & Kasson, P. M. (2020). Managing coronavirus disease 2019 spread with voluntary public health measures: Sweden as a case study for pandemic control. *Clinical Infectious Diseases*, 71(12), 3174-3181 <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa864>

Kazmi, S. S. H., Hasan, D. K., Talib, S., & Saxena, S. (2020). COVID-19 and lockdown: A study on the impact on mental health. Available at SSRN 3577515. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3577515>

Khan, A. H., Sultana, M. S., Hossain, S., Hasan, M. T., Ahmed, H. U., & Sikder, M. T. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on mental health & wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. *Journal of affective disorders*, 277, 121-128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.135>

Kiviniemi, M. T., Orom, H., Hay, J. L., & Waters, E. A. (2022). Prevention is political: political party affiliation predicts perceived risk and prevention behaviors for COVID-19. *BMC public health*, 22(1), 298. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12649-4>

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315812274>

Kolozsvári, L. R., Rekenyi, V., Garbóczy, S., Hőgye-Nagy, Á., Szemán-Nagy, A., Sayed-Ahmad, M., & Héjja-Nagy, K. (2023). Effects of health anxiety, social support, and coping on dissociation with mediating role of perceived stress during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5491. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085491>

Kopp, M. S., Thege, B. K., Balog, P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., ... & Ádám, S. (2010). Measures of stress in epidemiological research. *Journal of psychosomatic research*, 69(2), 211-225. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.006>

Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall & P. L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 3-14). Washington, DC: Taylor &

https://www.google.pt/books/edition/Occupational_Stress/2RIZFMZMtZoC

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Lee, E. H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*, 6(4), 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>

Leppin, A., & Aro, A. R. (2009). Risk perceptions related to SARS and avian influenza: theoretical foundations of current empirical research. *International journal of behavioral medicine*, 16, 7-29. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9002-8>

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K.S.M., Lau, E.H.Y., Wong, J.Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., Tu, W., Chen, C., Jin, L., Yang, R., Wang, Q., Zhou, S., Wang, R., Liu, H., Luo, Y., Liu, Y., Shao, G., Li, H., Tao, Z., Yang, Y., Deng, Z., Liu, B., Ma, Z., Zhang, Y., Shi, G., Lam, T.T.Y., Wu, J.T., Gao, G.F., Cowling, B.J., Yang, B., Leung, G.M., Feng, Z., 2020. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 382, 1199–1207 <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

Li, X., Geng, M., Peng, Y., Meng, L., & Lu, S. (2020). Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *Journal of pharmaceutical analysis*, 10(2), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jpha.2020.03.001>

Lima, C. K. T., de Medeiros Carvalho, P. M., Lima, I. D. A. A. S., de Oliveira Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., ... & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

Lima, R. S., Sanches, R. S., de Abreu, P. D., Fava, S. M. C. L., Arcêncio, R. A., & do Nascimento, M. C. (2022). Representações Sociais de universitários brasileiros sobre as influências na adesão ao isolamento-distanciamento social durante a pandemia de COVID-19. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 8(2), 4. <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.2.258>

Limaye, R. J., Sauer, M., Ali, J., Bernstein, J., Wahl, B., Barnhill, A., & Labrique, A. (2020). Building trust while influencing online COVID-19 content in the social media world. *The Lancet digital health*, 2(6), e277-e278. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30084-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30084-4)

Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1(3/4), 05-19. Recuperado de <https://puccampinas.emnuvens.com.br/estpsi/article/view/7660>

Liu, L. (2004). Sensitising Concept, Themata and Shareness: A Dialogical Perspective of Social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, v. 34, n. 3, (pp. 249-264). <https://doi.org/10.1111/j.0021-8308.2004.00247.x>

Liu, Y., Ning, Z., Chen, Y., Guo, M., Liu, Y., Gali, N. K., ... & Lan, K. (2020). Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature*, 582(7813), 557-560. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2271-3>

Livingstone, A. (2020). Covid-19 through a social psychology lens. *Social Psychological Review*, 22(1). <https://doi.org/10.53841/bpsspr.2020.22.1.10>

Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Rateau, P., & Tavani, J. L. (2017). Methods for studying the structure of social representations: A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12124>

Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Rateau, P., & Tavani, J. L. (2017). Methods for studying the structure of social representations: A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12124>

Lo Presti, S., Mattavelli, G., Canessa, N., & Gianelli, C. (2022). Risk perception and behaviour during the COVID-19 pandemic: Predicting variables of compliance with lockdown measures. *PloS One*, 17(1), e0262319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262319>

Lu, L., Liu, J., Yuan, Y. C., Burns, K. S., Lu, E., & Li, D. (2021). Source trust and COVID-19 information sharing: the mediating roles of emotions and beliefs about sharing. *Health Education & Behavior*, 48(2), 132-139. <https://doi.org/10.1177/1090198120984760>

Magomedov, I. A., Khaliev, M. S., & Khubolov, S. M. (2020, November). The negative and positive impact of the pandemic on education. In *Journal of Physics: Conference Series* (Vol. 1691, No. 1, p. 012134). IOP Publishing. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1691/1/012134>

Marchand, P., & Ratinaud, P. (2012). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT, 2012*, 687-699.

Marková, I. (2016). *The Dialogical mind: Common sense and ethics*. Cambridge: Cambridge University Press. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=9wrFDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=%E2%80%A2%09Markov%C3%A1,+I.+\(2016\).+The+Dialogical+mind:+Common+sense+and+ethics.+Cambridge:Cambridge+University+Press.+&ots=cPZF0koYQ3&sig=EH-_n8pOTtM1DeiiHW053e0vFlk&redir_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%A2%09Markov%C3%A1%2C%20I.%20\(2016\).%20The%20Dialogical%20mind%3A%20Common%20sense%20and%20ethics.%20Cambridge%3ACambridge%20University%20Press.&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=9wrFDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=%E2%80%A2%09Markov%C3%A1,+I.+(2016).+The+Dialogical+mind:+Common+sense+and+ethics.+Cambridge:Cambridge+University+Press.+&ots=cPZF0koYQ3&sig=EH-_n8pOTtM1DeiiHW053e0vFlk&redir_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%A2%09Markov%C3%A1%2C%20I.%20(2016).%20The%20Dialogical%20mind%3A%20Common%20sense%20and%20ethics.%20Cambridge%3ACambridge%20University%20Press.&f=false)

Marková, I. (2000). Amédée or how to get rid of it : Social representations from a dialogical perspective. *Culture and Psychology*, 6 (4), 419-460. <https://doi.org/10.1177/1354067X0064002>

Marková, I. (2003). *Dialogicality and social representations : The dynamics of mind*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=7O9AA9YxhXUC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Dialogicality+and+social+representations+:+The+dynamics+of+mind&ots=BXJOvMfY_F&sig=FyIIUBo0zpJvz6UVHhxxp8c4exY#v=onepage&q=Dialogicality%20and%20social%20representations%20%3A%20The%20dynamics%20of%20mind&f=false

Marková, I. (2008). The epistemological significance of the theory of social representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38 (4), 461-487. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00382.x>

Matos, D. A. S., & Rodrigues, E. C. (2019). *Análise fatorial*. Enap - Escola Nacional de Administração Pública. Recuperado de <https://www.shahucollegelatur.org.in/Department/Studymaterial/sci/it/BCS/FY/book.pdf>

Meier, B. P., Cook, C. L., & Faasse, K. (2021). Social psychology and COVID-19: What the field can tell us about behavior in a pandemic. *The Journal of Social Psychology*, 161(4), 403-407. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.1935830>

Meier, B. P., Cook, C. L., & Faasse, K. (2021). Social psychology and COVID-19: What the field can tell us about behavior in a pandemic. *The Journal of Social Psychology*, 161(4), 403-407. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.1935830>

Melotti, G., Bonomo, M., Hakoköngäs, E., & Pivetti, M. (2022). Social representations of coronavirus/COVID-19 in Italy: Psychosocial anchoring to conspiracy beliefs, vaccine hesitancy, and the psychological dimension. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 16, 18344909221074469. <https://doi.org/10.1177/18344909221074469>

Miguez, F. G. G., Oliveira, G., Enriquez-Martinez, O. G., Fonseca, M. D. J. M. D., Griep, R. H., Barreto, S. M., & Molina, M. D. C. B. (2023). Fatores associados à adesão a comportamentos preventivos da COVID-19 em participantes do ELSA-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00188322. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT188322>

Moliner, P., & Abric, J.-C. (2015). Central core theory. *The Cambridge Handbook of Social Representations*, 83–95. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107323650.009>

Moreira, L., Sarrica, M., Morais, C., & Paiva, J. (2023). More than a common place: a social representations approach to the Internet. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/153261>

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The lancet psychiatry*, 7(9), 813-824. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930307-2>

Morera, J. A. C., Padilha, M. I., Silva, D. G. V. D., & Sapag, J. (2015). Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 1157-1165. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>

Moscovici, S. (1972). Society and theory in social psychology. In J. Israel & H. Tajfel, *The context of social psychology: A critical assessment*. Academic Press.

Moscovici, S. (1976/2019). *Psychologie des représentations sociales*. N. Kalampalikis (Ed.). Paris: Éditions des archives contemporaines. ISBN: 9782813003300.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European journal of social psychology*, 18(3), 211-250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>

MOSCOVICI, S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales. In D. Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales* (pp. 62-86). Paris: PUF

- Moya, M., & Willis, G. B. (2020). Social psychology and COVID-19: Monographic issue of the *International Journal of Social Psychology* (La Psicología Social ante el COVID-19: Número monográfico del *International Journal of Social Psychology*). *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 590–599. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.17867>
- Munster, V. J., Koopmans, M., Van Doremalen, N., Van Riel, D., & de Wit, E. (2020). A novel coronavirus emerging in China—key questions for impact assessment. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 692-694. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000929>
- Munster, V. J., Koopmans, M., Van Doremalen, N., Van Riel, D., & de Wit, E. (2020). A novel coronavirus emerging in China—key questions for impact assessment. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 692-694. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000929>
- Nerlich, B., & Jaspal, R. (2021). Social representations of ‘social distancing’ in response to COVID-19 in the UK media. *Current Sociology*, 69(4), 566-583. <https://doi.org/10.1177/001139212199003>
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ... & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International journal of surgery*, 78, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of social research methodology*, 11(4), 327-344. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
- Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., ... & Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>
- Olaimat, A. N., Osaili, T., Hasan, H., Raigangar, V., Alwadi, M. W., Neinavaei, N. E., ... & Holley, R. A. (2022). Public knowledge and attitude towards COVID-19 vaccines, implementation of preventive measures following vaccination, and perceived stress during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Jordan. *ELECTRON J GEN MED*. 2022; 19: em421. *Electronic Journal of General Medicine*. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12575>
- Oliveira, F. O., & Werba, G. C. (2013). Representações sociais. In M. G. C. Jacques, M. N. Strey, N. M. G. Bernardes, P. A. Guareschi, S. A. C. Carlos, & T. M. G. Fonseca (Orgs.), *Psicologia social contemporânea* (pp. 104-117). Editora Vozes. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/6j3gx/pdf/jacques-9788599662892-13.pdf>
- Omer, S. B., Yildirim, I., & Forman, H. P. (2020). Herd immunity and implications for SARS-CoV-2 control. *Jama*, 324(20), 2095-2096. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.20892>
- Ong, S. W. X., Tan, Y. K., Chia, P. Y., Lee, T. H., Ng, O. T., Wong, M. S. Y., & Marimuthu, K. (2020). Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. *Jama*, 323(16), 1610-1612. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3227>

Oran, D. P., & Topol, E. J. (2020). Prevalence of asymptomatic SARS-CoV-2 infection: a narrative review. *Annals of internal medicine*, 173(5), 362-367. <https://doi.org/10.7326/M20-3012>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *PSIS 21 #Especial COVID*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_especial_covid.pdf

Ordem dos Psicólogos. (2020). *Recomendações para o combate às fake news: Materiais para psicólogos*. Ordem dos Psicólogos de Portugal. Disponível em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/recomendacoes_fakenews_materiais_para_psicologos.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). *COVID-19 public health emergency of international concern (PHEIC): Global research and innovation forum*. [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)

Organização Mundial da Saúde. (2024). *COVID-19 dashboard: Cases*. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>

Páez, D., & Pérez, J. A. (2020). Social representations of COVID-19 (Representaciones sociales del COVID-19), *International Journal of Social Psychology*, 32 (3), 600-610. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.178385>

Pandey, V., Mohan, R., Kumar, A., Gangadevi, P., & Kurien, N. (2023). The impact of the COVID-19 outbreak on lifestyle-related behavior among the general population. *Cureus*, 15(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.45756>

Parreira, P., Mónico, L., Oliveira, D., Cavaleiro Rodrigues, J., & Graveto, J. (2018). Abordagem estrutural das representações sociais. *Análise das representações sociais e do impacto da aquisição de competências em empreendedorismo dos estudantes do ensino superior politécnico*, 55-68. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.21/10578>

Patterson, G. E., McIntyre, K. M., Clough, H. E., & Rushton, J. (2021). Societal impacts of pandemics: comparing COVID-19 with history to focus our response. *Frontiers in public health*, 9, 630449. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.630449>

Paules, C. I., Marston, H. D., & Fauci, A. S. (2020). Coronavirus infections—more than just the common cold. *Jama*, 323(8), 707-708. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0757>

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England journal of medicine*, 383(6), 510-512. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008017>

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England journal of medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

Pinto, F. F. C., Coelho, M. T. Á. D., & Caputo, M. C. (2022). Representações sociais sobre a Covid-19: uma revisão integrativa de literatura. *Implicações Socioeconômicas da Covid-19 no Brasil e no Mundo*, 1, 176–186. <https://doi.org/10.37885/210906212>

- Pinto, F. F. C., Coelho, M. T. Á. D., & Caputo, M. C. (2022). Representações sociais sobre a Covid-19: uma revisão integrativa de literatura. *IMPLICAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DA COVID-19 NO BRASIL E NO MUNDO*, 1, 176-186. <https://doi.org/10.37885/210906212>
- Piret, J., & Boivin, G. (2021). Pandemics throughout history. *Frontiers in microbiology*, 11, 631736. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.631736>
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., ... & Gruber, W. C. (2020). Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *New England journal of medicine*, 383(27), 2603-2615. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577>
- Prati, G., & Pietrantoni, L. (2016). Knowledge, risk perceptions, and xenophobic attitudes: Evidence from Italy during the Ebola outbreak. *Risk Analysis*, 36(10), 2000-2010. <https://doi.org/10.1111/risa.12537>
- Prati, G., Pietrantoni, L., & Zani, B. (2011). Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: the role of trust and personal beliefs. *Health education research*, 26(5), 761-769. <https://doi.org/10.1093/her/cyr035>
- Prati, G., Tzankova, I., Barbieri, I., Guarino, A., Compare, C., Albanesi, C., & Cicognani, E. (2021). People's understanding of the COVID-19 pandemic: Social representations of SARS-CoV-2 virus in Italy. *Health, Risk & Society*, 23(7-8), 304-320. <https://doi.org/10.1080/13698575.2021.1972089>
- Prati, G., Tzankova, I., Barbieri, I., Guarino, A., Compare, C., Albanesi, C., & Cicognani, E. (2021). People's understanding of the COVID-19 pandemic: Social representations of SARS-CoV-2 virus in Italy. *Health, Risk & Society*, 23(7-8), 304-320. <https://doi.org/10.1080/13698575.2021.1972089>
- Preston, C. C., & Colman, A. M. (2000). Optimal number of response categories in rating scales: Reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychologica*, 104(1), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S0001-6918\(99\)00050-5](https://doi.org/10.1016/S0001-6918(99)00050-5)
- Quick, J.; Quick, J. & Gavin, J. (2000). Stress: Measurement. A. Kazdin (Editor). *Encyclopedia of psychology* (pp. 484-487). Washington: American Psychological Association, Oxford University Press.
- Rateau, P., Moliner, P., Guimelli, C., & Abric, J. C. (2011). Social representation theory. *Handbook of theories of social psychology*, 2. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292251059_Social_representation_theory
- Rateau, P., Tavani, J. L., & Delouvé, S. (2023). Social representations of the coronavirus and causal perception of its origin: The role of reasons for fear. *Health*, 27(1), 94-113. <https://doi.org/10.1177/13634593211005172>
- Ratinaud, P. (2009). *IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Versão 0.7 alpha 2) [Software de computador]. Disponível em <http://www.iramuteq.org>
- Reyna, V. F., Broniatowski, D. A., & Edelson, S. M. (2021). Viruses, vaccines, and COVID-19: Explaining and improving risky decision-making. *Journal of Applied*

Research in Memory and Cognition, 10(4), 491-509.
<https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2021.08.004>

Rodrigues, J. N., & Rangel, M. (2013). A teoria das representações sociais: um esboço sod. bre um caminho teórico-metodológico no campo da pesquisa em educação. *Revista Inter-Ação*, 38(3), 537-554. <https://doi.org/10.5216/ia.v38i3.19593>

Rodrigues, J. N., & Rangel, M. (2013). A teoria das representações sociais: um esboço sobre um caminho teórico-metodológico no campo da pesquisa em educação. *Revista Inter-Ação*, 38(3), 537-554. <https://doi.org/10.5216/ia.v38i3.19593>

Rodrigues, P. R. (2023). Cobertura Noticiosa do Surto de COVID-19: Análise Temática de um Jornal Português de Referência. *Comunicação e sociedade*, (43), e023002. <https://orcid.org/0000-0001-8009-2782>

Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *Bmj*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2651>

Rudisill, C. (2013). How do we handle new health risks? Risk perception, optimism, and behaviors regarding the H1N1 virus. *Journal of Risk Research*, 16(8), 959-980. <https://doi.org/10.1080/13669877.2012.761271>

Sá, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Salas-Durán, K., Vergara-Morales, J., & Ogueda, J. P. (2021). Representaciones sociales sobre la pandemia de la COVID-19 en estudiantes chilenos de educación superior. *Ciencias psicológicas*, 15(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2280>

Salas-Durán, K., Vergara-Morales, J., & Ogueda, J. P. (2021). Representaciones sociales sobre la pandemia de la COVID-19 en estudiantes chilenos de educación superior. *Ciencias psicológicas*, 15(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2280>

Salviati, M. E. (2017). *Manual do aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R versão 3.2.3)*. Planaltina. Disponível em <http://www.iramuteq.org>

Sarangi, B., Sahoo, J., Jana, U., & Mohanta, G. P. (2023). CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19): PUBLIC HEALTH EMERGENCY. *Indian Drugs*, 60(5). <https://doi.org/10.53879/id.60.05.13515>

Sarangi, B., Sahoo, J., Jana, U., & Mohanta, G. P. (2023). CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19): PUBLIC HEALTH EMERGENCY. *Indian Drugs*, 60(5). <https://doi.org/10.53879/id.60.05.13515>

Scharnetzki, E., Waterston, L., Scherer, A. M., Thorpe, A., Fagerlin, A., & Han, P. K. (2023). Effects of Prosocial and Hope-Promoting Communication Strategies on COVID-19 Worry and Intentions for Risk-Reducing Behaviors and Vaccination: Experimental Study. *JMIR formative research*, 7(1), e41959. <https://doi.org/10.2196/41959>

Serra, A. V. (2005). *O stress na vida de todos os dias* (3.ª ed. revista e aumentada). Edição do Autor. (Original publicado em 1999)

Serviço Nacional de Saúde. (2024). COVID-19. SNS 24. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#como-e-feito-o-diagnostico-da-covid-19>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *COVID-19: Quais são as principais complicações da COVID-19?* Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#quais-sao-as-principais-complicacoes-da-covid-19>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *COVID-19: Qual é o período de incubação da doença?* SNS24. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#qual-e-o-periodo-de-incubacao-da-doenca>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *COVID-19: Qual é o tratamento para a COVID-19?* Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#qual-e-o-tratamento-para-a-covid-19>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). Perguntas Frequentes sobre COVID-19. SNS. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Perguntas Frequentes sobre COVID-19*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

Sharma, A., Tiwari, S., Deb, M. K., & Marty, J. L. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): a global pandemic and treatment strategies. *International journal of antimicrobial agents*, 56(2), 106054. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106054>

Sharma, A., Tiwari, S., Deb, M. K., & Marty, J. L. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): a global pandemic and treatment strategies. *International journal of antimicrobial agents*, 56(2), 106054. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106054>

She, J., Jiang, J., Ye, L., Hu, L., Bai, C., & Song, Y. (2020). 2019 novel coronavirus of pneumonia in Wuhan, China: emerging attack and management strategies. *Clinical and translational medicine*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40169-020-00271-z>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Skandrani-Marzouki, I., Lo Monaco, G., & Marzouki, Y. (2015). The effects of unconscious context on social representations: Evidence from the subliminal emotional priming paradigm. *North American Journal of Psychology*, 17(3), 509-524. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/279549993_Unconscious_context_effects_on_social_representations_evidence_from_the_subliminal_emotional_priming_paradigm

Smith, L. G., & Gibson, S. (2020). Social psychological theory and research on the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Introduction to the rapid response special section. *The British journal of social psychology*, 59(3), 571. <https://doi.org/10.1111/bjso.12402>

Sousa, M. L. D. A., Shimizu, I. S., Patino, C. M., Torres-Duque, C. A., Zabert, I., Zabert, G. E., ... & Ferreira, J. C. (2022). Conhecimento, atitudes e práticas em relação à COVID-19 entre profissionais de saúde na América Latina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48, e20220018. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220018>

Spink, M. J. P. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 300-308. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300017>

Spinney, L. (2019). How pandemics shape social evolution. *Nature*, 574(7778), 324–326 <https://doi.org/10.1038/d41586-019-03048-8>

Stoecklin, S. B., Rolland, P., Silue, Y., Mailles, A., Campese, C., Simondon, A., ... & Levy-Bruhl, D. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Eurosurveillance*, 25(6), 2000094. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106054>

Stoecklin, S. B., Rolland, P., Silue, Y., Mailles, A., Campese, C., Simondon, A., ... & Levy-Bruhl, D. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Eurosurveillance*, 25(6), 2000094. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.6.2000094>

Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H 1 N 1 pandemic. *British journal of health psychology*, 19(3), 592-605. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12058>

Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H 1 N 1 pandemic. *British journal of health psychology*, 19(3), 592-605. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12058>

Taubenberger, J. K., & Morens, D. M. (2006). 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Revista Biomedica*, 17(1), 69-79. <https://doi.org/10.3201/eid1201.050979>

Taurisano, P., Lanciano, T., Alfeo, F., Bisceglie, F., Monaco, A., Sbordone, F. L., ... & Curci, A. (2022). The COVID-19 stress perceived on social distance and gender-based implications. *Frontiers in Psychology*, 13, 846097. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.846097>

Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of anxiety disorders*, 72, 102232. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>

Torres Salinas, D. (2020). Ritmo de crecimiento diario de la producción científica sobre Covid-19. Análisis en bases de datos y repositorios en acceso abierto. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.15>

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17

Vala, J. (2002). Representações sociais e psicologia social do conhecimento -quotidiano. In J.Vala, &M.B.Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (5th ed., pp.457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vala, J., & Castro, P. (2013). Pensamento social e representações sociais. *Psicologia social (9ª edição revista e actualizada)*, (pp.569-602) .Fundação Calouste Gulbenkian. <http://hdl.handle.net/10451/8702>
- Valentim, J.P. (2022). *Representações Sociais para conhecer o senso comum*. Edições Sílabo.
- Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*, 25(3), 278. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.6.2000094>
- Veras, R. M., Passos, V. B. C. D., Feitosa, C. C. M., & Fernandes, S. C. S. (2022). Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudantis sobre atendimento médico humanizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(05), 1781-1792. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23832021>
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, 45(405), 203-209. Recuperado de https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1992_num_45_405_14128
- Villa, H., & de Oliveira Crege, D. R. X. (2022). Pandemia do COVID-19: nível de estresse e qualidade de vida em casos contaminados e não contaminados. *Revista de Medicina*, 101(6). <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i6e-199108>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., ... & van der Wee, N. J. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., ... & van der Wee, N. J. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Wachelke, J. (2012). Social representations: a review of theory and research from the structural approach. *Universitas Psychologica*, 11, 729-741. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/766/2867>
- Wachelke, J. F. R. (2009). Índice de centralidade de representações sociais a partir de evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 102-110. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100014>
- Wachelke, J., & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 27, 521-526. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>
- Wachelke, J., & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 27, 521-526. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>

Wachelke, J., Wolter, R., & Rodrigues Matos, F. (2016). Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit*, 22(2), 153-160.

Wagner, W., & Hayes, N. (2005). *Everyday discourse and common-sense: The theory of social representation*. Palgrave Macmillan.
<https://books.google.pt/books?id=WSNIEAAAQBAJ>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, K., Goldenberg, A., Dorison, C. A., Miller, J. K., Uusberg, A., Lerner, J. S., ... & Štrukelj, E. (2021). A multi-country test of brief reappraisal interventions on emotions during the COVID-19 pandemic. *Nature human behaviour*, 5(8), 1089-1110.
<https://doi.org/10.1038/s41562-021-01173-x>

Wang, L., Wang, Y., Ye, D., & Liu, Q. (2020). Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International journal of antimicrobial agents*, 55(6), 105948. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948>

Wang, Y., Wang, Y., Chen, Y., & Qin, Q. (2020). Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. *Journal of medical virology*, 92(6), 568-576.
<https://doi.org/10.1002/jmv.25748>

Washer, P. (2004). Representations of SARS in the British newspapers. *Social science & medicine*, 59(12), 2561-2571. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.038>

Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS?. *The lancet infectious diseases*, 20(5), e102-e107 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)

Wolter, R. P., Wachelke, J., & Naiff, D. (2016). A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas em Psicologia*, 24(3), 1139-1152. <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-18>

World Health Organization (WHO). (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

World Health Organization. (2020). *Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to COVID-19*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/rcce-action-plan-guidance>

World Health Organization. (2020). *Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to COVID-19*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/rcce-action-plan-guidance>

World Health Organization. (2021). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: Interim guidance*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341307>

World Health Organization. (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

World Health Organization. (2024). Coronavirus. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

World Health Organization. (2024). Coronavirus. World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

World Health Organization. (2024). WHO COVID-19 dashboard. World Health Organization. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>

World Health Organization. (2024). WHO COVID-19 dashboard. World Health Organization. Recuperado de <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>

Worldometer. (2024). *COVID-19 coronavirus pandemic*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Worldometer. (2024). *COVID-19 coronavirus pandemic*. Worldometer. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry investigation*, 17(2), 175. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Xu, Z., Shi, L., Wang, Y., Zhang, J., Huang, L., Zhang, C., ... & Wang, F. S. (2020). Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *The Lancet respiratory medicine*, 8(4), 420-422. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930076-X>

Yang, J. Z., & Chu, H. (2018). Who is afraid of the Ebola outbreak? The influence of discrete emotions on risk perception. *Journal of Risk Research*, 21(7), 834-853. <https://doi.org/10.1080/13669877.2016.1247378>

Yu, F., Du, L., Ojcius, D. M., Pan, C., & Jiang, S. (2020). Measures for diagnosing and treating infections by a novel coronavirus responsible for a pneumonia outbreak originating in Wuhan, China. *Microbes and infection*, 22(2), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.01.003>

Yuan, K., Zheng, Y. B., Wang, Y. J., Sun, Y. K., Gong, Y. M., Huang, Y. T., ... & Lu, L. (2022). A systematic review and meta-analysis on prevalence of and risk factors associated with depression, anxiety and insomnia in infectious diseases, including COVID-19: a call to action. *Molecular psychiatry*, 27(8), 3214-3222. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01638-z>

Yuan, K., Zheng, Y. B., Wang, Y. J., Sun, Y. K., Gong, Y. M., Huang, Y. T., ... & Lu, L. (2022). A systematic review and meta-analysis on prevalence of and risk factors associated with depression, anxiety and insomnia in infectious diseases, including COVID-19: a call to action. *Molecular psychiatry*, 27(8), 3214-3222. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01638-z>

Zhou, Y., Chen, Z., Li, W., Chen, S., Xu, H., & Zhou, Z. (2023). Impacting factors and sources of perceived stress by home-quarantined residents in Shanghai during COVID-19 epidemic. *BMC Public Health*, 23(1), 780. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15701-z>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*, 382(8), 727-733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

ANEXOS

ANEXO A- Tabela de frequências relativa às variáveis psicossociais em estudo

Variáveis psicossociais	Código do Quartil	Frequência	Porcentagem
Stress Percebido (PSS-10)	*s_1	76	(30%)
	*s_2	64	(25%)
	*s_3	60	(24%)
	*s_4	53	(21%)
Confiança na Imunidade	*i_1	73	(29%)
	*i_2	58	(23%)
	*i_3	69	(27%)
	*i_4	53	(21%)
Percepção de Risco	*p_1	98	(39%)
	*p_2	33	(13%)
	*p_3	71	(28%)
	*p_4	51	(20%)
Confiança nas Autoridades de Saúde	*ca_1	69	(27%)
	*ca_2	59	(23%)
	*ca_3	97	(38%)
	*ca_4	28	(11%)
Confiança nos Pares	*cp_1	74	(29%)
	*cp_2	69	(27%)
	*cp_3	60	(23%)
	*cp_4	50	(19%)
Confiança nas Redes Sociais	*cr_1	77	(30%)
	*cr_2	67	27%
	*cr_3	70	28%
	*cr_4	39	16%

***ANEXO B-** Questionário (Giger&Pereira,2020) - Representações Sociais da COVID-19 e Stress Percebido na População Portuguesa*

Representações Sociais da COVID-19 e Stress Percecionado na População Portuguesa

Bem-vindo(a) e obrigada por colaborar com a nossa investigação.

Este questionário enquadra-se no âmbito de um projeto de investigação de Mestrado que tem como principal objetivo recolher informação sobre a relação entre a perceção social da COVID-19 e o stress percecionado na população portuguesa.

SE É PORTUGUÊS, RESIDE EM PORTUGAL CONTINENTAL OU NAS REGIÕES AUTÓNOMAS DA MADEIRA OU AÇORES E TEM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS, pedimos-lhe que disponha de aproximadamente 10 minutos do seu tempo para responder a este questionário.

O questionário é de carácter voluntário, anónimo e confidencial, pelo que não terá de se identificar.

Não há respostas certas ou erradas, apenas nos interessa a sua opinião.

Se existir alguma dúvida, questão ou sugestão da sua parte, entre em contacto via e-mail: duvidasestudocovid@gmail.com

O seu contributo é extremamente importante para o prosseguimento deste estudo.

Como tal, agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Confirmo que conheço e aceito as condições gerais ou os termos das Políticas de Proteção de Dados do Google Forms utilizado para a realização deste inquérito. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não (se responder "Não" pode consultar <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>)

2. Tomei conhecimento e compreendi as informações acima descritas e aceito, de * livre vontade, participar neste estudo e preencher os questionários que se seguem.

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Tenho 18 anos ou mais *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

4. Resido em Portugal Continental / Açores ou Madeira

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Representações Sociais da COVID-19 e Stress Percecionado na População Portuguesa

5. Confirmo que conheço e aceito as condições gerais ou os termos das Políticas * de Proteção de Dados do Google Forms utilizado para a realização deste inquérito.

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não (se responder "Não" pode consultar <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>)

6. Tomei conhecimento e compreendi as informações acima descritas e aceito, de * livre vontade, participar neste estudo e preencher os questionários que se seguem.

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Tenho 18 anos ou mais *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Resido em Portugal Continental / Açores ou Madeira

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Tarefa de livre associação de ideias

De seguida ser-lhe-á apresentada uma expressão verbal ou palavra.

Ao ler essa palavra, deverá escrever, nos espaços oferecidos para o efeito, o que esta lhe lembra ou sugere.

Deverá apontar pela ordem em que as ideias surgirem, sem elaborar.

Deverá também fazer apenas uso de palavras ou expressões, evitando elaborar frases completas.

IMPORTANTE: Poderá utilizar todos os campos ou apenas os que desejar.

Quando estiver pronto(a), clique em "Seguinte".

COVID-19

Escreva palavras ou expressões que "COVID-19" lhe sugerem.

9. 1

10. 2

11. 3

12. 4

13. 5

14. 6

15. 7

16. 8

17. 9

18. 10

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente

19. T1. Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos) fornecidos pela Direção Geral de Saúde (DGS) a respeito da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

20. T2. Confio nas informações dadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

21. T3. Confio nas informações dadas pelo Governo acerca da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

22. T4. Confio nas informações dadas pelos jornalistas da televisão e da imprensa escrita acerca da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

23. T5. Confio nas informações dadas por amigos, familiares e vizinhos a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

24. T6. Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos) dados por amigos, familiares e vizinhos a respeito da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

25. T7. Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos) a respeito da COVID-19 que constam nas redes sociais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

26. T8. Confio nas informações que constam nas redes sociais a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

27. T9. Acredito mais nas informações que os meus familiares/amigos têm sobre a COVID-19 do que nas informações do Governo ou dos jornalistas.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

28. T10. Acredito mais nas informações que eu próprio encontro/pesquiso sobre a COVID-19 do que nas informações dadas pelo Governo ou pelos jornalistas oficiais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

29. T11. Acredito mais nas informações transmitidas nas redes sociais sobre a COVID-19 do que nas informações dadas pelo Governo ou pelos jornalistas oficiais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo Totalmente

30. W1. Estou preocupado(a) com a possibilidade de apanhar a COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

31. W2. Estou preocupado(a) com a possibilidade de alguém próximo de mim poder apanhar a COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

32. D1. Qual a probabilidade de desenvolver os sintomas da COVID-19?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito provável

33. D2. Em comparação com as outras pessoas da minha idade e sexo, acredito que eu apanhar COVID-19 é:

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito provável

34. D3. Se eu apresentar os sintomas da COVID-19, acredito que vou recuperar rapidamente.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

35. K1. Tenho uma boa compreensão das formas de transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

36. K2. Tenho um bom conhecimento geral acerca da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente

37. G1. Acredito que alguém que já tenha estado infetado com COVID-19 já não volte a estar infetado uma segunda vez.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo Totalmente

38. G2. Acredito que o melhor meio para sairmos da pandemia passa pela imunidade de grupo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

39. G3. Se a maioria das pessoas tivesse COVID-19, a pandemia seria resolvida.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

40. G4. A imunidade de grupo é o melhor meio para sermos protegidos mesmo que a COVID-19 permaneça.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

41. Aproximadamente, quanto tempo por dia tem passado a falar sobre o COVID-19 com alguém da sua família/amigos?

42. Qual é a sua fonte favorita de informação sobre a COVID-19? (escolha apenas uma das opções)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Televisão
- Rádio
- Jornais
- Redes Sociais (Facebook, Instagram, Twitter, Youtube entre outras plataformas)
- Fóruns de Discussão
- Sites Oficiais -DGS (Direção Geral da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde), SNS (Sistema Nacional de Saúde), ERS (Entidade Reguladora da Saúde)
- Literatura Científica (Repositórios Científicos/ Motores de busca)
- Outro

43. Se seleccionou outro, refira Qual.

Qual a importância que os seguintes meios de comunicação têm para si na partilha/consulta de informação sobre a Covid-19?

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Nada Importante e 7=Muito Importante.

44. Televisão

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

45. Rádio

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

46. Jornais

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

47. Redes Sociais (Facebook, Instagram, Twitter, Youtube e outras plataformas).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

48. Fóruns de Discussão

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

49. Sites Oficiais -DGS (Direção Geral da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde), SNS (Sistema Nacional de Saúde), ERS (Entidade Reguladora da Saúde).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

50. Literatura Científica (Repositórios Científicos/ Motores de busca) .

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

Quando vejo / leio/ oiço informações sobre a Covid19, sinto-me:

Por favor responda escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente

51. E1. Seguro(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

52. E2. Confiante

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

53. E3. Tranquilo(a)/calmo(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

54. E4. Ansioso(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

55. E5. Com medo

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

56. E6. Preocupado(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

57. E7. Irritado(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

No último mês com que frequência:

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a forma como se sentiu no último mês, numa escala crescente de 0 a 4 em que 0 - Nunca. 1 - Quase nunca. 2 - Algumas vezes. 3 - Frequentemente. 4 - Muito frequentemente.

58. S1 .se sentiu preocupado(a) com algo que ocorreu inesperadamente?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito Frequentemente

59. S2. se sentiu incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

60. S3. se sentiu nervoso ou "stressado"?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

61. S4. se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

62. S5. sentiu que as coisas estavam a correr como queria?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

63. S6. reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha para fazer?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

64. S7. se sentiu capaz de controlar as suas irritações?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

65. S8. sentiu ter tudo sob controlo?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

66. S9. se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

67. S10. sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

Características sócio-demográficas

68. Género

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro

69. Qual o seu ano de nascimento? (escrever a resposta diretamente na caixa)

70. Profissão:

Marcar apenas uma oval.

Estudante

Outro

71. Caso tenha respondido estudante na pergunta anterior, em que ano está?

Marcar apenas uma oval.

3º Ciclo Ensino Básico (7º,8º e 9º)

Ensino Secundário (10º,11º e 12º)

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

72. Se não é estudante, indique a sua profissão (escrever a resposta directamente na caixa)

73. Qual o seu Nível de Escolaridade?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum Nível de Ensino
- 1ºCiclo do Ensino Básico
- 2ºCiclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Médio/ Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

74. Se selecionou Outro, indique Qual.

75. Em que distrito/região vive?

Marcar apenas uma oval.

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

76. Estado civil:

Marcar apenas uma oval.

- Casado(a)
- Solteiro(a)
- Divorcido(a)
- Viuvo(a)
- União de facto

77. Teve COVID-19 ?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

78. Suspeitou ter COVID-19 ?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

79. Conhece, pessoalmente, alguém que esteja ou tenha estado infetado com COVID-19 ?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

80. Com quem vive?

Marcar apenas uma oval.

Com familiares

Com outras pessoas que não são meus familiares

Sozinho(a)

Com o meu companheiro(a)

81. Pertence a um grupo de risco (e.x., + de 65 anos, doença crónica, etc.)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

82. Vive com alguém que pertence a um grupo de risco (e.x., + de 65 anos, doença crónica, etc.)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Muito obrigada pela sua disponibilidade e participação!!!

Se existir alguma dúvida, questão ou sugestão da sua parte, entre em contacto via e-mail:

duvidasestudocovid@gmail.com

Tarefa de livre associação de ideias

De seguida ser-lhe-á apresentada uma expressão verbal ou palavra.

Ao ler essa palavra, deverá escrever, nos espaços oferecidos para o efeito, o que esta lhe lembra ou sugere.

Deverá apontar pela ordem em que as ideias surgirem, sem elaborar.

Deverá também fazer apenas uso de palavras ou expressões, evitando elaborar frases completas.

IMPORTANTE: Poderá utilizar todos os campos ou apenas os que desejar.

Quando estiver pronto(a), clique em "Seguinte".

COVID-19

Escreva palavras ou expressões que "COVID-19" lhe sugerem.

83. 1

84. 2

85. 3

86. 4

87. 5

88. 6

89. 7

90. 8

91. 9

92. 10

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente

93. T1. Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos) fornecidos pela Direção Geral de Saúde (DGS) a respeito da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

94. T2. Confio nas informações dadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

95. T3. Confio nas informações dadas pelo Governo acerca da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

96. T4. Confio nas informações dadas pelos jornalistas da televisão e da imprensa escrita acerca da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

97. T5. Confio nas informações dadas por amigos, familiares e vizinhos a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

98. T6. Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos) dados por amigos, familiares e vizinhos a respeito da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

99. T7. Confio nos dados epidemiológicos (número de suspeitos, confirmados, recuperados e óbitos) a respeito da COVID-19 que constam nas redes sociais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

100. T8. Confio nas informações que constam nas redes sociais a respeito da prevenção e transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

101. T9. Acredito mais nas informações que os meus familiares/amigos têm sobre a COVID-19 do que nas informações do Governo ou dos jornalistas.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

102. T10. Acredito mais nas informações que eu próprio encontro/pesquisa sobre a COVID-19 do que nas informações dadas pelo Governo ou pelos jornalistas oficiais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

103. T11. Acredito mais nas informações transmitidas nas redes sociais sobre a COVID-19 do que nas informações dadas pelo Governo ou pelos jornalistas oficiais.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo Totalmente

104. W1. Estou preocupado(a) com a possibilidade de apanhar a COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

105. W2. Estou preocupado(a) com a possibilidade de alguém próximo de mim poder apanhar a COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

106. D1. Qual a probabilidade de desenvolver os sintomas da COVID-19?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito provável

107. D2. Em comparação com as outras pessoas da minha idade e sexo, acredito que eu apanhar COVID-19 é:

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito provável

108. D3. Se eu apresentar os sintomas da COVID-19, acredito que vou recuperar rapidamente.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

109. K1. Tenho uma boa compreensão das formas de transmissão da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

110. K2. Tenho um bom conhecimento geral acerca da COVID-19.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente

111. G1. Acredito que alguém que já tenha estado infetado com COVID-19 já não volte a estar infetado uma segunda vez.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo Totalmente

112. G2. Acredito que o melhor meio para sairmos da pandemia passa pela imunidade de grupo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

113. G3. Se a maioria das pessoas tivesse COVID-19, a pandemia seria resolvida.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

114. G4. A imunidade de grupo é o melhor meio para sermos protegidos mesmo que a COVID-19 permaneça.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

115. Aproximadamente, quanto tempo por dia tem passado a falar sobre o COVID-19 com alguém da sua família/amigos?

116. Qual é a sua fonte favorita de informação sobre a COVID-19? (escolha apenas uma das opções)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Televisão
- Rádio
- Jornais
- Redes Sociais (Facebook, Instagram, Twitter, Youtube entre outras plataformas)
- Fóruns de Discussão
- Sites Oficiais -DGS (Direção Geral da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde), SNS (Sistema Nacional de Saúde), ERS (Entidade Reguladora da Saúde)
- Literatura Científica (Repositórios Científicos/ Motores de busca)
- Outro

117. Se seleccionou outro, refira Qual.

Qual a importância que os seguintes meios de comunicação têm para si na partilha/consulta de informação sobre a Covid-19?

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Nada Importante e 7=Muito Importante.

118. Televisão

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

119. Rádio

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

120. Jornais

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

121. Redes Sociais (Facebook, Instagram, Twitter, Youtube e outras plataformas).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

122. Fóruns de Discussão

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Nad Muito importante

123. Sites Oficiais -DGS (Direção Geral da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde), SNS (Sistema Nacional de Saúde), ERS (Entidade Reguladora da Saúde).

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Nad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

124. Literatura Científica (Repositórios Científicos/ Motores de busca) .

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Nad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

Quando vejo / leio/ oiço informações sobre a Covid19, sinto-me:

Por favor responda escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a sua opinião, numa escala crescente de 1 a 7 em que 1=Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente

125. E1. Seguro(a)

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Disc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

126. E2. Confiante

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	
Disc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

127. E3. Tranquilo(a)/calmo(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

128. E4. Ansioso(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

129. E5. Com medo

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

130. E6. Preocupado(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

131. E7. Irritado(a)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6 7

Disc Concordo totalmente

No último mês com que frequência:

Por favor responda a estas frases escolhendo a opção que se aplica a si, tendo em conta a forma como se sentiu no último mês, numa escala crescente de 0 a 4 em que 0 - Nunca. 1 - Quase nunca. 2 - Algumas vezes. 3 - Frequentemente. 4 - Muito frequentemente.

132. S1 .se sentiu preocupado(a) com algo que ocorreu inesperadamente?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito Frequentemente

133. S2. se sentiu incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

134. S3. se sentiu nervoso ou "stressado"?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

135. S4. se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

136. S5. sentiu que as coisas estavam a correr como queria?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

137. S6. reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha para fazer?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

138. S7. se sentiu capaz de controlar as suas irritações?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

139. S8. sentiu ter tudo sob controlo?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

140. S9. se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

141. S10. sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4

Nun Muito frequente

Características sócio-demográficas

142. Género

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro

143. Qual o seu ano de nascimento? (escrever a resposta diretamente na caixa)

144. Profissão:

Marcar apenas uma oval.

Estudante

Outro

145. Caso tenha respondido estudante na pergunta anterior, em que ano está?

Marcar apenas uma oval.

3º Ciclo Ensino Básico (7º,8º e 9º)

Ensino Secundário (10º,11º e 12º)

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

146. Se não é estudante, indique a sua profissão (escrever a resposta directamente na caixa)

147. Qual o seu Nível de Escolaridade?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum Nível de Ensino
- 1ºCiclo do Ensino Básico
- 2ºCiclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Médio/ Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

148. Se seleccionou Outro, indique Qual.

149. Em que distrito/região vive?

Marcar apenas uma oval.

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

150. Estado civil:

Marcar apenas uma oval.

- Casado(a)
- Solteiro(a)
- Divorcido(a)
- Viuvo(a)
- União de facto

151. Teve COVID-19 ?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

152. Suspeitou ter COVID-19 ?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

153. Conhece, pessoalmente, alguém que esteja ou tenha estado infetado com COVID-19 ?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

154. Com quem vive?

Marcar apenas uma oval.

Com familiares

Com outras pessoas que não são meus familiares

Sozinho(a)

Com o meu companheiro(a)

155. Pertence a um grupo de risco (e.x., + de 65 anos, doença crónica, etc.)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

156. Vive com alguém que pertence a um grupo de risco (e.x., + de 65 anos, doença crónica, etc.)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Muito obrigada pela sua disponibilidade e participação!!!

Se existir alguma dúvida, questão ou sugestão da sua parte, entre em contacto via e-mail:

duvidasestudocovid@gmail.com

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

