

# “FIQUE EM CASA”: A GESTÃO DE RISCOS EM CONTEXTOS DE INCERTEZA

“QUEDA-TE EN CASA”:  
GESTIÓN DE RIESGOS EN CONTEXTOS DE INCERTIDUMBRE

“STAY AT HOME”:  
RISK MANAGEMENT IN CONTEXTS OF UNCERTAINTY

Mary Jane Paris Spink<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

**RESUMO:** Partindo do pressuposto de que há lacunas no conhecimento sobre o novo coronavírus, este ensaio versa sobre a gestão de riscos em situações de incerteza. Inicia-se situando a pandemia de *SARS CoV-2* e as características que nos levam a afirmar que há zonas de incertezas a ele associadas. A seguir, introduz-se a noção de gerenciamento de riscos como preâmbulo para uma breve síntese das medidas governamentais adotadas para controle da epidemia. Nesse enquadre é problematizada a “dança das palavras,” focalizando as estratégias de distanciamento social, discussão que leva à comunicação sobre risco e suas implicações para a adesão às medidas de distanciamento social no enquadre das teorizações sobre percepção de risco. Conclui-se, propondo que a contribuição da Psicologia Social, nessas situações, requer duas habilidades: de um lado, a comunicação sobre riscos e, de outro, entender como essas informações são processadas e significadas em distintos segmentos sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Distanciamento social; *Covid-19*; *SARS*; Gestão de riscos; Incerteza.

**RESUMEN:** Partiendo del supuesto de que existen lagunas en el conocimiento sobre el nuevo coronavirus, este ensayo aborda la gestión de riesgos en situaciones de incertidumbre. Comienza por situar la pandemia del SARS CoV-2 y las características que nos llevan a afirmar que existen zonas de incertidumbre asociadas a ella. A continuación, se introduce la noción de gestión de riesgos como preámbulo de un breve resumen de las medidas gubernamentales adoptadas para controlar la epidemia. En este contexto, se discute la “danza de las palabras”, centrada en las estrategias de distanciamento social, una discusión que conduce la comunicación sobre el riesgo y sus implicaciones para la adhesión a medidas de distanciamento social en el marco de las teorías sobre la percepción del riesgo. Concluimos proponiendo que el aporte de la Psicología Social, en estas situaciones, requiere dos habilidades: la comunicación sobre riesgos y comprender cómo se procesa y se significa esta información en los diferentes segmentos sociales.

**PALABRAS CLAVE:** Distancia social; *Covid-19*; *SARS*, Gestión de riesgos; Incertidumbre.

**ABSTRACT:** Based on the assumption that there are gaps in knowledge about the new coronavirus, this essay concerns risk management in situations of uncertainty. It begins by situating the SARS CoV-2 pandemic and the characteristics that lead the assertion that there are zones of uncertainty associated with it. Next, it introduces the notion of risk management as a preamble to a brief summary of measures adopted by government to control the epidemic. In this context, the “dance of words” is problematized with a specific focus on social distance strategies, discussion that leads to communication about risk and its implications for adherence to social distance measures within the framework of risk perception theories. It concludes by proposing that the contribution of social psychology in these situations requires two skills: on one hand, communication about risks and, on the other hand, understanding how this information is processed and signified in different social segments.

**KEYWORDS:** Social Distance; *Covid-19*; *SARS*; Risk management; Uncertainty.

## Da China para o mundo: um novo coronavírus se torna global

Na Primeira Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque em 1946, foi elaborada a Constituição que rege a Organização Mundial de Saúde (OMS), adotada formalmente em 07 de abril de 1948 (inaugurando o dia Internacional da Saúde). Consta desse documento que o objetivo da OMS é a “obtenção por todos os povos do mais alto nível de saúde”. A primeira dentre as 22 funções listadas nessa constituição é “atuar como autoridade dirigente e coordenadora do trabalho internacional em saúde”. É nesse enquadre que a OMS vem atuando no monitoramento de doenças no planeta.

Em 1997, a OMS estabeleceu o sistema de verificação de surtos (*outbreak verification*) como nova abordagem para vigilância global de doenças (Grein et al., 2000). O objetivo dessa nova sistemática é melhorar o controle de doenças por meio da divulgação de informações para os profissionais da saúde pública sobre surtos, confirmados ou não. Para isso, são utilizadas múltiplas fontes de informação provenientes de instituições de saúde, escritórios regionais da OMS, assim como fontes locais: jornais, TV, rádio. Tem por base três princípios: coleta de informações, verificação e disseminação da informação.

Nesse sistema, surto é definido como situações em que o número de casos excede o número esperado, e a missão do órgão responsável (*Global Public Health Information Network*, GPHIN) é avaliar se o evento analisado poderia ter impacto sério na saúde; gerar um número inesperado de doença e morte; ter potencial para espalhar para além das fronteiras nacionais; interferir em viagens e comércio e necessitar de assistência internacional para seu controle.

Assim ocorreu com o novo coronavírus. Em dezembro de 2019, foram identificados, em Wuhan, na China, casos de pneumonia que, em 07 de janeiro, foram associados a um novo coronavírus, o nCoV, e, em 12 de janeiro, foi comunicado à OMS de que havia transmissão entre humanos. Esse novo vírus em pouco tempo evoluiu de um surto isolado para uma pandemia global com as seguintes características:

- Velocidade e escala: a doença se espalhou rapidamente para todos os cantos do mundo, e sua capacidade de propagação explosiva superou até os sistemas de saúde mais resilientes.
- Gravidade: no total, 20% dos casos são graves ou críticos, com uma taxa bruta de mortalidade de casos clínicos, atualmente acima de 3%, aumentando nas faixas etárias mais velhas e naquelas com certas condições subjacentes.
- Ruptura social e econômica: choques nos sistemas de saúde e assistência social e medidas tomadas para controlar a transmissão tiveram amplo e profundo impacto socioeconômico. (WHO, *Covid-19 – Strategy Update*, p. 2)

Diante disso, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de doença respiratória aguda pelo 2019-nCoV como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11 de fevereiro, a doença recebeu o nome: *Covid-19* e, nesse mesmo dia, o novo coronavírus foi nomeado pelo *International Committee on Taxonomy of Viruses* como *SARS-CoV-2*, indicando que havia relação próxima com o vírus *SARS*. Em 11 de março, tendo em vista a presença do vírus em vários países, a OMS declarou tratar-se de uma pandemia.

Vale apontar que há muitas críticas a respeito da condução dessa pandemia por parte da OMS, tanto que, na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 19 de maio de 2020, com presença dos 194 estados membros, ficou aprovada a investigação independente sobre a resposta da OMS ao novo coronavírus. Trata-se de proposta da União Europeia em nome de 100 países (incluindo Austrália, China e Japão), visando a avaliar as lições que podem ser tiradas da pandemia e formular novas recomendações, a fim de evitar outro surto de proporções globais.

## Sendo “novo”, traz consigo muitas incertezas

Muitos aspectos já foram elucidados, como seu sequenciamento genético feito quase que concomitantemente em laboratórios de vários países, incluindo o Brasil. Porém, outros ainda não foram esclarecidos, apesar da vigorosa atividade de cientistas do mundo todo. Por exemplo:

- Os mecanismos patogênicos: cedo circulou a notícia de que o vírus causa uma doença – a *Covid-19* – que afeta prioritariamente os pulmões. Mas não só – e há evidências ainda pouco mapeadas de que afeta também os rins, o cérebro, pode gerar coágulos etc. (Zhang et al., 2020).
- Também não sabemos por que há algumas pessoas mais suscetíveis à doença que outras, independentemente de comorbidades ou idade. Alguns desenvolvem um quadro leve da doença, e outros têm evoluções graves e até letais.
- E não sabemos por que o *SARS-CoV-2* tem comportamento tão distinto dos demais vírus. De acordo com o *briefing* do *New York Times* de 29 de maio de 2020, “Com a gripe e o HIV, por exemplo, altos níveis de patógenos geralmente correspondem a sintomas mais graves e maior probabilidade de infectar outros. Porém, com o coronavírus, as pessoas assintomáticas parecem ter cargas virais tão altas quanto as que estão seriamente doentes” (Mandavilli, 2020b).
- Há ainda incertezas sobre as formas de transmissão, embora com maior frequência sejam as gotículas que servem como condutores do vírus e nos atingem em contatos próximos e as espalhadas por aerossóis. Mas, essas gotículas são depositadas em superfícies diversas: corrimões, embalagens etc. e, há distintas versões sobre o tempo de sobrevivência do vírus nessas materialidades, variando também com o tipo de material: metal, plástico, papel que nos levam a adotar hábitos de higienização que demandam muitas mudanças comportamentais que alteram significativamente nossos modos de viver e nos enlouquecem (EpiSaude, 2020, p. 74).
- A incerteza igualmente se faz presente no tratamento, com a condução de ensaios clínicos de medicamentos muitos dos quais transladados de suas funções originais, como a cloroquina e o Ramdesivir. Convém lembrar que o uso da cloroquina e hidroxicloroquina é tema de acirrado debate no mundo científico, com publicações afirmando seu uso e muitas outras sugerindo que não há benefícios, mas pode haver malefícios. Apesar disso, em 20 de maio de

2020, o Ministério da Saúde (MS) divulgou diretrizes para tratamento precoce de pacientes com *Covid-19* no SUS, administrando cloroquina e hidroxicloroquina. Segundo a Agência Fapesp, em notícia publicada em 08/06/2020 (Julião, 2020), 153 fármacos estão sendo testados em pacientes com *Covid-19* até o momento. Nos 1.765 estudos clínicos que investigam os efeitos de diferentes fármacos não se tem encontrado uma opção 100% eficaz.

- Há ainda a indefinição do *end-point*: quando será possível retomar as atividades rotineiras, se haverá uma cura ou uma vacina, por exemplo, ou se teremos que conviver com a presença desse novo coronavírus por muito tempo. Muita esperança está sendo depositada na obtenção de uma vacina e há uma corrida internacional para produzi-la (Roose, 2020). Os testes de vacina são demorados, exigindo três fases para testar sua eficácia e segurança, e se observa muita discussão acerca desse processo com apostas de possibilidade de encurtar a fase dois e já entrar em produção antes mesmo de testar muitas pessoas (Thompson, 2020).
- Ainda nas indefinições, há a questão da imunidade de rebanho: se teremos imunidade após sermos infectados (Kirkcaldy, King, & Brooks, 2020) e se os testes sorológicos são confiáveis (Mandavilli, 2020a).

Tantas incertezas têm consequências para o gerenciamento da pandemia, seja no contexto global, com a definição de diretrizes pela OMS, seja no nível dos governos locais. É importante, portanto, retomar as discussões sobre análise de riscos, sobretudo aqueles que, na modernidade reflexiva (Beck, 1994), se tornam globalizados e cercados de imprevisibilidade.

## A gestão de riscos em contextos de incerteza – aspectos teóricos

Em sua longa história, a palavra “risco” sempre esteve associada à possibilidade de controle do futuro. Inicialmente, conforme havíamos pontuado em várias publicações (e. g., Spink, 2001), e lembrando que a palavra só se torna parte das línguas europeias no século XIV, tratava-se de uma nova sensibilidade associada a novas formas de governamentalidade (Foucault, 1979) que subvertiam a dominância da fortuna, do destino e da sorte no imaginário social como explicação para os eventos. Com a emergência da teoria da probabilidade (Hacking, 1975), paulatinamente o controle do futuro passou a depender de cálculos tornados possíveis pela construção de bancos de dados sobre mortalidade, natalidade, naufrágios (no caso dos seguros), *commodities* etc.

Essa longa história leva a uma progressiva formalização das análises de risco que, a partir de meados do século XX, passa a incorporar o campo interdisciplinar da análise dos riscos que se inaugura, segundo alguns autores, na década de 1950, no contexto dos riscos associados à energia nuclear. Desde cedo, englobou três áreas de especialidade: o cálculo dos riscos (*risk assessment*), a percepção dos riscos pelo público e a gestão dos riscos. A gestão dos riscos, mais recentemente, passou a englobar também a comunicação sobre riscos ao público.

O “cálculo dos riscos” consiste na identificação dos efeitos adversos potenciais do fenômeno em análise, a estimativa de sua probabilidade e da magnitude de seus efeitos.

Depende, pois, de quantificação expressa na abordagem hegemônica do *Quantitative Risk Assessment*. A “percepção dos riscos” no enquadre dos riscos tecnológicos ou biotecnológicos volta-se à relação entre o público e os riscos, e está, portanto, associada ao estudo da aceitação de determinadas tecnologias, como vem acontecendo com as diversas aplicações modernas da engenharia genética. Mas, volta-se também à perspectiva do controle preventivo dos riscos, buscando, por meio da educação, influir nos comportamentos deletérios para o meio ambiente. A “gestão dos riscos” compreende quatro estratégias integradas: os seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental e a autorregulação. Progressivamente, incorporou também a comunicação sobre riscos, tendo em vista que a participação pública, seja na aceitação ou no autocontrole, passou a ser elemento imprescindível do controle social dos riscos.

O debate atual é rico e complexo. Contudo, é importante ressaltar que há duas dimensões nesse debate. Uma se refere ao não reconhecimento, nas abordagens de análise, da questão dos valores que permeiam não apenas o público, mas a própria definição do que vem a ser risco. A outra dimensão se refere à transformação que vem ocorrendo na natureza dos riscos, cada vez mais sistêmicos e globalizados. Nessa dimensão, o debate é técnico e questiona a própria possibilidade de cálculo de riscos que são cada vez mais imponderáveis.

Esse é o enquadre tradicional das análises epidemiológicas, foco deste artigo.

Porém não se trata da única vertente de reflexões sobre risco, embora todas tenham como premissa que o conceito de risco é onipresente nas sociedades contemporâneas.

Em termos das teorizações em distintas disciplinas, os diferentes enfoques podem ser abordados com base em suas ontologias, adotando posturas mais, ou menos, realistas. Em um extremo desse *continuum* entre realismo e construcionismo encontram-se as perspectivas realistas e são essas que estão em circulação como discursos hegemônicos nas versões sobre a pandemia do *SARS CoV-2*. Visto por esse ângulo, afirma Jens Zinn (2008): “Quando ocorrem limites de calculabilidade, eles são reinterpretados como falta de conhecimento que podemos superar com mais pesquisas e melhores análises científicas” (p. 5). Então, por esta abordagem, risco é calculado pela probabilidade de ocorrência. Entretanto, continua o autor, na impossibilidade de cálculo, “modelos e cenários são desenvolvidos para encontrar orientação sobre como agir racionalmente em relação a um futuro incerto, mesmo quando o conhecimento é limitado”. De fato, vivenciamos, neste momento, uma enormidade de modelos de previsão do número de pessoas assintomáticas, por exemplo, no afã de retomar as atividades, após extensos períodos de isolamento em casa.

Essa perspectiva, que obviamente também tem suas variantes, contrasta com as teorias da segunda vertente que inclui, principalmente, as abordagens sociológicas que, por sua vez, trabalham em diferentes posições do *continuum* entre realismo/objetivismo e construcionismo. Incluem-se nesse rol: a abordagem de Ulrich Beck de sociedade de risco (1992); a teoria de sistema de Niklas Luhmann (1993); a perspectiva foucaultiana de governamentalidade (Foucault, 1979); a teoria cultural de Mary Douglas e Aaron Wildavsky (1983); e as vertentes que levam em consideração o risco como aventura (Lyng, 1990; Spink, 2001, 2008).

De modo geral, as teorias sociológicas e as psicossociologias (como as teorizações de Spink) têm por foco as mudanças sociais decorrentes, entre outras coisas, da globalização, da reflexividade que coloca em questão os empreendimentos da ciência e da contraposição entre saberes leigos e aqueles ditos eruditos. É nesse contexto que emergem as teorizações

sobre gestão de riscos em contexto de incerteza e, nesse sentido, tem prerrogativa a questão das mudanças climáticas, eventos que colocam em tensão previsões catastróficas de sobrevivência do planeta e forças negacionistas, seja pela descrença na ciência, seja pela proteção de interesses econômicos, ou ainda, pela combinação de ambos.

Retornando ao gerenciamento de pandemias, e mais especificamente desta que estamos vivenciando, os modelos vigentes de controle certamente têm por base o que a OMS denomina de “*Epidemiological analysis and risk assessment*” (Análise epidemiológica e avaliação do risco).

A resposta global à pandemia do *Covid-19* exige a capacidade de conduzir uma avaliação contínua dos riscos no nível global, regional, nacional e subnacional. Para totalmente alavancar os investimentos e as capacidades de coleta de dados e análise para avaliação de riscos, um novo sistema global de arquitetura de dados de saúde pública será necessário. Os fundamentos dessa arquitetura já criados através da plataforma de dados Inteligência Epidêmica de Fontes Abertas (*Epidemic Intelligence from Open Sources*, EIOS) que permite várias comunidades de usuários avaliarem e compartilharem colaborativamente informações sobre eventos de surto em tempo real. (WHO, *Covid-19 Strategy Update*, p. 14)

Contudo, as medidas de controle da pandemia no plano local estão assentadas em habilidades comunicacionais, com exceção daqueles países que, pelas características de seus governos, podem impor medidas radicais de isolamento. Coletivas de imprensa, folhetos, mensagens televisivas ou por meio de megafones põem em xeque as habilidades comunicacionais de governantes, mas também colocam em ação a dança das palavras, com efeitos na aderência da população a essas medidas.

## Conter o vírus se torna uma urgência: respostas governamentais

A OMS, no documento intitulado *Global strategy to respond to Covid-19* (p. 5), define cinco estratégias para controle da pandemia:

- **Mobilizar** todos os setores e comunidades para garantir que todos os setores do governo e da sociedade se apropriem e participem da resposta e da prevenção de casos através da higiene das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento físico em nível individual.
- **Controlar** casos e agrupamentos (*clusters*) esporádicos e impedir a transmissão comunitária, localizando e isolando rapidamente todos os casos, fornecendo-lhes os devidos cuidados, rastreando, colocando em quarentena e apoiando todos os contatos.
- **Suprimir** a transmissão da comunidade por meio de medidas de controle e prevenção de infecções apropriadas ao contexto, medidas de distanciamento físico no nível da população e restrições apropriadas e proporcionais (*proportionate*) de viagens domésticas e internacionais não essenciais.

- Reduzir a mortalidade, fornecendo atendimento clínico adequado para as pessoas afetadas pelo *Covid-19*, garantindo a continuidade dos serviços sociais e de saúde essenciais e protegendo os trabalhadores da linha de frente e as populações vulneráveis.
- Desenvolver vacinas e terapêuticas seguras e eficazes que possam ser entregues em escala e que sejam acessíveis com base nas necessidades. (grifos no original)

Para isso, contamos com uma série de medidas que foram adotadas em combinações e intensidades diversas em diferentes países. Ainda seguindo a estratégia definida pela OMS, em documento publicado em 03 de fevereiro de 2020 (*Strategic Preparedness and Response Plan, SPRP*), e atualizado em 14/04/2020 (*Global Strategy to Respond to Covid-19*), as medidas incluem níveis distintos: pessoais, comunitários, de barreiras em fronteiras e voltadas à proteção de profissionais da Saúde e população mais vulnerável. Dentre as medidas pessoais passíveis de reduzir a transmissão de pessoa a pessoa, incluem-se: lavar as mãos, distanciamento físico e etiqueta respiratória por meio de uso de máscara ou outras maneiras de evitar a difusão das gotículas virais ao tossir ou falar muito perto. As medidas comunitárias visam a reduzir o contato entre indivíduos, entre elas, a suspensão de atividade de massa, de aglomerações, o fechamento de locais de trabalho não essenciais e de estabelecimentos de ensino, e a redução de transportes públicos. Existem também medidas para evitar a introdução ou reintrodução do vírus proveniente de áreas com alta prevalência, incluídas aí a suspensão ou limitação de viagens internacionais, a triagem e a quarentena. Há ainda medidas de proteção aos profissionais de saúde e populações mais vulneráveis, por meio da provisão de equipamentos de proteção individual.

O novo coronavírus se espalhou pelo mundo todo com espantosa velocidade. O primeiro caso de *Covid-19* foi identificado na China no final de dezembro; em meados de janeiro, já havia casos na Tailândia, na Holanda e na França. No final de janeiro, haviam sido identificados casos na Itália, Espanha, Suécia, Inglaterra, e, no início de fevereiro, em muitos outros países da Comunidade Europeia. Chega aos Estados Unidos em 21 de janeiro, no estado de Washington, com forte impacto em Nova Iorque, sobretudo a partir de fevereiro. Surge na América do Sul no final de fevereiro, com o primeiro caso confirmado no Brasil em 26 de fevereiro. E já no início de março, vários outros países: Argentina, Chile e Colômbia no início do mês; Venezuela e Uruguai em meados do mês. A velocidade de expansão desse novo coronavírus é incontestável; já a data do primeiro caso passou a ser também rebatida (Worobey et al., 2020).

Considerando as medidas já conhecidas para contenção de uma epidemia, cada país, dependendo de sua estrutura de saúde, tipo de governo, “culturas” locais e disseminação do vírus, definiu suas estratégias para controle do surto local. Essas medidas variaram desde *lockdowns* rigorosos, como ocorreu em Wuhan, na Itália e na Espanha, até países que não impuseram nenhum *lockdown*, como a Suécia, embora a maior parte da população tenha voluntariamente adotado distanciamento físico e trabalho a distância. Conquanto haja uma abundância de classificações das medidas adotadas (BBC, 2020; Hale et al., 2020; He, 2020), parece haver consenso de que não é possível associar medidas adotadas e “sucesso” na contenção do surto local, uma vez que há tantas incógnitas e falta de informação sobre pessoas infectadas. Isso se aplica, também, às estratégias de reabertura ora em andamento, até porque não temos ainda informação sobre possíveis ressurgências de picos de caso.

Não cabe no escopo deste artigo discorrer sobre a condução da epidemia por Donald Trump, nos Estados Unidos, Boris Johnson, na Inglaterra, e Jair Bolsonaro, no Brasil, abordados em matéria do *NYT* intitulada *Where the Virus Is Growing Most: Countries With ‘Illiberal Populist’ Leaders; Brazil, Russia, Britain and the U.S. have something in common* (Leonhardt & Leatherby, 2020). Nesses casos, em que faltou uma condução firme da pandemia, onde foram priorizados danos econômicos sobre os danos à saúde e onde ocorreu uma flexibilização precoce de medidas de reabertura da economia, os efeitos têm sido devastadores. Os Estados Unidos e o Brasil, em julho de 2020, eram infelizes campeões em número de mortes e pessoas infectadas pelo *SARS CoV-2* sendo que, no caso brasileiro, a epidemia segue precariamente controlada, com curva estabilizada em números altos e sem sinal de ter atingido o pico. Em ambos os casos, EUA e Brasil, predomina um preocupante negacionismo, desconsiderando a gravidade da pandemia, propondo medidas paliativas altamente discutíveis (como o uso preventivo da cloroquina), e adotando comportamentos que vão na contracorrente das recomendações sanitárias, como a recusa do uso de máscaras em público.

No entanto, não se trata apenas de diversidade de estratégias adotadas mundo afora; há também falta de compatibilização terminológica, com inserção de novos termos e usos distintos de terminologias já arraigadas.

## A dança das palavras: quarentena, isolamento, lockdown, fique em casa

Temos sido bombardeados com palavras, algumas das quais têm longa história (quarentena, isolamento), outras entraram mais recentemente em nosso vocabulário em sua versão anglo-saxã (como o *lockdown*), embora tenhamos vocábulos em nossa língua pátria (como bloqueio). Há usos consolidados para algumas dessas palavras, embora nos deparemos frequentemente com escorregadas linguísticas que dificultam a comunicação por parte dos agentes de governo e embaraçam a compreensão pelo público.

Quarentena e isolamento concernem práticas que têm longa história. O isolamento, como tecnologia de contenção de doenças, precede a quarentena, até porque, segundo Kelly Drews (2013, p. 59), o uso de quarentena como medida de contenção de uma epidemia depende de conhecimento sobre a transmissão da doença. A prática da quarentena propriamente dita tem início no século XIV, na Itália, como forma de proteger as cidades portuárias da epidemia da peste negra (peste bubônica), que devastou a Europa entre 1347 e 1352. Estima-se que morreram 20 milhões de pessoas. Deriva da palavra italiana *quarenta giorni*. (Centers for Disease Control - CDC, 2020)

De acordo com a OMS,

A quarentena de pessoas é a restrição de atividades ou a separação de pessoas que não estão doentes, mas que podem ter sido expostas a um agente ou doença infecciosa, com o objetivo de monitorar seus sintomas e garantir a detecção precoce de casos. A quarentena é diferente do isolamento, que é a separação de pessoas doentes ou infectadas de outras pessoas para evitar a propagação de infecção ou contaminação. (WHO, *Interim Guidance*, 19/03/2020, grifo nosso)



Essa foi a definição adotada pelo Ministério de Saúde (MS) que, em 11 de março de 2020, seguindo a Lei n. 13.979 que define medidas para enfrentamento de emergências, publicou a Portaria n. 356. Nela constam as duas medidas: quarentena e isolamento

Art. 3º A medida de isolamento objetiva a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local.

Art. 4º A medida de quarentena tem como objetivo garantir a manutenção dos serviços de saúde em local certo e determinado.

§ 1º A medida de quarentena será determinada mediante ato administrativo Formal e devidamente motivado e deverá ser editada por Secretário de Saúde do Estado, do Município, do Distrito Federal ou Ministro da Saúde ou superiores em cada nível de gestão, publicada no *Diário Oficial* e amplamente divulgada pelos meios de comunicação.

Quase um mês depois, no Boletim Epidemiológico n. 08 de 09/04, foram publicados os conceitos de medidas sociais: bloqueio total (*lockdown*), distanciamento social ampliado e distanciamento social seletivo. Aqui começa a dança das palavras, iniciando com a confusão entre quarentena e *lockdown*. O termo *lockdown* foi usado pela mídia para descrever as medidas adotadas na China para restringir o movimento de pessoas de modo a controlar o surto do novo coronavírus. Foi também usado para descrever as medidas de quarentena adotadas na Itália. Os dois termos, entretanto, têm origens em contextos diversos: quarentena, obviamente associado com controle de epidemias; *lockdown*, ao que tudo indica, usado em emergências sociais, como no caso dos episódios de violência em escolas dos Estados Unidos, ou políticas, com conotações de lei marcial.

Chegamos assim às noções de distanciamento social, medida que também tem longa trajetória na história das pandemias. No contexto norte-americano, segundo artigo publicado no *The New York Times* (Lipton & Steinhaver, 2020), o distanciamento social como medida de saúde pública foi foco de intenso debate, tornando-se política oficial de governo em fevereiro de 2007, intitulada *Non Pharmaceutical Interventions*, revisada em 2017, durante o governo de Barak Obama. Foi uma longa jornada impulsionada pelo presidente George W. Bush no rescaldo do ataque terrorista de 11 de setembro de 2001.

Como política de saúde pública, entretanto, gerou pesquisas e controvérsias até ser adotada pelo CDC, em 2007. A proposta, capitaneada pelos Drs. Richard Hatchett e Carter Mercher, durante a administração de George Bush, foi fortalecida por pelo menos dois estudos influentes. O primeiro, por si só uma história fascinante, concerne à modelagem de redes de contato, uma ideia inspirada pelo trabalho de escola da filha de Glass, então com 14 anos, que é coautora do artigo publicado em 2006 (Glass, R., Glass L., Beyeler, & Min, 2006). A segunda, de autoria de Markel e colaboradores, publicada no JAMA em 2007, analisava o uso das intervenções não farmacêuticas, durante a gripe espanhola.

No entanto, a proposta gerou bastante oposição, sobretudo de um eminente cientista, Dr. D. A. Henderson que responde por meio de artigo publicado em 2006, na revista *Biosecurity and Bioterrorism* (Inglesby, Nuzzo, O’Toole, & Henderson, 2006). Para ele, a resposta seria aguentar firme (“*totough it out*”). Deixar a pandemia se espalhar, tratar de quem adoecesse e batalhar para desenvolver uma vacina. A administração do CDC acabou

ficando ao lado de Hatchett e Mercher, embora isso tenha atraído pouca atenção do público até seu uso extensivo na pandemia do *Covid-19*.

Adentramos aqui em outra zona de confusão. Primeiro, porque no contexto brasileiro, na terminologia adotada pelo Ministério da Saúde, no Boletim Epidemiológico n. 08 de 09/04/2020, distanciamento assume duas conotações distintas:

#### Distanciamento Social Ampliado (DSA)

Estratégia não limitada a grupos específicos, exigindo que todos os setores da sociedade **permaneçam na residência** durante a vigência da decretação da medida pelos gestores locais. Esta medida restringe ao máximo o contato entre pessoas. Ficam mantidos os serviços essenciais, com adoção de maior rigor na higiene e evitando aglomeração. (grifo nosso)

Objetivos: Reduzir a velocidade de propagação, visando ganhar tempo para equipar os serviços com os condicionantes mínimos de funcionamento: leitos, respiradores, EPI, testes laboratoriais e recursos humanos.

#### Distanciamento Social Seletivo (DSS)

Estratégia onde **apenas alguns grupos ficam isolados**, sendo selecionadas todas as pessoas sintomáticas e seus contatos domiciliares e os grupos que apresentam maior risco de desenvolver a doença ou aqueles que podem apresentar um quadro mais grave, como: • Idosos; • Pessoas com doenças crônicas (diabetes, cardiopatias, etc.) ou condições de risco como obesidade e gestação de risco. (grifo nosso)

Ou seja, o distanciamento ampliado é uma medida a ser adotada por toda a população (excetuando os serviços considerados essenciais) e, portanto, se refere à orientação “fique em casa”. Já o distanciamento seletivo concerne às pessoas que integram o grupo de risco, entidade amorfa que engloba tantas circunstâncias a ponto de tornar nebulosos os potenciais efeitos protetivos da medida. Por exemplo, Karina Toledo (2020), da Agência FAPESP, em matéria publicada em 11 de maio de 2020, afirmou: “Mais de 50% da população adulta brasileira – ou 86 milhões de pessoas – apresenta ao menos um dos fatores que aumentam o risco de manifestações graves da *Covid-19*, sugere estudo feito na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ou seja, revivemos “*O Alienista*” de Machado de Assis (1882/1976): isolemos metade da população brasileira em casa.

Vale expor que, embora “distanciamento social” seja termo corrente tanto na mídia como em sítios oficiais de governos, o termo usado pela OMS em seus documentos, é “distanciamento físico”. Na coletiva de imprensa, em 20/04/2020, a Dra. Maria Van Kerkhove, líder técnico para resposta ao coronavírus na OMS, afirmou:

Gostaria apenas de acrescentar [que] você pode ter nos ouvido usar a frase distanciamento físico em vez de distanciamento social e uma das coisas a destacar no que Mike estava dizendo sobre manter a distância física das pessoas para que possamos impedir a transferência do vírus de um para o outro; isso é absolutamente essencial. Mas isso não significa que socialmente devemos nos desconectar de nossos entes queridos, de nossa família.

Já em São Paulo, o termo usado preferencialmente tem sido “isolamento social”, adotado, por exemplo, na implementação do Sistema de Monitoramento Inteligente – SIMI. Trata-se de uma parceria com as operadoras de telefonia Vivo, Claro, Oi e Tim de uso de dados digitais para medir a adesão ao isolamento social. Com o Simi-SP, o Governo de São Paulo pode consultar informações georreferenciadas de mobilidade urbana em tempo real nos municípios paulistas.

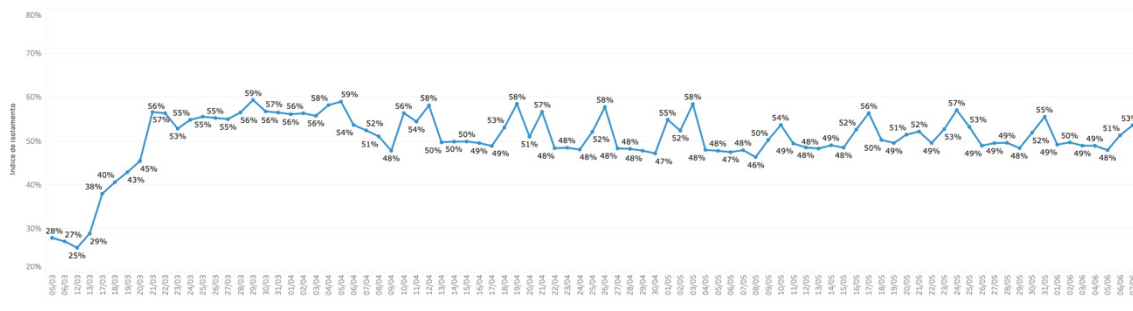
Em síntese, no contexto internacional, isolamento é reservado a pessoas com a doença ou seus sintomas. Portanto, isolar-se dentro de casa. O comando “lockdown” concerne a “ficar em casa”, com nuances mais ou menos rigorosas (só sair para coisas essenciais; só sair mediante autorização etc.). Já distanciamento social (ou físico) é estratégia a ser usada fora de casa – minimizar o contato com outras pessoas mantendo distância de dois metros e usando máscaras. Em suma, uma enorme dor de cabeça na definição de protocolos, visando à reabertura de estabelecimentos, como *shoppings* e escolas.

## A resposta da população à recomendação “fique em casa”

O foco desta análise é a aderência à recomendação “fique em casa” que, como explicado anteriormente, mescla, na mídia e nos comunicados oficiais, “distanciamento social”, “isolamento social” e quarentena. Esta opção prende-se às mensagens provenientes de fontes do setor de saúde pública e da “ciência” de que essa medida é particularmente importante para diminuir a circulação do vírus (Parshina-Kottas, Saget, Patanjali, Fleisher, & Gianordoli, 2020).

Considerando que diferentes estados brasileiros adotaram medidas diversas e até mesmo nomeações distintas, segundo matéria publicada na *Agência Brasil* em 01/04/2020, e como dispomos de informações diárias sobre adesão às medidas de distanciamento social no estado e no município, a escolha, neste ensaio, foi de focalizar a resposta da população, tendo como base as informações do município de São Paulo. Conforme já informado, o Sistema de Monitoramento Inteligente (SIMI) adotado possibilita medir a adesão ao “isolamento social”.

**Figura 1: Sistema de Monitoramento Inteligente do Governo de São Paulo**  
**Atualização em 07/06/2020**



Fonte: [www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/isolamento](http://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/isolamento)

Buscava-se, com a instauração da quarentena em meados de março (Ministério da Saúde, Decreto n. 64.881, 22/03/2020) uma adesão ao isolamento em torno dos 70%. O gráfico na Figura 1 indica que a adesão variou de 46% (logo após a publicação do Decreto) a 59%, tendendo a ficar por volta de 54%. A pesquisa de Opinião Pública Viver em São Paulo, realizada pelo *IBOPE* para a Rede Nossa São Paulo (Rede Nossa São Paulo, 2020) corrobora esses dados. Foram entrevistadas 800 pessoas das classes ABC, no período de 16 a 26 de abril. Uma das perguntas apresentava várias opções referentes às situações que melhor representavam o comportamento durante o isolamento social: 19% não estavam saindo de casa para quase nada; 53% saíam apenas para compras essenciais; 19% saíam para trabalhar em serviços essenciais (12%) ou em outros tipos de atividades. Mas uma pequena porcentagem (3%) relatou sair normalmente, sem restrições, por não concordar com as medidas de isolamento.

Ao serem questionadas sobre o que estavam fazendo para que os impactos da pandemia fossem os menores possíveis, 77% relataram estar evitando sair de casa. As demais respostas são fascinantes, embora fujam do escopo dessa análise. Apenas como exemplo, 44% rezavam; 30% estavam comprando mais coisas pela internet; 28% estavam adquirindo produtos e serviços de pequenos produtores ou produtores locais para ajudá-los economicamente.

Ficar em casa obviamente tem muitos impactos na vida das pessoas, porém o que procuramos discutir neste artigo é como a percepção de risco impacta na decisão de aderir ao comando #ficaremcasa. Como se não bastasse a dança das palavras, essa recomendação tem que ser comunicada à população. E comunicação de riscos é um tema bastante explorado na literatura sobre saúde pública. Baruch Fishhoff e colaboradores (2017), por exemplo, em pesquisa sobre como a população norte-americana percebia o risco da *Ebola* no surto de 2014, inicia o artigo com a seguinte afirmação:

Uma resposta efetiva à ameaça demandou que os membros do público aprendessem sobre a doença, suas vias de transmissão e as instituições responsáveis por seu controle. Além disso, eles precisavam desse conhecimento em termos quantitativos necessários para a tomada de decisão. Por exemplo, eles precisavam saber não apenas que as máscaras faciais poderiam ajudar, mas quanta proteção eles forneciam, antes de decidir se deveriam confiar nas máscaras ao visitar lugares potencialmente contaminados. Eles precisavam saber não apenas que indivíduos assintomáticos podem transmitir a doença, mas também o quão transmissível ela é, antes de decidir endossarem políticas rigorosas de quarentena. (p. 1)

Em artigo recente, publicado em maio deste ano, na *Nature Human Behaviour* como *preprints*, 38 autores fazem uma intensa revisão (253 referências) sobre o apoio potencial das ciências comportamentais à resposta à pandemia. Afirmam:

Discutimos [neste artigo] tópicos genericamente relevantes para vários estágios da atual pandemia para ajudar os formuladores de políticas, líderes e o público a entenderem melhor como gerenciar ameaças, navegar por diferentes contextos sociais e culturais, melhorar a comunicação científica, alinhar interesses individuais e coletivos, empregar liderança eficaz e fornecer apoio social e emocional. ... Para cada área, destacamos informações relevantes, discutimos implicações para formuladores de políticas, líderes e público ... e apontamos áreas para futuras pesquisas. (Bavel & colaboradores, 2020, p. 461)

Ou seja, além da falta de consenso terminológico, enfrentamos também a falta de competência de muitas lideranças, governamentais e sanitárias, em habilidades comunicacionais. Essa questão vem suscitando uma interessante discussão na mídia sobre diferenças na condução da pandemia entre líderes homens e mulheres, com destaque para lideranças femininas em nações que estão tendo sucesso no controle do *SARS CoV-2*: na Europa, a Alemanha, Dinamarca, Finlândia e Noruega; na Ásia, Taiwan e Hong Kong, assim como a pequena província de Kerala na Índia. E obviamente, na Nova Zelândia, com a midiática primeira ministra Jacinta Arden.

É um tema importante que merece maiores aprofundamentos de modo a entender a especificidade das estratégias comunicacionais por elas utilizadas, a exemplo da análise do estilo de outro ícone comunicacional: a Dra. Amy Acton, Diretora do Departamento de Saúde de Ohio (Dosani & Westbrooke, 2020). Porém, sabiamente, a jornalista indiana Viju Cherian (2020) adverte que essa entronização de líderes mulheres é simplista e cheia de falhas. Afinal, são pouquíssimas as líderes mulheres no mundo e apenas chegam a essas posições, devido às características políticas de seus países.

Obviamente, para analisar os casos bem-sucedidos, é preciso levar em conta os múltiplos fatores envolvidos, como as habilidades pessoais dos comunicadores de risco, o tipo de cultura política dos países, entre outros.

Retornando ao tema da *#fiqueemcasa*, o que poderíamos dizer, em uma perspectiva psicossocial, sobre a baixa adesão a este alerta? Adentramos, assim, na questão da percepção do risco, área que, na Psicologia Social, teve forte influência das vertentes cognitivistas com destaque para a metodologia proposta nos anos de 1970 pelo *Decision Reserach Group* de Oregon, nos Estados Unidos (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1981). No estudo clássico aí realizado, solicitou-se às pessoas que avaliassem 30 perigos em uma série de escalas de sete pontos, pautadas em diversos aspectos qualitativos dos riscos aí envolvidos: se eram comuns, fatais, catastróficos e daí por diante. Esse estilo de pesquisa possibilitou que fossem feitos vários estudos transculturais sobre percepção de risco nos quais se buscou incluir dimensões sociais e culturais, especialmente no que diz respeito à disponibilidade de informação sobre riscos na mídia.

Inserir-se nessa vertente de pesquisas sobre percepção de risco a questão da tomada de decisão diante dos riscos, corrente fortemente associada ao trabalho de dois psicólogos cognitivistas – Daniel Kahnemann e Amos Tversky – que se tornaram parte da bibliografia essencial no que diz respeito à tomada de decisão ante o risco. Sendo psicólogos cognitivistas, desenvolveram uma abordagem fortemente pautada na perspectiva individualista, focalizando a habilidade individual de processamento de informação (Tversky & Kahnemann, 1974; Kahnemann & Tversky, 1984).

Contudo, trataremos do tema com base na abordagem das práticas discursivas cotidianas (Spink, 1999) que têm por base uma perspectiva pós-construcionista centrada no poder da linguagem de construção de realidades. A linguagem dos riscos, nesta abordagem, se insere em três tradições (Spink, 2018; Spink & Menegon, 2005). A primeira é característica da fala de senso comum sobre riscos e antecede a emergência da palavra risco: “concerne às experiências de infortúnios muitas vezes imprevisíveis que fogem das possibilidades de cálculo”. A segunda tradição - do risco como probabilidade – “remete à trajetória dos discursos de risco colados à governamentalidade” (Foucault, 1979), ou seja, ao risco objetivado pela quantificação. A terceira tradição, “a perspectiva da aventura, aproxima os campos da economia e dos esportes e herda a positividade da aventura” (Spink, 2018, p. 18).

É possível que todas as tradições estejam presentes na ancoragem das informações sobre o risco de transmissão do *SARS CoV-* ou seja, como nos esportes radicais, as ações. Entretanto, as informações, de modo geral, têm por base a segunda tradição: do risco como probabilidade. A linguagem hermética dessa tradição possivelmente só é compreensível para poucos; para aqueles que têm “alfabetização científica”, estando, portanto, familiarizados com os métodos empregados nas ciências e com a linguagem dos números. Para estes, as nuances da curva de casos confirmados e óbitos é passível de leitura e quiçá informem a disposição de se isolar do convívio social ou se proteger de maneira adequada: com distanciamento físico, uso de máscaras e desinfecção dos objetos trazidos para dentro de casa. Talvez seja este segmento da população que possa, também, ficar efetivamente em casa, trabalhando remotamente e dispondo dos serviços de entrega domiciliar.

Entretanto, para grande parte da população, a dança dos números, o formato da curva de transmissão e, sobretudo, as idas e vindas dos resultados de pesquisas, parte intrínseca da atividade de ciência pautada na verificação, são elementos para descartar ou deslegitimar a referida “ciência”, tão frequentemente invocada nos discursos oficiais sobre a pandemia. Talvez esses segmentos estejam mais próximos da linguagem dos riscos associados a perigos, fatalidades e sorte. Se for este o caso, diante de tantas hierarquias de risco (Rhodes, 1997), sobretudo entre a população mais pobre, o novo coronavírus é apenas mais um risco entre tantos outros.

E há ainda aqueles que veem na epidemia um desafio que extrapola o discurso biomédico. Aqueles que se pautam pela tradição da aventura. Será que a participação em manifestações, por mais justificadas politicamente, não se inseriria na tradição do risco-aventura? Está presente a adrenalina de participar de um movimento que mobilizou massas, mas que, tal como nos esportes radicais, não prescinde de estratégias de segurança (celulares para alertas; água no caso de ser atingido por bombas de gás lacrimogênio; mochilas com suprimentos, além das medidas de proteção ao vírus, como máscaras e certo distanciamento social).

## Discussão: o outro lado da gestão dos riscos

Escrevo este ensaio em plena epidemia. Convivo com incertezas diariamente. Consulto múltiplas fontes: na TV, a *Globo*, a *Band*, a *CNN Brasil*, a *CNN USA* e a *BBC*. Na mídia jornalística, o *Guardian*, o *NYT* e o que mais cair nas mãos. Nas fontes oficiais, chegam ao meu *e-mail* os boletins da FAPESP, e incontáveis (sim, usei de propósito) outras fontes solicitadas ou não. Afora as consultas a OMS, CDC, e revistas ditas bem avaliadas, como a *JAMA*. Ou seja, o outro lado da gestão de risco em situações de incerteza é tentar dar sentido à epidemia, por meio de uma avalanche de informações que são continuamente revistas e reavaliadas. São muitas as lacunas de conhecimento, como afirma o epidemiologista Marc Lipsitch:

São necessárias mais pesquisas científicas sobre quase todos os aspectos deste novo vírus, mas nesta pandemia, assim como em pandemias anteriores, decisões que terão consequências enormes precisam ser tomadas antes de dispormos de dados definitivos. Em vista dessa urgência, o método científico - formular hipóteses informadas e testá-las com experimentos e epidemiologia cuidadosa

— é hiperacelerado. Diante da atenção pública, esse trabalho está sendo feito sob os olhares gerais, o que não ocorre normalmente. Sob essas circunstâncias difíceis, só posso esperar que este artigo pareça desatualizado em pouquíssimo tempo — que em pouco tempo se descubra muito mais sobre o coronavírus do que é sabido hoje. (Lipsitch, 2020, s/p.)

Em suma, não sabemos por quanto tempo teremos de conviver com esse novo coronavírus, ou até mesmo qual será o próximo que virá fazer uma reviravolta nas nossas vidas. Esse cenário de incertezas nos pontuará por ora e por muito tempo. Finalizo este ensaio apontando que as catástrofes antropófitas, aquelas pelas quais temos responsabilidade por termos evoluído como “homens (e mulheres) *sapiens*”, com a missão “iluminista” de dominar a natureza, ente na qual se enquadram as emergências epidêmicas, estarão conosco por muito tempo. Lidar com isso, tentar minorar os efeitos dessas catástrofes previsíveis (embora nem sempre reconhecidas), requer que nós, psicólogo@s sociais, nos debruçemos no desenvolvimento de duas habilidades: de um lado, a comunicação sobre riscos e, de outro, entender como essas informações são processadas e significadas em distintos segmentos sociais.

## Referências

- Assis, M. (1882/1976). *O alienista*. São Paulo: Ática. (Original publicado em 1882)
- Bavel, J. J. Van, Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka A., Cikara, M., Crockett, M. J., et al. (2020). Using social and behavioural science to support *Covid-19* pandemic response. *Nat Hum Behav* 4, 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- BBC. (2020, April 7). Coronavirus: a visual guide to the world lockdown. <https://www.bbc.com/news/world-52103747>.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Beck, U. (1994). The reinvention of politics: Towards a theory of reflexive modernization. In U. Beck, A. Giddens, & S. Lasch (Eds.), *Reflexive modernization: Politics, traditions and aesthetics in the modern social order* (pp. 1-55). Cambridge: Polity Press.
- Centers for Disease Control [CDC]. (2020). *History of Quarentine*. <https://www.cdc.gov/quarantine/historyquarentine.html>.
- Cherian, V. (2020, May 25). That women leaders are fearing better is simplistic and flawed thinking. *MSN News*. <https://www.msn.com/en-in/news/other/Covid-19-that-women-leaders-are-faring-better-is-simplistic-and-flawed-thinking/ar-BB14vKH3>
- Dosani, S. & Westbrooke, A. (2020, May 5). The Leader We Wish We All Had: A look at the style of Dr. Amy Acton, who has earned praise for her daily briefings on the pandemic. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/05/05/opinion/coronavirus-ohio-amy-acton.html?smid=em-share>
- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1983). *Risk and culture*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press.
- Drews, K. (2013). A Brief History of Quarantine. *The Virginia Tech Undergraduate Historical Review* 2. <http://doi.org/10.21061/vtuhr.v2i0.16>.
- EPISaude. *O que é SARS CoV-2?* <http://www.episaude.org/?p.55>.

- Fischhoff, B., Wong-Parodi, G., Garfin, D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2017). Public understanding of Ebola risk: Managing an unfamiliar threat. *Risk Analysis*, <http://DOI:10.1111/risa.12794>.
- Foucault, M. (1979). A governamentalidade. In R Machado (Org.), *Microfísica do poder* (pp. 277-293). Rio de Janeiro: Graal.
- Glass, R. J., Glass, L. M., Beyeler, W. E., & Min, H. J. (2006). Targeted Social Distancing Designs for Pandemic Influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 12(11), 1671-1681. <https://dx.doi.org/10.3201/eid1211.060255>
- Grein, T. W., Kamara, Kande-Bure O . Rodier, Guénaël , Plant, Aileen J., Bovier, P., Ryan, M. J., Ohyama, T. & Heymann, D. L. (2000). Rumors of Disease in the Global Village: Outbreak Verification. *J. Emerging Infectious Disease*, 8(2), 97-102.
- Hacking, I. (1975). *The emergence of probability: A philosophical study of early ideas about probability, induction and statistical inference*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hale, T., Angrist, N., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., & Webster, S. (2020). “Variation in Government Responses to Covid-19” Version 6.0. Blavatnik School of Government Working Paper. May 25, 2020. Available: [www.bsg.ox.ac.uk/Covidtracker](http://www.bsg.ox.ac.uk/Covidtracker)
- He, E. (2020). The results of Europe’s lockdown experiments are in: Countries that were forced into enacting strict lockdowns, such as Italy and Spain, will get burned twice. Bloomberg, 20/05/2020. [www.bloomberg.com/graphics/2020-opinion-corona](http://www.bloomberg.com/graphics/2020-opinion-corona).
- Inglesby, T. V., Nuzzo, J. B., O’Toole, T., & Henderson, D. A. (2006). Disease Mitigation Measures in the Control of Pandemic Influenza. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 4(4), 366-75. <http://doi: 10.1089/bsp.2006.4.366>
- Julião, A. (2020, 8 de junho). No mundo todo, 153 fármacos são testados em pacientes com Covid-19. Agência FAPESP. <http://agencia.fapesp.br/no-mundo-todo-153-farmacos-sao-testados-em-pacientes-com-Covid-19/33335/>
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1984). Choices, values and frames. *American Psychologist*, 39(4), 341-350.
- Kirkcaldy, R. D., King, B. A., & Brooks, J. T. (2020). Covid-19 and Postinfection Immunity: Limited Evidence, Many remaining Questions. *Jama Viewpoint*, May 11, 2020, E1-E2. <http://jamanetwork.com/>
- Leonhardt, D. & Leatherby, L. (2020, June 2). Where the Virus Is Growing Most: Countries With ‘Illiberal Populist’ Leaders: Brazil, Russia, Britain and the U.S. have something in common. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/06/02/briefing/coronavirus-populist-leaders.html?smid=em-share>
- Lipsitch, M. (2020, April 13). Who Is Immune to the Coronavirus? *The New York Times* <https://www.nytimes.com/2020/04/13/opinion/coronavirus-immunity.html?smid=em-share>
- Lipton, E. & Steinhaver, J. (2020, April 4). The untold story of the birth of social distancing. *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2020/04/22/us/politics/social-distancing-coronavirus.html?smid=em-share>
- Luhmann, N. (1993). Risk: A sociological theory. New York: A de Gruyter.
- Lyng, S. (1990) Edgework: a social psychological analysis of voluntary risk taking. *American Journal of Sociology*, 95, 851-86.



- Mandavilli, A.** (2020a, April 24, updated April 28). Coronavirus antibody testing: can you trust the results? *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/04/24/health/coronavirus-antibody-tests.html>
- Mandavilli, A.** (2020b, May 29). It's not whether you have been exposed to the virus: It's how much. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/05/29/health/coronavirus-transmission-dose.html>
- Markel, H., Lipman, H. B., Navarro, J. A., Sloan, A., Michalsen, J. R., Stern, A. M., & Cetron, M. S.** (2007). Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities During the 1918-1919 Influenza Pandemic. *JAMA*, 298(6), 644-654. <http://doi:10.1001/jama.298.6.644>
- Ministério da Saúde.** (2020, 11 de março). Portaria n. 356. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de Importância. *Diário Oficial da União*, 49. <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>
- Ministério da Saúde.** (2020, 09 de abril). *Boletim Epidemiológico 08- COE Coronavírus*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-Covid-08-final-2.pdf>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância da Saúde.** (2020, 17 de abril). *Boletim Epidemiológico 11- COE Coronavirus*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>
- Parshina-Kottas, Y., Saget, B., Patanjali, K., Fleisher, O., & Gianordoli, G.** (2020, April 14). This 3-D Simulation Shows Why Social Distancing Is So Important. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/14/science/coronavirus-transmission-cough-6-feet-ar-ul.html>
- Rede Nossa São Paulo** (2020, abril). Pesquisa de Opinião: Viver em São Paulo-Covid 19. *IBOPE/Rede Nossa São Paulo*. <https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ViverEmSP-EspecialPandemia-2020-completa.pdf>
- Rhodes, T.** (1997). Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organization of 'risk behavior'. *Sociology of Health and Illness*, 19(2), 208-227.
- Roose, K.** (2020, May 13; updated June 3). Get ready for a vaccine information war. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/05/13/technology/coronavirus-vaccine-disinformation.html?referringSource=articleShare>
- São Paulo.** (2020, 22 de março). Decreto n. 64.881. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do *Covid-19* (Novo Coronavírus), e dá providências complementares. *Diário Oficial do Estado*, 130(57). <https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/quarentena/>
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S.** (1981). Perceived risk: psychological factors and social implications. In The Royal Society (Ed.), *The assessment and perception of risk* (pp. 17-34). London: The Royal Society.
- Spink, Mary Jane Paris.** (Org.). (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Cortez.
- Spink, M. J. P.** (2001). Trópicos do discurso sobre o risco: Risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6), 1277-1311.
- Spink, M. J. P.** (2008). Posicionando pessoas como aventureiros potenciais: Imagens de risco-aventura em matérias de revista. *Psicologia & Sociedade*, 20(nspe.), 50-60.

**Spink, M. J. P.** (2018). *Viver em Áreas de Risco: Reflexões sobre vulnerabilidades socioambientais*. São Paulo: Terceiro Nome/ EDUC.

**Spink, M. J. P. & Menegon, V. M.** (2005). Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: A linguagem dos riscos em documentos de domínio público). In L. Iñiguez (Org.), *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais* (pp. 258-311). Petrópolis, RJ: Vozes.

**Toledo, K.** (2020, 11 de maio). Mais de 50% da população adulta do Brasil está no grupo de risco da Covid-19. Agência FAPESP. <http://agencia.fapesp.br/mais-de-50-da-populacao-adulta-do-brasil-esta-no-grupo-de-risco-da-Covid-19/33126/>

**Thompson, S. A.** (2020, may, 30). Opinion. How long will a vaccine really take? *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/30/opinion/coronavirus-Covid-vaccine.html>

**Tversky, A. & Kahneman, D.** (1974). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.

**World Health Organization [WHO]**. (2020, February 3). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): *Strategic Preparedness and Response Plan, SRPP*. <http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp..>

**WHO.** (2020, March 19). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (Covid-19): Interim guidance. [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(Covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(Covid-19))

**WHO.** (2020, March 20). Press Conference. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-20mar2020.pdf?sfvrsn=1eafbf\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-20mar2020.pdf?sfvrsn=1eafbf_0)

**Worobey, Michael, Pekar, Jonathan, Larsen, Brendan B., Nelson, Martha I., Hillsa, Verity, Joy, Jeffrey B., Rambaut Andrew, Suchard, Marc A., Joel O. Wertheim, Joel O. & Lemey, Philippe.** (2020). The emergence of *SARS-CoV-2* in Europe and the US: Sustained SARS-CoV-2 transmission networks became established in Europe and the US several weeks later than previously estimated. *bioRxiv* preprint: <https://doi.org/10.1101/2020.05.21.109322>.

**Zhang, Y., Geng, X., Tan, Y., Li, Q., Xu, C., Xu, J., Hao, L., Zeng, Z., Luo, X., Liue, F., & Wang, H.** (2020). New understanding of the damage of *SARS-CoV-2* infection outside the respiratory system. *Biomedicine and Pharmacology*, 127 (July 2020), 110-195. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110195>

**Zinn, J. O.** (Ed.). (2008). *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.

**MARY JANE PARIS SPINK**

<http://orcid.org/0000-0003-1672-505X>

Professora Titular, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Endereço: Rua Monte Alegre, 984. Perdizes, São Paulo, CEP 05014-901.

E-mail: [mjpspink@gmail.com](mailto:mjpspink@gmail.com)

<b>Histórico</b>	<b>Submissão:</b> 19/06/2020 <b>Revisão:</b> 16/07/2020 <b>Aceite:</b> 17/07/2020
<b>Contribuição dos autores</b>	Não se aplica.
<b>Consentimento de uso de imagem</b>	Não se aplica.
<b>Aprovação, ética e consentimento</b>	Não se aplica.
<b>Financiamento</b>	Bolsa Produtividade do CNPq, Processo 304602/2016-7.