

Representaciones sociales de la Covid-19 entre adultos y adultos mayores

Representações sociais da Covid-19 entre adultos e idosos internados

Social representations of Covid-19 among hospitalized adults and older adults

Claudia Susana Pérez Guerrero^I; Daniela de Aquino Freire^{II}; Denize Cristina Oliveira^{III}; Aurélio Molina da Costa^{II}; Fatima Maria da Silva Abrão^{II}

^IUniversidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil; ^{II}Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil;

^{III}Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar las representaciones sociales de la Covid-19 entre adultos y adultos mayores que estuvieron internados por la enfermedad. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, utilizando la Teoría de las Representaciones Sociales con abordaje procesual. Se entrevistaron 32 personas que estuvieron internadas por Covid-19 en un hospital público del Noreste brasileño, entre junio y agosto de 2021, de modo virtual. Los datos fueron analizados con el auxilio del software IRAMUTEQ. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** el conocimiento científico fue reflejado en el cotidiano y en las prácticas de los participantes. Se observaron seis categorías con contenidos referentes a las medidas de protección; espiritualidad; adaptación; conocimientos; imágenes y actitudes; síntomas; y, sistema de salud. **Consideraciones finales:** las representaciones sociales estaban ancladas en el concepto de enfermedad respiratoria, contagiosa y grave y se objetivaron en las prácticas preventivas. El estudio contribuye para que, en futuras crisis, el perfil psicosocial del grupo sea considerado por profesionales y gestores de la salud.

Descriptores: Enfermería; Psicología Social; Pacientes Internos; COVID-19; Representación Social.

RESUMO

Objetivo: analisar as representações sociais da Covid-19 entre adultos e idosos que estiveram internados pela doença. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando a Teoria das Representações Sociais com abordagem processual. Entrevistaram-se 32 pessoas que estiveram internadas por Covid-19 em hospital público do Nordeste brasileiro, entre junho e agosto de 2021, de modo virtual. Os dados foram analisados com o auxílio do software IRAMUTEQ. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** o conhecimento científico foi refletido no cotidiano e nas práticas dos participantes. Observaram-se seis categorias com conteúdos referentes às medidas de proteção; espiritualidade; adaptação; conhecimentos, imagens e atitudes; sintomas e ao sistema de saúde. **Considerações finais:** as representações sociais estavam ancoradas no conceito de doença respiratória, contagiosa e grave e objetivaram-se nas práticas preventivas. O estudo contribui a que, em futuras crises, o perfil psicossocial do grupo seja considerado por profissionais e gestores de saúde.

Descritores: Enfermagem; Psicologia Social; Pacientes Internados; COVID-19; Representação Social.

ABSTRACT

Objective: to analyze the social representations of Covid-19 among adults and older adults who had been hospitalized due to the disease. **Method:** this qualitative, descriptive, and exploratory study applied Social Representations Theory with a procedural approach. Thirty-two individuals previously hospitalized for Covid-19 in a public hospital in Northern Brazil were interviewed via telephone between June and August 2021. The data were analyzed with the aid of the IRAMUTEQ software. The Institutional Review Board approved the study. **Results:** scientific knowledge influenced participants' practices and daily routines. Six categories emerged: protection, spirituality, adaptation, knowledge, images and attitudes, symptoms, and the health system. **Final Considerations:** social representations were anchored in the concept of a respiratory, contagious, and severe disease, and were objectified in preventive practices. This study highlights the need for health professionals and managers to consider the psychosocial profile of patients in future crises.

Descriptors: Nursing; Psychology, Social; Inpatients; COVID-19; Social Representation.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la enfermedad respiratoria provocada por el coronavirus 2019 (Covid-19), iniciada en 2020 y causada por el virus SARS-CoV-2, fue un evento de magnitud global con consecuencias multidimensionales. Como consecuencia tanto de la enfermedad como del aislamiento, fue afectada no apenas la salud física, como también los aspectos psicológicos, sociales, económicos y políticos. Su impacto varió conforme el país, dependiendo de las variantes en circulación, de las políticas nacionales, de la capacidad de respuesta y del acceso a contramedidas¹. Rápidamente, los grupos sociales establecieron y regularon nuevas normas de comportamiento en salud, con ajustes influenciados por los contextos geográficos y sociales².

El presente estudio fue realizado con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)*, por concesión de beca de maestría.
Autora correspondiente: Claudia Susana Pérez Guerrero. E-mail: claudia.guerrero@unifesp.br
Editora Científica: Thelma Spindola; Editor Asociado: Felipe Kaezer de los Santos

El SARS-CoV-2 continua en evolución, mantiene transmisión generalizada y se propaga sin seguir patrones temporales previsibles. Eso puede resultar en el surgimiento de nuevas variantes más graves, aumentar el riesgo de condiciones post-Covid-19 y exigir la reintroducción de medidas de salud pública, como distanciamiento, aislamiento y el uso de equipamientos de protección personal³. Cinco años después del inicio de la pandemia, más de 777 millones de casos y más de 7 millones de muertes por complicaciones relacionadas a la Covid-19 fueron registrados en todo el mundo. Brasil, uno de los países más afectados, acumuló más de 37 millones de casos y aproximadamente 700 mil muertes⁴.

Los segmentos poblacionales con mayor riesgo de complicaciones y hospitalización por Covid-19 incluían personas con multimorbilidades, obesidad, enfermedad renal, diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS) y asma⁵. Con relación al intervalo etario, en el inicio de la pandemia, la mayor tasa de mortalidad fue observada entre individuos con más de 50 años, especialmente aquellos con más de 60 años⁶. En ese mismo período, aproximadamente 70% de las personas internadas en Brasil por el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) tenían más de 40 años⁷. Actualmente, personas con 65 años o más continúan a ser las más vulnerables a formas graves y a morir por Covid-19¹. Durante la hospitalización a causa de esta enfermedad nueva y contagiosa, las personas enfrentaron diversas experiencias subjetivas negativas, como sentimientos de miedo y estigma, así como ansiedad asociada a la separación familiar y al aislamiento⁸. Otras experiencias fueron la angustia ante el aislamiento y su propia muerte y la de otras personas, el desamparo, la incomodidad con la enfermedad y el ambiente hospitalario⁹.

Delante de la relevancia social y por tratarse de un fenómeno que se encuentra en las comunicaciones y prácticas sociales, se tornó un objeto de génesis de representación social (RS). Las RS *“son programas de percepción [...], que sirven de guía para la acción y son el instrumento de lectura de la realidad; sistemas de significados que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y relaciones sociales; ellos expresan la relación que los individuos y los grupos tienen con el mundo y los otros”*^{10:10} (traducción libre). Comprender el fenómeno de la Covid-19 bajo la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) es importante debido a sus especificidades en términos de globalización, del flujo continuo de información académica, de la prensa, de las redes sociales y de los comportamientos que provocó, ya que *“se ofrece como un caso paradigmático de ilustración de la estrecha relación entre el conocimiento científico, las estrategias políticas, el discurso social, el sentido común y la experiencia existencial en relación al riesgo y al contagio”*^{11:1} (traducción libre). Además de eso, permitió revelar aspectos individuales y realidades sociales¹².

En el inicio de la pandemia, un estudio realizado con más de 4.400 personas de 17 países constató que existían diversas RS de la pandemia en la población general, enfocadas en contenidos como: factores zoonóticos y ecológicos externos (los hábitos antihigiénicos chinos y la sobreexplotación de los recursos de la Tierra); conspiraciones polémicas (el virus como arma), élite y villanos (las élites engañan y lucran); y la responsabilidad personal (el negligente merece contagio)¹³. Para la población general brasileña, la génesis de las RS de la Covid-19 estaría marcada por preocupaciones relativas a su diseminación, prevención e implicaciones psicosociales y afectivas¹⁴. Entre tanto, algunos autores opinaron que la enfermedad estaría anclada con enfermedades del pasado, a otras nacionalidades, a prácticas antihigiénicas y a grupos desviados e inferiores; y, estaría objetivada en la metáfora de guerra, con héroes (especialistas científicos y personas de la salud), villanos (medios de comunicación, empresarios, farmacéuticas y personas descuidadas) y víctimas (adultos mayores y pobres)¹⁵.

La razón para investigar la Covid-19 bajo la óptica de la TRS fue entender cómo la enfermedad se constituyó como objeto de pensamiento social, cómo la sociedad la construyó y los simbolismos atribuidos a ella, además de analizar de que manera las comunicaciones y comportamientos fueron orientados en el cotidiano de los individuos que fueron hospitalizados por la enfermedad, a partir de sus propias experiencias. Este estudio es relevante para generar evidencias que puedan apoyar la preparación de profesionales y gestores en salud, especialmente los de enfermería, delante de eventuales crisis¹⁶, para ofrecer cuidados que consideren el perfil psicosocial y experiencias de los afectados. Además de eso, pretende contribuir para la formulación de intervenciones que reconstruyen significados y prácticas relacionadas al control de otras pandemias, perfeccionar la comunicación con la población y disminuir el miedo, la ansiedad y el estigma asociados a la salud¹⁷. El objetivo de este estudio fue analizar las RS de la Covid-19 entre adultos y adultos mayores que estuvieron internados por la enfermedad.

MÉTODO

Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, originada de la disertación de maestría en Enfermería, utilizando el marco teórico de la TRS en su abordaje procesual. Este abordaje permite enfatizar el carácter dinámico e interactivo de las RS, con enfoque en las interacciones sociales del colectivo, considerando el contexto cultural e histórico¹⁸. La recolección de datos fue realizada por la autora principal, enfermera que, en la época de la investigación, era estudiante de maestría y miembro de un grupo de investigación con experiencia en el referencial teórico y metodológico. Las entrevistas sucedieron en el período entre junio a agosto de 2021, en ambiente virtual, mediante contacto telefónico, debido a las condiciones sanitarias del momento. Fueron entrevistadas personas que estuvieron internadas con diagnóstico de Covid-19 en un hospital público estatal de referencia en la atención de

enfermedades infecciosas y parasitarias en Recife, en la región noreste de Brasil. No hubo relacionamiento previo entre entrevistadora y entrevistados; estos últimos fueron informados sobre las credenciales y objetivos de la entrevistadora, que expresó su motivación por la relevancia social y científica del fenómeno.

Como criterios de inclusión fueron consideradas las personas con 40 años o más, sin distinción por sexo, que fueron internadas por Covid-19 y recibieron alta hospitalaria hace, por lo menos, tres meses. El criterio de exclusión fue la imposibilidad del contacto telefónico después de tres intentos realizados en momentos distintos. El recorte etario se justificó por el perfil epidemiológico de las personas internadas por SRAG en el estado de Pernambuco, ya que la mayoría tenía edad superior a 40 años en el período analizado⁷. La fase después del alta hospitalaria fue considerada por ser un tiempo apropiado para haber familiarización con el objeto de la representación, por tanto, de elaboración de prácticas en torno de la enfermedad.

El abordaje utilizado para la recolección de datos fue por conveniencia. El recorrido metodológico se inició con consultas presenciales en el Servicio de Archivo Médico y Estadístico (SAME) del hospital, sector responsable por la gestión y organización de las informaciones relativas al histórico médico de los pacientes. Con la colaboración de los funcionarios del SAME, se accedió a las fichas físicas de las personas internadas, con la finalidad de identificar y recolectar los contactos de los candidatos elegibles, de acuerdo con los criterios establecidos. Posteriormente, la investigadora realizó el contacto telefónico desde su residencia, objetivando solicitar la participación en el estudio y dar inicio a la recolección de datos. Se buscó entrevistar, por lo menos, a 30 participantes, siguiendo las sugerencias de los investigadores del área de las RS que apuntan como “*lo mínimo necesario para la recuperación de una construcción cognitiva y social, acerca de un objeto*”^{19:3} (traducción libre).

Fueron aplicados dos instrumentos, el primero fue un formulario sociodemográfico y clínico de caracterización, cuyos datos fueron analizados con estadística descriptiva, creando un banco de datos en planilla electrónica y obteniendo frecuencias absolutas y relativas de cada variable. El segundo fue un guión de entrevista semiestructurada que se refería a temas orientadores relacionados con lo que se piensa y conoce sobre la enfermedad, con la experiencia del diagnóstico, de la internación y la recuperación. Durante las entrevistas fue respetada la privacidad, el silencio y la escucha activa, de modo que la falta del contacto visual no interfiriese en la expresión de cada persona. En relación a la presencia de no participantes, una persona prefirió estar acompañada por un familiar durante el encuentro. Las entrevistas fueron grabadas después de la autorización del entrevistado; posteriormente, las declaraciones fueron transcritas en su totalidad, manteniéndose el anonimato.

Fue realizado un test piloto con tres participantes. Como el guión se mostró adecuado, mantenido y las entrevistas fueron incorporadas a los datos de la investigación. Fue ofrecida la opción de devolución de la transcripción de la entrevista para validación, y fue recibido el retorno de una transcripción sin ediciones. Las anotaciones de campo fueron elaboradas durante las entrevistas, y ninguna entrevista fue repetida.

Para auxiliar el análisis de las entrevistas fue utilizado el *software Interface R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), versión 0.7 alpha 2 - 2020. Este es un programa que ofrece un conjunto de tratamientos y herramientas para apoyar la descripción y análisis de cuerpos textuales. Fue seleccionada la modalidad de Clasificación Jerárquica Decendiente, que clasifica los segmentos de texto en función de los vocabularios y obtiene clases que permiten generar un dendrograma (representación gráfica del contenido). El material fue preparado de manera monotemática con las especificidades dispuestas en el tutorial de uso²⁰. No fue realizada la codificación manual de los datos.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del hospital de estudio. Fueron respetadas las normas de investigación en que participan seres humanos y las indicaciones sobre investigaciones en ambiente virtual. El consentimiento para la participación en el estudio fue informado verbalmente durante las llamadas, lo que fue registrado por medio de grabación.

RESULTADOS

Participaron del estudio 32 usuarios. En el SAME, se levantaron 203 fichas médicas de personas internadas por SRAG; 35 atendieron los criterios de elegibilidad y tres no aceptaron participar. La caracterización de los participantes se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica y clínica de los participantes. Recife, PE, Brasil, 2021.

| Variables | | n | f (%) |
|--|-----------------------------------|----|-------|
| Sexo | Hombre | 18 | 56,2 |
| | Mujer | 14 | 43,7 |
| Intervalo etario | Entre 40 y 59 años | 17 | 53,1 |
| | Entre 60 y 79 años | 14 | 43,7 |
| | Mayor o igual a 80 años | 1 | 3,1 |
| Escolaridad | Sin educación formal | 1 | 3,1 |
| | Fundamental | 17 | 53,1 |
| | Media | 10 | 31,2 |
| Ocupación | Superior | 4 | 12,5 |
| | Con trabajo | 19 | 59,3 |
| | Sin trabajo | 5 | 15,6 |
| Renta mensual | Jubilado | 8 | 25 |
| | Sin renta | 4 | 12,5 |
| | Entre R\$ 1,00 y R\$ 2.000,00 | 19 | 59,3 |
| | Entre R\$ 2.001,00 y R\$ 4.000,00 | 4 | 12,5 |
| | Entre R\$ 4.001,00 y R\$ 6.000,00 | 3 | 9,3 |
| Estado civil | Más de R\$ 6.001,00 | 1 | 3,1 |
| | No declara | 1 | 3,1 |
| | Casado | 20 | 62,5 |
| | Soltero | 8 | 25 |
| | Separado | 2 | 6,2 |
| Religión | Viudo | 2 | 6,2 |
| | Católica | 17 | 53,1 |
| | Evangélica | 11 | 34,3 |
| | Espiritista | 2 | 6,2 |
| | Sin religión | 2 | 6,2 |
| Antecedentes resultantes de la internación por Covid-19 | | | |
| Tiempo de internación en días | ≤ que 10 | 12 | 37,5 |
| | Entre 11 y 20 | 15 | 46,8 |
| | Entre 21 y 30 | 1 | 3,1 |
| | Entre 31 y 40 | 2 | 6,2 |
| | ≥ que 41 | 2 | 6,2 |
| Local y uso de ventilación asistida | Enfermería sin ventilación | 17 | 53,1 |
| | UTI sin ventilación | 8 | 25 |
| | UTI con ventilación | 7 | 21,8 |

Las edades variaron entre 40 y 81 años, con media de 56 (desviación estándar $\pm 11,1$), con una relación semejante entre adultos y adultos mayores, considerados estos últimos los mayores de 60 años²¹, con predominancia del sexo masculino. Otras características clínicas de los participantes fue que la mayoría (78,1%) presentaba, por lo menos, una enfermedad crónica, principalmente DM y HSA; además, la mayoría (71,8%) convivía con secuelas por Covid-19, como cansancio y falta de aire, tos, alteración de la memoria, debilidad y dolor en distintas partes del cuerpo, como piernas, columna o cabeza.

Las entrevistas tuvieron una duración media de 17 minutos. El IRAMUTEQ dividió los textos en 791 segmentos, con un aprovechamiento de 90,5%. Fueron establecidas seis clases en tres bloques temáticos, los que fueron denominados con base en las interacciones en el corpus, en los segmentos de texto y en los vocabularios conforme presentado en el dendrograma de la Figura 1.

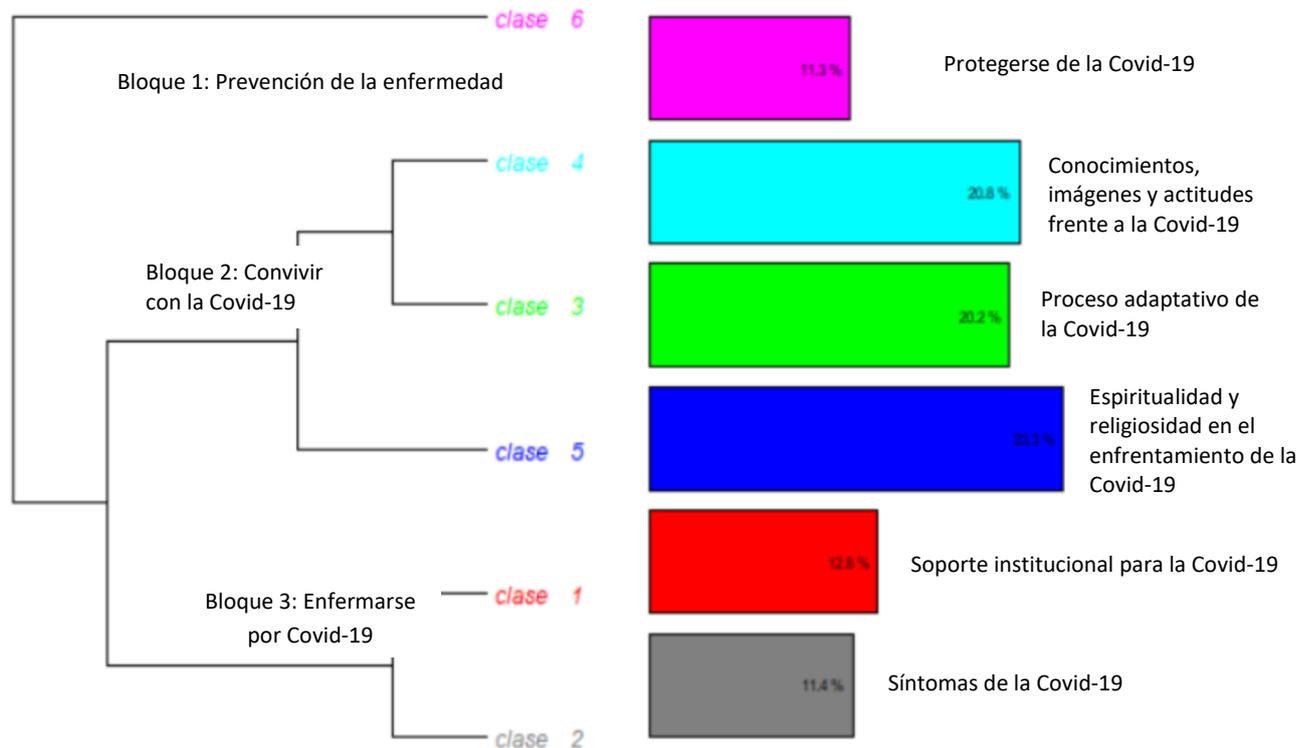


Figura 1: Dendrograma y denominación de bloques y clases creados por IRAMUTEQ. Recife, PE, Brasil, 2021.

El programa presenta el número de segmentos de texto que contienen la palabra en la clase (frecuencia), la asociación de los segmentos de texto con la clase (χ^2) y el nivel de significación de esa asociación (p)²⁰. Para el análisis, fueron consideradas las palabras que presentaron frecuencia superior a 4, $\chi^2 \geq 3,84$ y $p < 0,001$. El vocabulario significativo, que expresa los contenidos de cada clase, se presenta en la Tabla 2, incluye las diez palabras más representativas de cada clase, acompañadas de sus respectivos valores de χ^2 .

Tabla 2: Vocabulario significativo de cada clase. Recife, PE, Brasil, 2021.

| Clase 2 | | Clase 1 | | Clase 5 | | Clase 3 | | Clase 4 | | Clase 6 | |
|----------|----------|----------|----------|------------|----------|-----------|----------|------------|----------|--------------|----------|
| Palabras | χ^2 | Palabras | χ^2 | Palabras | χ^2 | Palabras | χ^2 | Palabras | χ^2 | Palabras | χ^2 |
| Fiebre | 143,5 | Ar | 137,5 | Dios | 263,5 | Trabajar | 65 | Pensar | 87,8 | Máscara | 381,1 |
| Dolor | 98,5 | Examen | 112,4 | Gracias | 121,7 | Cambiar | 47 | Enfermedad | 48,2 | Usar | 254,6 |
| Síntoma | 87,1 | Falta | 104,2 | Recuperar | 90,5 | Casa | 44,7 | Ver | 44 | Mano | 229,2 |
| Pierna | 62,1 | Test | 75,1 | Agradecer | 62,5 | Actividad | 30 | Grave | 32,5 | Lavar | 201,9 |
| Tos | 60,9 | UPA | 68,3 | Significar | 46,9 | Salir | 27 | Matar | 30,7 | Alcohol Gel | 153 |
| Cuerpo | 60 | Sangre | 61,8 | Victoria | 36,7 | Servicio | 26,5 | Gente | 28,6 | Cuidado | 123,1 |
| Cabeza | 48,7 | Respirar | 47 | Padre | 29,9 | Cosa | 24,2 | Persona | 25,6 | Alcohol | 103,3 |
| Mejorar | 38,5 | Positivo | 44,1 | Historia | 26,6 | Beber | 22,6 | Difícil | 25,1 | Aglomeración | 102,7 |
| Vez | 36,3 | Oxigenar | 43,3 | Sentarse | 24,5 | Andar | 20,5 | Mundo | 23,5 | Uso | 87,61 |
| Sentir | 35,8 | Nariz | 36 | Grande | 24,3 | Gustar | 19,8 | Complicado | 23 | Mantener | 55,35 |

Serán presentadas las clases y extractos de los relatos de los entrevistados para ejemplificar los contenidos, en los cuales el participante fue representado por la letra "p", seguido del número de realización de la entrevista, "f" si es femenino o "m" si es masculino, y la edad en años.

El bloque 1 es la primera partición del corpus y está formado apenas por la clase 6, "Protegerse de la Covid-19", la que presenta un vocabulario más específico cuando comparada a las otras. Se destaca el amplio conocimiento de las medidas de protección contra la Covid-19, una vez que todos los entrevistados relataron cómo se protegieron, con énfasis para el distanciamiento social, la utilización de máscara y la higiene de las manos y superficies. Hubo personas que solamente después

de la internación comenzaron a adoptar esas medidas y observaron que otras personas no realizaban el cuidado necesario. Algunos no conocían o no conseguían articular lo que entendían por Covid-19, sin embargo, sabían como cuidarse.

Los cuidados que debemos tener son no andar mucho en aglomeraciones, no estar en la calle, usar máscara, quedarse siempre en casa, lavar las manos con jabón y usar alcohol gel. (p. 13, f, 81 años)

Pero, las personas son porfiadas, aquí yo conozco mucha gente donde yo vivo, que no usan máscara, no usan alcohol gel, viven aglomerados con otras personas por aquí cerca, las personas deberían tener un poco más de conciencia. (p. 29, m, 48 años)

El bloque 2 contiene las tres mayores clases, 5, 3 y 4, y aborda los simbolismos de la enfermedad. La mayor es la clase 5 “Espiritualidad y religiosidad en el enfrentamiento de la Covid-19” y evidencia cómo esos conceptos atravesaron el proceso de enfermedad y recuperación. Para los entrevistados, el haberse recuperado de la enfermedad significó una victoria y una oportunidad por la cual agradecieron explícitamente a Dios.

Estar recuperado de la enfermedad significa una segunda chance que Dios me dio para hacer las cosas diferentes y saber vivir mejor que antes de la enfermedad. (p. 09, m, 42 años)

La clase 3, “Proceso adaptativo de la Covid-19”, se refiere a los cambios negativos y positivos frente a la enfermedad, personales y grupales. El grupo que más contribuyó fueron los adultos mayores internados por más de 11 días en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y que quedaron con secuelas. Hubo cambios en el cotidiano que fueron generalizados; uno de los principales fue encontrarse con una nueva realidad, menos activa en el cotidiano, el deporte y el tiempo libre.

Yo me quedo triste pensando en lo que sucedió conmigo porque yo era muy activo, [...] sólo andar en la casa de allá y para acá y acostado o sentado asistiendo una novela, un reportaje, eso está sucediendo con mi vida, estoy parado. (p. 26, m, 63 años)

Dificultades económicas y ocupacionales fueron experimentadas por los participantes; se observó una correlación con el sistema político y económico.

Prácticamente pasé un año sin trabajar [...]. La peor parte es la falta de cuidado del gobierno que no te paga, nosotros contribuimos y no pagan. Un año parado, enfermo y sin recibir, infelizmente. (p. 27, m, 58 años)

Dependiendo del lugar de internación y, por lo tanto, de la gravedad del cuadro, fue posible observar algunas diferencias. En el grupo de personas internadas en la enfermería, que tuvieron síntomas más leves, se encontraron aquellas que manifestaron no sentir cambios en su vida después de la Covid-19; ellas conseguían mantenerse autónomas y no se preocupaban en exceso con la enfermedad. En contrapartida, aquellas que pasaron parte de su estadía en la UTI y padecieron secuelas más graves, relataron haber sentido miedo delante del diagnóstico, además de continuar con temor y enfrentar mayores dificultades.

Cambios positivos incluyeron el aumento del autocuidado, como la mejora en la alimentación y reducción o interrupción del consumo de alcohol. En el grupo de los adultos se destacó la realización de nuevas actividades y una mayor valorización de los otros. El hecho de experimentar la muerte de otras personas provocó, en general, dar importancia y más valor a la vida, querer vivir, mejorar como persona, cambiar hábitos, ayudar, abandonar el egocentrismo, valorar la familia y las cosas simples, y realizar actividades nuevas.

No somos más como eramos antes [...], yo creo que antes usted era bueno, hoy usted tiene que hacerlo mejor. (p. 22, f, 40 años)

La clase 4, “Conocimientos, imágenes y actitudes frente a la Covid-19”, presenta un contenido más difuso cuando comparada con las demás, ya que fue una de las últimas a ser definida. El grupo destacó que la Covid-19 era una enfermedad grave y mortal, causada por un virus de fácil contagio. Específicamente, los adultos la definieron como una enfermedad nueva, provocada por un virus que llegó para destruir y matar.

Yo pienso que la Covid es una enfermedad muy grave que deja secuelas en las personas, victimiza a muchas personas, mata. Yo sé que la Covid es un virus, una infección, y que si vá para el pulmón, es casi sentencia de muerte para las personas. (p. 24, m, 47 años)

Los adultos mayores se referían a la Covid-19 de forma más emocional, asociándola a una experiencia difícil, desafiadora y peligrosa.

Yo pienso que la Covid es una enfermedad muy triste y de mucho sufrimiento, cuando desperté pensaba que estaba muriendo, es horrible, es muy triste, yo sé que la Covid es un virus, un virus muy malo y contagioso. (p. 31, f, 72 años)

Profundizando en la fuente de información por medio de la cual el grupo obtuvo los conocimientos sobre la enfermedad, los medios de comunicación fueron los más mencionados, seguido por los profesionales de la salud y por las conversaciones con otras personas. Aquellos que fueron hospitalizados en la enfermería relataron haber escuchado informaciones por los medios de comunicación de masa, en cuanto que los internados en la UTI se informaron por medio de los profesionales de la salud.

Yo escuché por la televisión, internet, por donde se pasa se ve. (p. 23, f, 48 años)

Sin embargo, relacionado a los conocimientos anteriores, el diagnóstico fue asociado al miedo delante de la posibilidad de muerte.

Cuando supe que era Covid tuve el sentimiento de que iba a morir, mi preocupación era que yo miré para atrás y dije - Yo voy y no vuelvo - pensé que yo no iba a volver a la casa, fue difícil. (p. 05, f, 75 años)

Como las personas ven mucho en la televisión, muchas personas muriendo, cuando me dieron el diagnóstico de Covid quedé con miedo de la muerte, tuve un sentimiento de fragilidad. (p. 09, m, 42 años)

También fue posible observar cómo ese miedo se instaló frente a la reinfección, en su mayoría entre personas que sufrieron estados más graves, internadas en la UTI y que precisaron de ventilación mecánica.

Tengo miedo de salir, miedo de contraer alguna cosa que está en la calle, miedo de estar en una fila de banco, miedo de salir al comercio, quedé con miedo porque pienso que voy contraer de nuevo, y pienso que si yo la contraigo de nuevo no voy a tener la misma chance, quedé con miedo. (p. 21, f, 42 años)

Por otro lado, un tema indispensable al abordar esta enfermedad fue la vacunación, sobre la cual todo el grupo se posicionó positivamente y declaró estar vacunado. Además, dos usuarios indicaron a la Covid-19 como una enfermedad inventada o creada con fines destructivos.

El último bloque incluye las clases 2 y 1 y aborda el enfermarse, la sintomatología y la experiencia de la internación. La clase 2, "Síntomas de la Covid-19", fue principalmente conducida por hombres con comorbilidades crónicas, que presentaron secuelas leves y estuvieron internados en la enfermería. La mayoría de los participantes relató haber sufrido síntomas graves en el inicio de la enfermedad, como fiebre alta, incomodidad respiratoria y dolor. En ese momento, enfrentaron la posibilidad de tener la enfermedad como un encuentro con una nueva realidad, empezando a automedicarse, a aislarse, a negarla o a buscar asistencia médica. En contraste, una parcela menor manifestó síntomas leves, no los asoció a la enfermedad y respondió al diagnóstico y a la internación con mayor tranquilidad.

La última clase fue la 1 "Soporte institucional para la Covid-19", que trata sobre la movilización de recursos institucionales en salud frente a la enfermedad, la experiencia de internación, el relacionamiento con los profesionales y la atención en salud recibida. Durante la internación, las personas manifestaron preocupación, impotencia, miedo y frustración al sentirse cerca de la muerte y próximas de otras personas en estados graves, experimentando incertidumbres, dolores y molestias.

Usted mira otras situaciones peores que la de usted, ve personas graves y piensa - ¿Será que voy quedar así? (p. 02, f, 67 años)

El aislamiento produjo aflicción, especialmente entre los menores de 60 años, tanto por la soledad como por la preocupación con sus seres queridos. Adicionalmente, dos participantes relataron percepción de exclusión en el contexto de la novedad de la enfermedad, por parte de los pares y de los profesionales de la salud.

Cuando me dijeron que tenía Covid entré en pánico [...], quedé avergonzada con mis vecinos, porque eso todo aquí en el interior es una atractivo, siempre atrae curiosos, fueron a mirar, el pueblo quedó con miedo, dijeron - Ahí ella está enferma, está con Covid [...] listo, luego va a morir. (p. 21, f, 42 años)

Sin embargo, las RS como sistemas de interpretación, permitieron que los internados por Covid-19 encontrarán una explicación de la enfermedad, que fue percibida como un gran desafío que necesita de la acción de todos para ser superado. Relacionado a los procesos que generaron esas RS, se puede considerar que la Covid-19 fue anclada a un concepto de enfermedad respiratoria, contagiosa y grave; objetivada en la materialización del conocimiento compartido en prácticas preventivas, pasando así, de lo desconocido a lo familiar²².

Puede ser entendido que el modo por el cual el grupo alcanzó estabilidad y previsibilidad, delante de la experiencia, ocurrió por medio de una reacción de miedo e impotencia frente a la posibilidad de muerte. Así, se aproximaron a Dios como un Ser superior que cuida y decide; disminuyendo la incertidumbre. Trataron de continuar con la vida aún con los cambios negativos y finalmente, agradecieron y recibieron la recuperación como una oportunidad para encontrar nuevos modos de vivir, valorizando más la vida.

Como factores determinantes de las condiciones en que las RS son pensadas y constituidas, se destacan la dispersión de la información, el enfoque y la presión a la inferencia²³. En el caso de la Covid-19, los datos fueron muy abundantes, pero al mismo tiempo insuficientes, con actualizaciones constantes y diversas por diferentes medios, transformándose en un tema extremadamente recurrente. Ese escenario dificultó el discernimiento sobre la información científica y aquella proveniente del sentido común. Las personas que enfermaron tuvieron una aproximación importante con el objeto, enfocando su atención en la gravedad de la enfermedad y las dificultades enfrentadas. El contexto indujo al grupo a construir la manera por la cual se comunica, presionando a la inferencia, en la cual, a pesar de las incertidumbres, las personas intercambiaron continuamente mensajes que antes no acostumbraban a compartir.

DISCUSIÓN

Los datos permitieron el análisis de los diversos aspectos que formaron los contenidos representacionales, impregnados por conocimientos, imágenes, actitudes, experiencias y prácticas relacionadas a la Covid-19, entre las personas que fueron internadas. Inicialmente, los contenidos abordaron la constitución de las medidas preventivas contra la Covid-19, adoptadas por todo el grupo (clase 6). La adopción de esas medidas estaba vinculada a la comprensión de que, en el caso de que la persona no se cuidase, podría contraer el virus y ser nuevamente internada, o hasta evolucionar hasta la muerte. La percepción de riesgo orienta las prácticas delante de la vulnerabilidad y del miedo, una vez que esas acciones están positivamente asociadas al conocimiento y la eficacia de la respuesta²⁴. La idea de que la RS de la Covid-19 es de tipo paradójico parece no influenciar la posición ni las prácticas de los afectados por la enfermedad en estados graves, a pesar de la cantidad de información y de las “multivoques” provenientes de distintos sectores²⁵.

En la clase 5, la espiritualidad y religiosidad se posicionaron como recursos basilares para lidiar con la crisis. Ese contenido posibilitó que las personas enfrentasen la Covid-19 con menos incertidumbres y sensación de impotencia durante las fases iniciales, recuperación y convivencia post-Covid-19. Se verificó que muchos se aproximaron o reaproximaron de esos recursos, encontrando nuevas apreciaciones de la vida y un sentimiento de profunda gratitud. Los participantes expresaron que Dios permitió que los profesionales de la salud los cuidasen adecuadamente. En ese sentido, fue observado que durante la internación, los factores que influenciaron la perspectiva y actitud de superación de la enfermedad, en grupos relacionados, fueron las experiencias espirituales, el pensamiento positivo, la percepción de apoyo del equipo de salud y la presencia de la familia²⁶. De forma similar, prácticas como recordar a Dios, orar y mantener contacto con amigos y familiares, se mostraron benéficas; además de eso, después de la recuperación, el cambio estuvo fuertemente relacionado con el aumento de la fé en Dios, al fortalecimiento de las relaciones humanas y al respeto por los profesionales de la salud y de seguridad²⁷.

En ese contexto, es posible encontrar semejanzas entre el enfrentamiento de la Covid-19 y la experiencia de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH), ya que las dos enfermedades son infectocontagiosas, pandémicas y llenas de incertidumbres. En la RS de la espiritualidad de las PVVIH, la religiosidad se ha mostrado una herramienta importante para atribuir sentido a la vida y ofrecer una razón para vivir después del diagnóstico, relativa al bienestar, a las relaciones sociales y al diálogo con la divinidad²⁸.

Durante la convivencia con la enfermedad, el grupo experimentó la necesidad de adaptarse a una nueva realidad impuesta por la Covid-19 (clase 3). La mayoría de los participantes relató haber sentido un impacto en su rutina, enfrentando dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria, lo que resultó en limitaciones o dependencia. La gravedad de la enfermedad es un factor que intensifica los efectos adversos^{29,30}. A pesar de que la hospitalización por Covid-19 hubiese sido inicialmente marcada por miedo, negación y estigma, la enfermedad resultó en un crecimiento psicológico. Consistente con los hallazgos, ese crecimiento se manifiesta en la capacidad de enfrentar los problemas bajo una perspectiva de gratitud, valorizando la vida y la familia, y pensando que, por medio de la Covid-19, las personas se volvieron más fuertes y valientes³¹.

En el ámbito económico, conforme identificado en este estudio, se constató que la pandemia causó impactos profundos en la salud pública y en el mercado de trabajo en Brasil. Además de la paralización de las actividades productivas y de los despidos, se observó un aumento en la tasa de empleos informales y en la precarización de las condiciones de trabajo, exponiendo la realidad de una sociedad histórica y estructuralmente desigual^{32,33}.

La clase 4 trata sobre elementos interconectados que auxiliaron el análisis dimensional de la RS. Los sujetos tenían un gran cantidad de informaciones provenientes de distintos medios de comunicación sobre la enfermedad y la pandemia, lo que les permitió tomar una posición y una identidad como grupo. Al analizar las fuentes de información utilizadas y las actitudes, en relación a la vacunación, se observó una diferencia entre la población de este estudio y la población en general^{34,35}, probablemente asociado con el nivel de vinculación con el objeto. Los participantes de este estudio se posicionaron favorablemente al uso de la vacuna. En contraste, las personas no afectadas por la enfermedad - que se informaron sobre ella por medio de comunicación social o por recomendaciones de profesionales de salud - manifestaron una percepción reducida de la gravedad de la situación y ser menos propensos a vacunarse³⁴. Entre las causas de las dudas de la población brasileña, se destacaron la desconfianza, subestimación de la gravedad de la pandemia, además de la (des)información y desconfianza en la participación política y el miedo de reacciones adversas³⁵.

Los relatos de miedo, muerte, aislamiento y otros elementos negativos en torno de la Covid-19 fueron recurrentes en la literatura sobre RS de diferentes grupos poblacionales³⁶⁻⁴⁵. En el abordaje estructural, fue examinado que el núcleo central de la RS de la pandemia para la población brasileña general estuvo compuesto por las categorías “miedo, distanciamiento social, salud y profilaxia, y enfermedad”³⁶. Algún tiempo después, “miedo y distanciamiento social” continuaron a formar el núcleo, acompañados de las categorías “política, gobierno y muerte”³⁷; así como los términos “muerte, sufrimiento, cuidados, ansiedad-angustia y vacuna”³⁸. Aún, para la población general - en las fases iniciales de la pandemia en España - el “miedo” fue una emoción importante en la representación de la Covid-19³⁹. En una población francesa, la RS estaba organizada en

torno de elementos centrales negativos, como el “miedo”, dependiendo de cómo los individuos atribuían el origen del virus; los conceptos “muerte y contagio” fueron elementos estables y estructurantes de ese núcleo⁴⁰.

Para el grupo poblacional de adultos mayores, se verificaron similitudes⁴¹⁻⁴³. En mujeres brasileñas, el núcleo de la RS estuvo compuesto por las expresiones “muerte, miedo, enfermedad, tristeza y máscara”⁴¹. En México, en el inicio de la pandemia, los elementos identificados fueron “confinamiento, muerte, enfermedad, miedo, pandemia y peligro”⁴². En España se observó que el grupo confiaba en las orientaciones de científicos y médicos, en cuanto criticaba al gobierno y a los medios de comunicación de masa, por suministrar informaciones insuficientes y contradictorias; en ese grupo surgieron sentimientos de miedo, nerviosismo, incertidumbre, inquietud e inseguridad; además de sentimientos de soledad y aislamiento, asociados a la muerte⁴³.

De la misma forma, en el intervalo etario de adultos y jóvenes en Malasia y Rusia, la presencia de la palabra “miedo” en las RS indicó que los principales elementos eran preocupantes, perturbadores o de racionalización de la amenaza de la Covid-19⁴⁴. En India, en el mismo segmento poblacional, la proximidad de la Covid-19 con la muerte evocó “ansiedad y miedo”, no apenas por la posible infección, sino también por el colapso del sistema de salud⁴⁵. Además, los adultos caracterizaron a los profesionales de salud como “héroes” y a los medios de comunicación como “villanos”, expresando incomodidad en relación a la dramatización de las historias publicadas y a su interrelación con poderes políticos y económicos⁴⁵.

La clase 2 se caracterizó por un contenido representacional que sugiere el encuentro inicial con esa nueva realidad, con una sintomatología similar a la encontrada en la literatura^{46,47}. Por último, la clase 1 abordó los recursos asistenciales en salud y la complejidad de la internación. El sistema de salud mundial, así como el brasileño, se ocupó de una gran demanda, operando con recursos humanos y materiales insuficientes⁴⁸. El grupo realizó una evaluación positiva sobre el cuidado en salud y expresó gratitud al percibir que la calidad de los cuidados influyó la recuperación, reconociendo las dificultades.

En relación al grupo de profesionales de enfermería que actuaron con usuarios con Covid-19, en el primer año de la pandemia, se constató que la experiencia provocó sufrimiento psíquico, con la presencia de “miedo y aislamiento” en el núcleo de la RS de la enfermedad⁴⁹. Ese miedo estaba asociado a las circunstancias personales y familiares, así como a las condiciones subjetivas y objetivas del trabajo, a la exposición al virus y al distanciamiento social. Esas circunstancias fueron múltiples y se situaban en un contexto de novedad y adaptación, delante de la falta de conocimiento sobre la enfermedad^{50,51}. Finalmente, el hallazgo sobre la discriminación percibida por los usuarios por parte de los profesionales de salud, a pesar de que en menor escala, fue observada en el estudio, así como en la literatura⁵². Considerando el aumento del estrés y de la sobrecarga laboral, es crucial identificar y eliminar esas prácticas para avanzar en una atención más humanizada.

Limitaciones del estudio

La falta del contacto telefónico de los usuarios en las fichas médicas impidió la aproximación con un número mayor de participantes, consecuentemente, las características del grupo fueron heterogéneas en varios aspectos. Además, las dificultades provenientes del encuentro remoto, como la imposibilidad de contacto visual y las oscilaciones en la conexión y audio, fueron limitaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Al analizar las RS de la Covid-19 entre adultos y adultos mayores que estuvieron internados por la enfermedad, fue posible inferir que el conocimiento de la esfera científica fue reflejado en el cotidiano de las personas, constituyéndose parte de sus prácticas diarias, del conocimiento popular compartido y del sentido común. Ese conocimiento orientó las acciones de los sujetos delante de la Covid-19. La participación de los sujetos fue tan fuerte que, conjuntamente con la percepción de riesgo, condujo a las personas a materializar ese conocimiento en prácticas preventivas, buscando también concientizar a “otras personas”, posiblemente más alejadas del objeto.

El grupo construyó una imagen de enfermedad respiratoria grave, difícil y mortal, provocada por un virus, que exige cuidados especiales para evitar el contagio. En el aspecto afectivo, la enfermedad provocó impotencia y miedo, tanto por su propia naturaleza como por la posibilidad de causar muerte. El grupo conocía la magnitud de la Covid-19, las señales y síntomas, la importancia del aislamiento, vacunación y prevención. Esas informaciones fueron ampliamente divulgadas, en cantidad y calidad suficientes para que las personas las considerasen esenciales. Los medios de comunicación desempeñaron un papel crucial en la comunicación durante la pandemia, publicando esos contenidos masivamente. Sin embargo, el grupo confió en las recomendaciones del equipo de salud, particularmente durante el alta hospitalar.

Estudiar la construcción social y cognitiva de la Covid-19 permite perfeccionar los cuidados en salud y enfermería en futuras crisis, con destaque para la necesidad de que clínicos y gestores continúen la educación en salud y el reforzar las medidas de autocuidado y prevención. Además de eso, es fundamental que aborden las consecuencias negativas del aislamiento social, mantengan la vigilancia de las enfermedades pre-existentes de la población, limiten la exposición a informaciones extremas y divergentes sobre la pandemia y eviten que la polarización política afecte negativamente la

salud. Durante la internación es fundamental adoptar un abordaje comprensivo, empático y dialógico, evitar que los usuarios presencien la muerte de otras personas, facilitar la comunicación con sus vínculos, favorecer expresiones religiosas y espirituales, y garantizar la necesidad de rehabilitación y acompañamiento por un equipo multidisciplinar.

Debido al dinamismo de las RS, el referencial ofrece amplias posibilidades para estudios futuros, los cuales dependerán de las variaciones en los contextos históricos y temporales. Un ejemplo de eso es el análisis de las RS de los afectados a lo largo del tiempo, lo que permitiría observar cambios en las interpretaciones y adaptaciones de los grupos a la nueva realidad post-pandemia.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Covid-19 Epidemiological Update. Ginebra: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Dec 30]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/20241224_Covid-19_epi_update_special-edition.pdf.
2. Mercer KH, Mollborn S. Distinction through distancing: Norm formation and enforcement during the Covid-19 pandemic. *Soc. Sci. Med.* 2023 [cited 2024 Dec 15]; 338:116334. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116334>.
3. World Health Organization. From emergency response to long-term Covid-19 disease management: sustaining gains made during the Covid-19 pandemic. Ginebra: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.icao.int/safety/CAPSCA/PublishingImages/Pages/Coronavirus/WHO-WHE-SPP-2023.1-eng.pdf>.
4. World Health Organization. WHO Covid-19 dashboard [site de Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Jan 01]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/Covid19/cases>.
5. Ko JY, Danielson ML, Town M, Derado G, Greenlund KJ, Kirley PD, et al. Risk factors for Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)-associated hospitalization: Covid-19-associated hospitalization surveillance network and behavioral risk factor surveillance system. *Clin. Infect. Dis.* 2021 [cited 2024 Dec 15]; 72(11):e695-e703. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1419>.
6. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina F, Sanchis J, Bertomeu-González V, Fácila L, et al. The effect of age on mortality in patients with Covid-19: a meta-analysis with 611,583 subjects. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2020 [cited 2024 Dec 15]; 21(7):915-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.045>.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial 92. Doença pelo Novo Coronavírus – Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2023 Sep 01]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/Covid-19/2021/boletim_epidemiologico_Covid_92_10dez21.pdf.
8. Theano P, Periklis P, Vasilis P, Elli K, Dimitrios P. SARS-COV-2 psychosomatic effects and fear of stigma on the discharge day of infected individuals: SAPFO study. *Psychiatr. Danub.* 2020 [cited 2024 Apr 07]; 32(3-4):577-80. DOI: <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.577>.
9. Halama P, Tencerová J, Uhrecký B. "The doctors and nurses looked like aliens": a qualitative study on the subjective hospitalization experiences of severe Covid-19 patients in Slovakia". *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being.* 2025 [cited 2024 Dec 30]; 20(1):2438831. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2438831>.
10. Jodelet D. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. In: Jodelet D, Tapia A, coordinadores. *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales.* Mexico DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. p. 7-30.
11. Jodelet D. A separate epidemic. *Pap. Soc. Represent.* 2020 [cited 2023 Dec 01]; 29(2):x1-11. Available from: <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/579>.
12. Apostolidis T, Santos F, Kalampalikis N. Society Against Covid-19: Challenges for the Socio-genetic Point of View of Social Representations. *Pap. Soc. Represent.* 2020 [cited 2024 Apr 03]; 29(2):3.1-14. Available from: <https://hal.univ-lyon2.fr/hal-03252766>.
13. Pizarro JJ, Cakal H, Méndez L, Costa C, Zumeta LN, Gracia-Leiva M, et al. Tell me what you are like and I will tell you what you believe in: Social representations of Covid-19 in the Americas, Europe and Asia. *Pap. Soc. Represent.* 2020 [cited 2021 Nov 06]; 29(2):23.1-38. Available from: <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/558/468>.
14. Bú EA, Alexandre MES, Bezerra VAS, Sá-Serafin RCN, Coutinho MPL. Representations and social anchorages of the new coronavirus and the Covid-19 treatment by Brazilians. *Estud. psicol.* 2020 [cited 2020 Oct 21]; 37:e200073. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200073>.
15. Páez D, Pérez JA. Social representations of Covid-19. *Int. J. Soc. Psychol.* 2020 [cited 2021 Jul 06]; 35(3):600-10. DOI: <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783852>.
16. Jaspal R. Social representation and identity processes in relation to Covid-19 reactions: an introduction. *J. Br. Acad.* 2023 [cited 2024 Apr 03]; 11(s5):1-6. DOI: <https://doi.org/10.5871/jba/011s5.001>.
17. Almeida RMF, Queiroz ABA, Ferreira MA, Silva RC. Covid-19: psychosociological phenomenon and implications for nursing. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2021 [cited 2024 Apr 03]; 55:e20210123. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0123>.
18. Félix LB, Andrade DA, Ribeiro FS, Correia CCG, Santos MFS. The concept of Social Representation Systems in national and international production: a literature search. *Psicol. Saber Soc.* 2016 [cited 2024 Dec 15]; 5(2):198-217. DOI: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.20417>.
19. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011 [cited 2020 Dec 03]; 19(3):485-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>.
20. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. UFSC; 2021. Available from: http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf.
21. Ministério da Saúde (Br). Estatuto do Idoso. 2ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf.

22. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em psicologia social. 11ª ed. Tradução de Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis, RJ: Vozes; 2015.
23. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
24. Chen M, Wang X, Yun Q, Lin Y, Wu Q, Yang Q, et al. Would older adults perform preventive practices in the Post-Covid-19 Era? A community-based cross-sectional survey in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021 [cited 2024 Apr 06]; 18(19):10169. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910169>.
25. Rosa A, Mannarini T. The “Invisible Other”: Social Representations of Covid-19 Pandemic in Media and Institutional Discourse. *Pap. Soc. Represent.* 2020 [cited 2024 Apr 06]; 29(2):5.1-5.35. Available from: <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/548>.
26. Jamili S, Ebrahimipour H, Adel A, Badiie S, Hoseini SJ, Vejdani M, et al. Experience of patients hospitalized with Covid-19: a qualitative study of a pandemic disease in Iran. *Health Expect.* 2021 [cited 2024 Apr 06]; 25:513-21. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.13280>.
27. Sahoo S, Mehra A, Dua D, Suri V, Malhotra P, Yaddanapudi LN, et al. Psychological experience of patients admitted with SARS-CoV-2 infection. *Asian J. Psychiatr.* 2020 [cited 2024 Apr 06]; 54:102355. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102355>.
28. Gomes AMT, Marques SC, Apostolidis T, Nogueira VPF, Souza KPDS, França LCM. Social representations about spirituality of people who lives with aids: un study according to structural approach. *Psicol. Saber Soc.* 2016 [cited 2024 Apr 06]; 5(2):187-97. DOI: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.27037>.
29. Zhu S, Gao Q, Yang L, Yang Y, Xia W, Cai X, et al. Prevalence and risk factors of disability and anxiety in a retrospective cohort of 432 survivors of Coronavirus Disease-2019 (Covid-19) from China. *PLoS ONE*. 2020 [cited 2024 Apr 07]; 15(12):e0243883. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243883>.
30. Barros-Leite B, Lima MRO, Caminha M, Santos K, Cunha CBC, Andrade LB. Short-term functional changes after hospital discharge by Covid-19 through teleconsultation at a reference service in Northeast Brazil: a cross-sectional study. *J. Med. Virol.* 2021 [cited 2024 Apr 06]; 94(3):994-1000. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.27410>.
31. Sun N, Wei L, Wang H, Wang X, Gao M, Hu X, et al. Qualitative study of the psychological experience of Covid-19 patients during hospitalization. *J. Affect. Disord.* 2021 [cited 2024 Dec 16]; 278:15-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>.
32. Costa SS. The pandemic and the labor market in Brazil. *Rev. Adm. Pública*. 2020 [cited 2024 Apr 01]; 54(4):969-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>.
33. Neves JA, Machado ML, Oliveira LDA, Moreno YMF, Medeiros MAT, Vasconcelos FAG. Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in Covid-19 pandemic times. *Rev. Nutr.* 2021 [cited 2024 Apr 01]; 34:e200170. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200170>.
34. Park S, Massey PM, Stimpson JP. Primary source of information about Covid-19 as a determinant of perception of Covid-19 severity and vaccine uptake source of information and Covid-19. *J. Gen. Intern. Med.* 2021 [cited 2024 Apr 08]; 36(10):3088-95. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07080-1>.
35. Santos KCO, Junqueira-Marinheiro MF, Reis AT, Camacho KG, Nehab MF, Abramov DM, et al. Social Representations of Hesitant Brazilians about Vaccination against Covid-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023 [cited 2024 Apr 08]; 20(13):6204. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20136204>.
36. Joia LA, Michelotto F. Universalists or Utilitarianists? The Social Representation of Covid-19 Pandemic in Brazil. *Sustainability (Basel)*. 2020 [cited 2024 Apr 07]; 12(24):10434. DOI: <https://doi.org/10.3390/su122410434>.
37. Joia LA, Michelotto F, Lorenzo M. Sustainability and the social representation of the Covid-19 pandemic: a missing link. *Sustainability (Basel)*. 2022 [cited 2024 Apr 07]; 14(17):10527. DOI: <https://doi.org/10.3390/su141710527>.
38. Oliveira DC, Silva KP, Machado YY, Stefaisk RLM, Domingues JP, Pontes APM, et al. Social representation of Covid-19 for the population of a small-sized city. *Rev. Enferm. UERJ*. 2024 [cited 2024 Aug 19]; 32:e76360. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.76360>.
39. Mondragon NI, Sancho NB, Ozamiz-Etxebarria N, Saez IA. Coping with Covid-19: social representations underlying blaming processes and fear. *Psychol. Health*. 2021 [cited 2024 May 20]; 37(7):828-46. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1896717>.
40. Rateau P, Tavani JL, Delouvé S. Social representations of the coronavirus and causal perception of its origin: the role of reasons for fear. *Health (London)*. 2023 [cited 2024 Apr 08]; 27(1):94-113. DOI: <https://doi.org/10.1177/13634593211005172>.
41. Ferreira AVC, Araújo LF, Neto RNSB. Social representations of Covid-19 among brazilian elderly women: a structural approach. *LRPP*. 2022 [cited 2024 Sep 01]; 28(2):e617. DOI: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.617>.
42. Torres-López TM, Reyes-Velázquez KG, Lozano-Valenzuela CA, Sandoval-Díaz M. Social representations of Covid-19 of Mexican older people: at the beginning and two years after the pandemic. *Actual. Psicol.* 2024 [cited 2024 Sep 14]; 38(136):125-39. DOI: <https://doi.org/10.15517/ap.v38i136.53862>.
43. Eiguren A, Idoiaga N, Berasategi N, Picaza M. Exploring the social and emotional representations used by the elderly to deal with the Covid-19 pandemic. *Front. Psychol.* 2021 [cited 2024 Sep 14]; 11:586560. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586560>.
44. Novikova IA, Berezina EB, Sachkova ME, Dvoryanchikov NV, Novikov AL, Bovina IB. To be scared or not to be scared: social representations of Covid-19 in young people (a cross-cultural study). *Soc. Sci.* 2024 [cited 2024 Sep 15]; 13(1):62. DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci13010062>.
45. Pathak V, Kharshiing KD, Shahnawaz MG. Covid-19 and emerging adults in India: A social representation approach. *Cult. Psychol.* 2024 [cited 2024 Sep 15]; 1-29. DOI: <https://doi.org/10.1177/1354067X241242410>.
46. Mustafa M, Abbas K, Ahmad R, Ahmad W, Tantry IQ, Islam S, et al. Unmasking vulnerabilities in the age of Covid-19 (Review). *World Acad. Sci. J.* 2025 [cited 2024 Dec 30]; 7(2):290. Available from: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/wasj.2024.290>.
47. Bajwah S, Wilcock A, Towers R, Costantini M, Bausewein C, Simon ST, et al. Managing the supportive care needs of those affected by Covid-19. *Eur. Respir. J.* 2020 [cited 2024 Dec 30]; 55(4):2000815. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020>.

48. Boschiero MN, Palamim CVC, Ortega MM, Mauch RM, Marson FAL. One year of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Brazil: a political and social overview. *Ann. Glob. Health.* 2021 [cited 2024 Apr 01]; 87(1):44. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3182>.
49. Coelho MMF, Cavalcante VMV, Cabral RL, Oliveira RM, Araújo MAM, Gomes AMT. Structural analysis of the social representations on Covid-19 among assistance nurses. *Texto Contexto Enferm.* 2021 [cited 2024 Apr 08]; 30:e20200358. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>.
50. Cercilier PMC, Oliveira DC, Stefaisk RLM, Domingues JP, Machado YY. Social representations of professional and personal self-protection for nurses in the Covid-19 context. *Rev. Enferm. UERJ.* 2024 [cited 2024 Jun 15]; 32:e74342. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.74342>.
51. Nóbrega MPSS, Marcheti PM, Nasi C, Oliveira E, Moreira WC, Mendes DT, et al. Fear-Generating Circumstances in Brazilian Nursing Professionals in the Context of the Covid-19 Pandemic. *NTQR.* 2022 [cited 2024 Jun 04]; 13:e667. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e667>.
52. Soleimani F, Aligholipour M, Aghal M, Mamaghani EA. Covid 19 related perceived discrimination in medical settings, March and April 2020. *Inquiry.* 2021 [cited 2024 Apr 01]; 58:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1177/00469580211020884>.

Contribuciones de los autores

Concepción, C.S.P.G., D.A.F. y F.M.S.A.; metodología, software, C.S.P.G. y D.A.F.; validación, C.S.P.G., D.A.F. y F.M.S.A.; análisis formal, C.S.P.G., D.A.F., D.C.O., A.M.C. y F.M.S.A.; investigación, C.S.P.G., D.A.F. y F.M.S.A.; obtención de recursos, C.S.P.G.; curaduría de datos, C.S.P.G.; redacción, C.S.P.G.; revisión y edición, C.S.P.G., D.A.F., D.C.O., A.M.C. y F.M.S.A.; visualización, C.S.P.G.; supervisión, F.M.S.A.; administración del proyecto, C.S.P.G. y F.M.S.A.; financiamiento, C.S.P.G. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito "Representaciones sociales de la Covid-19 entre adultos y adultos mayores".

Repositorio de datos

Los autores declaran que la base de datos de la investigación con la transcripción de las entrevistas realizadas está disponible en el repositorio Figshare, DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.27126393.v1>