

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A PREVENÇÃO DA COVID-19

Resumo: Objetivou-se discutir as representações sociais de pessoas idosas sobre a prevenção da COVID-19. Pesquisa qualitativa alicerçada na abordagem estrutural da Teoria das Representações, realizada com idosos por ocasião da busca por imunização durante a pandemia. Coletaram-se dados sociodemográficos e desencadeou-se técnica de associação livre de palavras por termo indutor. Realizou-se análise prototípica dos termos evocados após conciliação lexicográfica e semântica com teste de coocorrência de cognemas, utilizando programas EVOC e IRAMUTEQ. Participaram 116 idosos, predominando mulheres de baixa escolaridade. A centralidade do cognema máscara, introduzida no comportamento cultural dos sujeitos sociais e confirmada pelo teste de coocorrência, alicerçou o comportamento de ficar-casa-evitar-sair e evitar-aglomeração, ligando-se a comportamentos normativos alocados na primeira periferia. O cognema cuidado-proteção possui função justificadora para saúde-doença-vírus e ficar-casa-evitar-sair. Os cognemas da segunda periferia reafirmam o possível núcleo central que foi justificado pelo fato de a representação social estar em processo de construção e requer aprofundamento científico.

Descritores: Infecções por Coronavírus, Serviços de Saúde para Idosos, Enfermagem em Saúde Comunitária, Psicologia Social.

Social representations of older people about the prevention of COVID-19

Abstract: The objective was to discuss the social representations of elderly people about the prevention of COVID-19. Qualitative research based on the structural approach of the Theory of Representations, carried out with the elderly when they were searching for immunization during a pandemic. Collected sociodemographic data and the technique of free word association triggered by an inducing term. Prototypical analysis of terms evoked after lexicographic and semantic reconciliation was performed with cooccurrence test of terms evoked using EVOC and IRAMUTEQ programs. 116 elderly people participated, predominantly women with low education. The centrality of the cognema mask, introduced in the cultural behavior of social subjects and confirmed by the co-occurrence test, underpinned the behavior of staying-home-avoiding-leaving and avoiding-agglomeration, linked to normative behaviors allocated in the first periphery. The care-protection cognema has a justifying function for health-disease-virus and stay-home-avoid-leaving. The cognemas of the second periphery reaffirm the possible central nucleus that was justified by the fact that social representation is in the process of construction and requires further studies.

Descriptors: Coronavirus Infections, Health Services for the Aged, Community Health Nursing, Psychology Social.

Representaciones sociales de las personas mayores sobre la prevención del COVID-19

Resumen: El objetivo fue discutir las representaciones sociales de las personas mayores sobre la prevención del COVID-19. Investigación cualitativa basada en el enfoque estructural de la Teoría de las Representaciones, realizada con personas mayores en busca de inmunización durante una pandemia. Datos sociodemográficos recopilados y técnica de asociación de palabras libre desencadenada por un término inductor. El análisis prototípico de los términos evocados después de la reconciliación lexicográfica y semántica se realizó con la prueba de coocurrencia de los términos evocados utilizando los programas EVOC e IRAMUTEQ. Participaron 116 personas mayores, predominantemente mujeres con bajo nivel educativo. La centralidad de la máscara de cognema, introducida en el comportamiento cultural de los sujetos sociales y confirmada por la prueba de co-ocurrencia, apuntala el comportamiento de quedarse en casa evitando salir y evitando la aglomeración, vinculado a comportamientos normativos asignados en la primera periferia. El cognema cuidado-protección tiene una función justificadora para la salud-enfermedad-virus y el quedarse en casa-evitar-irse. Los cognemas de la segunda periferia reafirman el posible núcleo central que se justificó por el hecho de que la representación social está en proceso de construcción y requiere más estudios.

Descritores: Infecciones por Coronavirus, Servicios de Salud para Ancianos, Enfermería em Salud Comunitaria, Psicología Social.

Elenir Pereira da Silva

Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: eleniruff@gmail.com

Laércio Deleon de Melo

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
 E-mail: laerciodl28@hotmail.com

Cristina Arreguy-Sena

Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: cristina.arreguy@ufff.edu.br

Paulo Ferreira Pinto

Educador Físico. Doutor. Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: paulo.ferpinto@gmail.com

Fernanda Ferreira Krepker

Enfermeira. Mestre. Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: fernandakrepker@hotmail.com

Thelma Spindola

Enfermeira. Doutora. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: tspindola.uerj@gmail.com

Felipe Eduardo Taroco

Graduando em Fisioterapia. Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: fisiofelipe91@gmail.com

Loiane Aparecida de Freitas Silva

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: loiane.if@hotmail.com

Agnes Alvarenga Resendo

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.
 E-mail: agnes.alvarenga@hotmail.com

Submissão: 01/02/2021

Aprovação: 22/06/2021

Publicação: 20/09/2021

Como citar este artigo:

Silva EP, Melo LD, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Krepker FF, Spindola T, Taroco FE, Silva LAF, Resendo AA. Representações sociais de pessoas idosas sobre a prevenção da COVID-19. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):493-504.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.493-504>

Introdução

O *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Sars-CoV-2), conhecido como coronavírus ou COVID-19, é um vírus de RNA que causa infecções de origem respiratória com potencialidade de repercussão sistêmica. A maioria dos casos são provocados por espécies com baixa patogenicidade, que apresentam manifestações clínicas semelhantes a gripes ou resfriados com sintomatologia oscilando de simples a moderada ou cursando de forma assintomática¹⁻².

Dados estatísticos evidenciam altas taxas de mortalidade associada à COVID-19 em Minas Gerais, bem como no restante do Brasil, sendo esta situação epidemiológica responsável por grave repercussão econômica no país e no mundo em geral³⁻⁴. Dos óbitos 75% foram de pessoas que possuíam comorbidades, principalmente cardiopatas e diabéticos, seguidos, em menor número, de pneumopatas, renais cônicos, neuropatas, obesos, entre outros, comorbidades estas de maior prevalência associadas ao processo de envelhecimento. Os idosos representaram 80% dos óbitos por COVID-19, mostrando o grande risco a que essa população está exposta⁴.

A maior incidência entre idosos pode ser justificada pelo fato de o envelhecimento humano é um processo sociovital multifacetado, desenvolvido ao longo do ciclo vital. Este processo ocorre de forma lenta, porém dinâmica, progressiva e inevitável e abarca um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, sociais e psicológicas por que passam os indivíduos, que determina a perda progressiva da capacidade de adaptação da pessoa idosa ao contexto social. A cada ano, surgem novas vulnerabilidades, resultantes da incidência da

senescência, senilidade, e comorbidades, as quais recebem influências intrínsecas e extrínsecas. As projeções mundiais indicam um crescimento de 56% de idosos, podendo essa população atingir 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050. No Brasil, eles representarão 58,4 milhões, o que equivale a 26,7% da população estimada para 2060⁵.

No contexto desde o início de 2020, o mundo vivencia a pandemia da COVID-19 em proporções avassaladoras, cujas repercussões para países em desenvolvimento, como o Brasil, impactam a realidade social previamente marcada pelo processo de envelhecimento acelerado, pela instabilidade do comércio internacional e pelas desigualdades socioeconômicas locais. Essa situação é agravada pelas demandas emergentes da COVID-19 em decorrência da falta de infraestrutura para os atendimentos emergenciais em saúde no período pós-festejos de final de ano e pela premência de se consolidar uma proteção grupal contra as formas mais graves da doença e a transmissibilidade do vírus numa perspectiva de saúde coletiva, que atenda às peculiaridades dos grupos sociais como parte estratégica do cuidado¹⁻⁵.

Não obstante, cabe mencionar ainda que, na atualidade mundial, ainda não se dispõe de doses suficientes para o atendimento de toda a população, estando o processo de vacinação em curso e instituído para grupos prioritários, baseado em estudos preliminares, aprovação para uso em situações emergenciais e utilização de modalidades de vacinas distintas quanto à metodologia e princípios ativos em uso concomitante em um mesmo país.

Neste contexto continua a ser recomendado (inter)nacionalmente: usar corretamente máscaras em

quaisquer contatos sociais, higienizar frequentemente as mãos com água e sabão ou com solução alcoólica a 70%; não tocar mucosas como olhos, nariz e boca sem a higienização adequada das mãos; evitar contatos próximos com pessoas sabidamente doentes ou em quadro de suspeita; adotar a prática de cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar; minimizar cumprimentos com contato físico; manter o isolamento social, ficando em casa e saindo apenas quando estritamente necessário; limpar e desinfetar superfícies e objetos tocados com frequência, etc.^{1,3}.

Diante do exposto, o objeto de investigação delineado foram as Representações Sociais (RS) de pessoas idosas sobre a prevenção da COVID-19, havendo uma lacuna científica no que tange às RSs de idosos sobre as medidas de prevenção da COVID-19.

A realização desta investigação se justifica alicerçada nas seguintes argumentações: a presença de comorbidades entre os idosos os coloca na condição de grupo de risco para a contaminação pela COVID-19; a percepção da pessoa idosa sobre a prevenção constitui um componente necessário à compreensão das respostas humanas desse grupo social em época de pandemia.

Objetivo

Analisar as representações sociais de pessoas idosas sobre a prevenção da COVID-19.

Material e Método

Investigação delineada na abordagem qualitativa do tipo descritiva, com alicerce teórico-metodológico na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS)⁶⁻⁷. Atendeu ao protocolo *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Concebe-se a representação de um objeto como sendo composta de *cognemas* que se inter-relacionam e formam um conjunto de informações que passam por transformações mediante regras capazes de preservar a sua totalidade⁷. Nesse sentido, as RSs são compostas por conteúdos que são ativados quando um grupo pensa sobre um objeto e compartilha essas RSs em forma de valores centrais relativos ao objeto em questão⁸⁻⁹.

Amostragem por conveniência composta de pessoas com idade ≥ 60 anos adstritas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de modelo tradicional, localizada na região Sul de uma macrorregião de saúde de uma cidade de Minas Gerais (MG), Brasil. Essa UBS é referência no ensino e no atendimento de saúde e está inserida na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab). Esse cenário se localiza em ponto estratégico para o atendimento de seis bairros conforme região sanitária de saúde, contando com assistência interdisciplinar das categorias profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, farmacêutico e agente de endemias.

Foram critérios de inclusão: pessoas com idade ≥ 60 anos; nível de cognição compatível com a abordagem requerida pela TRS e busca espontânea da UBS para fins de vacinação da campanha contra a Influenza H1N1, no horário das 7h às 11h e das 13h às 17h. Foram excluídas pessoas que adiaram a entrevista por \geq três abordagens. Não houve perdas de participantes no processo de coleta.

O convite para participação na investigação foi realizado durante o período em que os potenciais participantes aguardavam para vacinação, tendo sido explicados os potenciais riscos e benefícios de sua participação. O cálculo amostral atendeu ao

recomendado para a abordagem estrutural da TRS ($n > 100$)¹⁰, perfazendo 116 participantes idosos.

Instrumento de coleta de dados estruturado em:

1) Caracterização sociodemográfica (variáveis: gênero, idade, cor de pele autodeclarada, religião, aposentadoria, estado civil e escolaridade); 2) Coleta da Técnica de Associação Livre de Palavras (Talp) não hierarquizada e 3) Diário de campo.

A coleta de dados foi realizada em maio e junho de 2020, com duração média de 15 minutos, por três pesquisadores previamente treinados para a abordagem de pessoas idosas e desenvolvimento da técnica de associação livre de palavras. Para assegurar a privacidade por participantes, a coleta foi operacionalizada no consultório de enfermagem da UBS.

Para a realização da Talp, solicitou-se aos participantes que mencionassem as três primeiras palavras que lhes viessem à mente quando o termo indutor “prevenção do coronavírus” fosse mencionado verbalmente. As informações sobre caracterização e os cognemas evocados e a ordem em que foram mencionados na Talp foram registradas cursivamente pelos entrevistadores. A opção por solicitar aos participantes que mencionassem três cognemas deveu-se ao fato de se minimizar o tempo de contato com a pessoa idosa mediante as orientações de redução de contatos sociais decorrentes do enfrentamento da pandemia³.

Os dados de caracterização foram tratados em *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24, por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão). Os cognemas evocados passaram pela técnica do dicionário, utilizando critérios semânticos e lexicográficos, seguida da

análise prototípica realizada no *Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC) 2003.

Foram parâmetros adotados na análise prototípica: 348 palavras-expressões evocadas, sendo 36 delas distintas, utilizados 82,5% do *corpus* segundo Lei de Zipf, frequência mínima 8 e frequência intermediária: 30 e *Rang*^{1,9}. Essa técnica possibilitou a obtenção do quatro de quatro casas, cujos cognemas foram alocados em quatro quadrantes (superior esquerdo, inferior esquerdo, superior direito e inferior direito, ou seja, QSE, QIE, QSD e QID) respectivamente.

Na Teoria do Núcleo Central (TNC), os elementos representacionais se organizam em torno do possível núcleo central (QSE), cujos conteúdos evocados são alocados de forma hierarquizada e retratam os conteúdos contextualizados socialmente e representados segundo frequência de emissão e posição em que foram mencionados (*Rang*) e o cálculo é expresso pela Ordem Média de Evocações (OME). Isso equivale a dizer que o possível núcleo central se configura como o elemento fundamental da RS, ao determinar tanto a significação quanto a organização representacional⁶⁻⁷.

Na zona de contraste, localizada no QIE, estão alocados os cognemas considerados importantes para um subgrupo representacional e retratam possíveis movimentos sociais, com potencialidade de migrar para o núcleo central, desde que o grupo seja ampliado. Isso porque eles possuem menores frequência e OME e maior *Rang*^{6,7}.

Os conteúdos periféricos alocados no QSD, primeira periferia, expressam o conteúdo imediato no qual as pessoas vivem suas relações sociais. Esses

elementos possuem maiores frequência e *Rang*, porém baixa OME. Na segunda periferia, QID, encontram-se os legítimos elementos periféricos por possuírem baixa frequência e menores *Rang* e OME. Esses conteúdos retratam pouca aderência para o grupo, ao exprimirem condições peculiares e vivências individualizadas^{6,7}.

Os cognemas evocados, para fins de comprovação de sua centralidade, passaram pela análise de similitude no *software* IRAMUTEQ versão 0,7 alfa 2, permitindo identificar a coocorrência de cognemas mencionados simultaneamente por um mesmo sujeito social. Foram parâmetros utilizados: construção da árvore de similitude em comunidade e foco que retratasse as ligações em apresentação dinâmica segundo *layout* de *Fruchterman-Reinglod* expressa por um grafo, que incluiu todos os conteúdos do *corpus* advindos da técnica de dicionário¹¹.

Os resultados foram analisados segundo a Teoria Geral das Representações Sociais⁶ na perspectiva da Teoria do Núcleo Central^{7,9} e discutidos à luz de evidências científicas atuais sobre o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Os resultados foram corroborados pelas informações registradas pelos

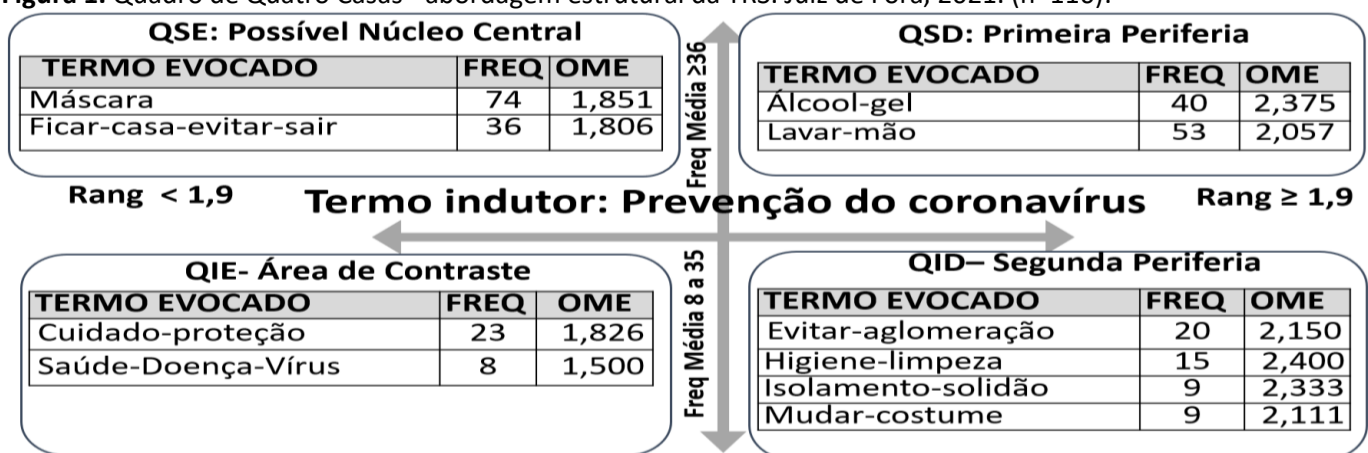
pesquisadores em diário de campo imediatamente após o término da coleta individualizada.

Foram atendidos todos os aspectos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo integrou uma investigação matriz intitulada “Representações sociais dos idosos sobre a pandemia da COVID-19”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com Parecer Consubstanciado n° 4.084.204, CAAE n° 30572220.3.0000.0008, de 12/06/20. A aquiescência dos participantes foi confirmada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ser assegurado o anonimato e o sigilo dos participantes mediante a adoção de códigos alfanuméricos contendo uma letra e dois dígitos (Ex: P71).

Resultados

Na caracterização sociodemográfica dos 116 participantes, predominou: sexo feminino (59,5%); idade ≥ 70 anos (41,4%); cor da pele autodeclarada parda ou negra (56,9%); católicos (73,3%); aposentados (82,8%); com companheiro (50,8%) e com menos que nove anos de escolaridade (73,3%). Na Figura 1, consta o quadro de quatro casas a partir do termo indutor “Prevenção do coronavírus”.

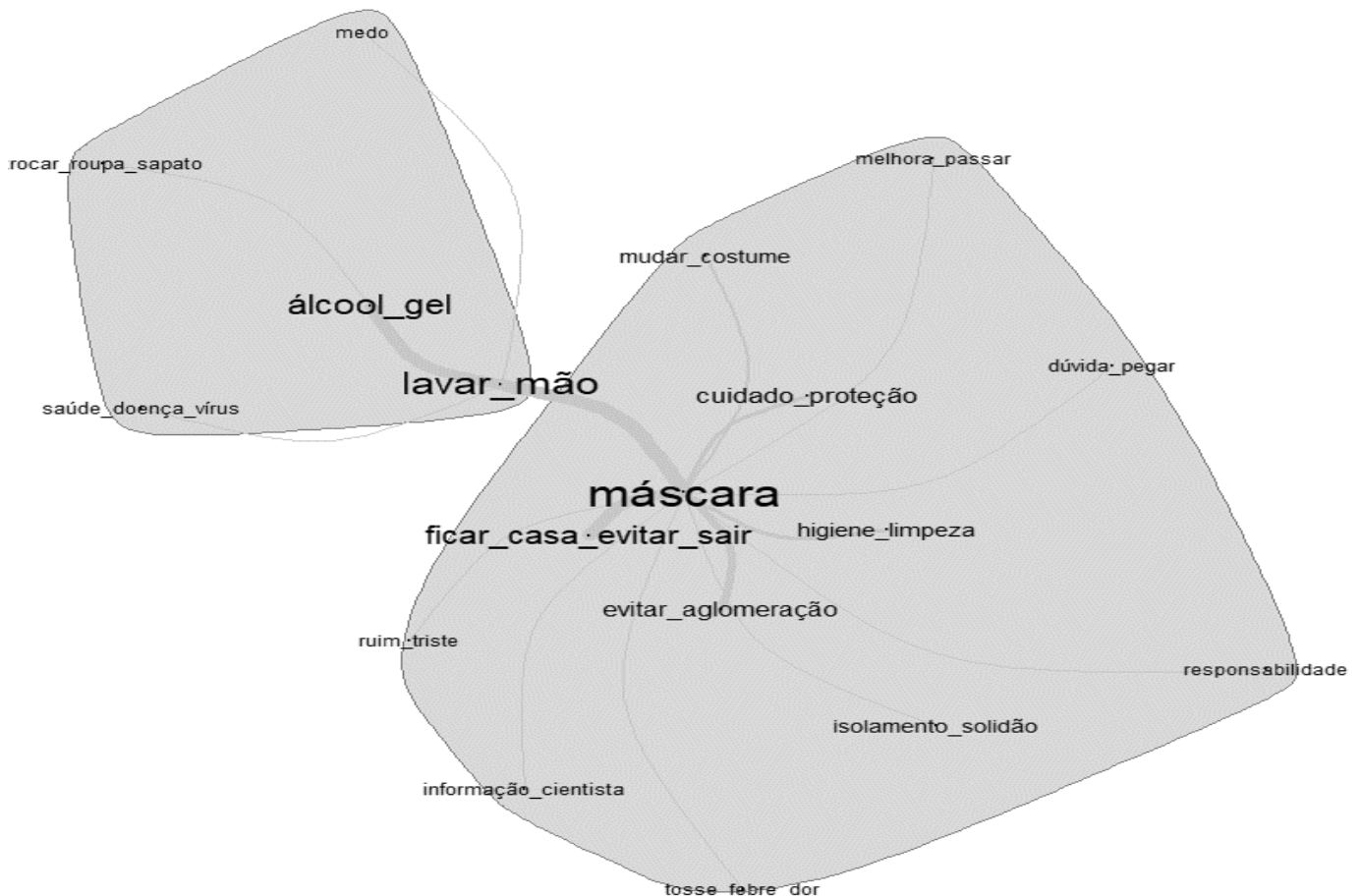
Figura 1. Quadro de Quatro Casas - abordagem estrutural da TRS. Juiz de Fora, 2021. (n=116).



Fonte: EVOC, 2003.

Na Figura 2, foi apresentado o grafo de árvore de similitude, utilizando-se a coocorrência de cognemas evocados a partir do termo indutor “Prevenção do coronavírus”.

Figura 2. Árvore de similitude por conglomerado a partir do termo indutor “Prevenção do coronavírus”. Juiz de Fora, 2021. (n=116).



Fonte: IRAMUTEQ versão 0,7 alfa 2.

Discussão

O perfil de caracterização encontrado foi similar ao de outra investigação⁵ e condizente com o que é esperado para a região geográfica estudada, cujo perfil de idosos é predominantemente composto de mulheres pardas/negras, católicas, aposentadas e de baixa escolaridade⁵. No que tange à suscetibilidade de ocorrência da COVID-19, estudos apontam que homens idosos e imunodeprimidos são os mais suscetíveis¹²⁻¹⁴.

Ao analisar a abordagem estrutural da TRS conforme os cognemas apresentados no quadro de quatro casas e na árvore máxima de similitude, foi possível a identificação e a conciliação das funções

essenciais de uma representação: 1) Função essencial do saber - permite compreender e explicar a realidade através dos conhecimentos adquiridos; 2) Função essencial identitária - define as características específicas de um grupo, permitindo a elaboração de uma identidade social; 3) Função essencial de orientação - direciona os comportamentos e as práticas do grupo social; e 4) Função essencial justificatória - dá respaldo aos posicionamentos e comportamentos dos atores em um dado contexto social⁷.

O cognema “máscara”, objeto representacional presente no QSE, foi o elemento central das RSs tendo em vista sua alta frequência e baixos *Rang* e OME. A

centralidade foi confirmada pelo teste de similitude, que evidenciou que o uso de máscara apresentou ligação com a expressão “*ficar-casa-evitar-sair*”, comportamento que reflete a função representacional de orientação, este que também foi evidenciado no quadro de quatro casas como possível elemento central. Esses cognemas expressaram uma conduta decorrente de um ato normativo determinado pelo isolamento social como uma medida de prevenção para o controle da COVID-19.

Nesse contexto, cabe mencionar que as máscaras são uma estratégia abrangente utilizada como medida de contenção da transmissão para o surgimento de novos casos na expectativa de salvar um maior número de vidas, mas o uso de máscaras por si só não é suficiente para fornecer um nível adequado de proteção contra a COVID-19 se não estiver associado ao uso dos demais Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs)^{2,3}.

O uso de máscaras deve atentar em princípios básicos recomendados: antissepsia das mãos prévia e imediatamente após a sua retirada; a mesma deve cobrir totalmente o nariz, a boca e o queixo; as pessoas não profissionais de saúde devem utilizar a máscara de tecido dupla face em contatos sociais e ambientes fechados; as pessoas que têm idade ≥ 60 anos; possuem alguma comorbidade descompensada e na presença de algum sintoma ou se convivem/cuidam de algum familiar doente devem utilizar máscaras cirúrgicas³.

Para profissionais de saúde, as máscaras cirúrgicas são equipamentos de proteção individual essenciais ao se envolverem em atividades interacionais e de cuidado com as pessoas suspeitas

ou confirmadas para a infecção da COVID-19. As máscaras respiratórias (ex. FFP2, FFP3, N95, N99) devem ser usadas sempre que realizarem algum procedimento que possa gerar aerossóis, cabendo a devida atenção ao tamanho apropriado e à forma de uso correto desse EPI³.

O ficar em casa como um comportamento ou atitude de isolamento ou distanciamento social varia entre os estudos e diferentes momentos epidêmicos, tornando as comparações difíceis, tanto entre países quanto entre grupos ou indivíduos em um mesmo país. Nesse sentido, no Brasil, uma pesquisa realizada entre adultos via inquérito telefônico, conduzida em abril/2020, definiu isolamento social como: ter evitado sair de casa, saindo apenas quando realmente necessário; ter evitado aglomerações de pessoas ou lugares muito cheios e/ou contato próximo com outras pessoas, como cumprimentos próximos ou abraços. A prevalência do isolamento social entre eles foi igual a 91% e, entre os idosos, 35,9% relataram que não haviam saído de casa no período¹⁵.

O ficar em casa como uma obrigação envolve ainda a existência de uma disputa de narrativas de vertentes políticas brasileiras voltadas para o distanciamento vertical, em detrimento do horizontal (para todos), que consideravam que restringir o contato com pessoas idosas ou com outras vulnerabilidades seria suficiente para conter a propagação do vírus e diminuir a mortalidade associada¹⁶. Cabe ressaltar que o maior potencial de redução da transmissão é observado no distanciamento horizontal. Evidências (inter)nacionais indicam uma maior efetividade do isolamento horizontal em comparação ao vertical para achatamento da curva epidêmica¹⁷⁻¹⁹.

No QIE ou área de contraste, emergiram as expressões “*cuidado-prevenção*” e “*saúde-doença-vírus*”, sendo estas capazes de exprimir as funções essenciais do saber e justificatória das RSs, dando sentido às mesmas. Os participantes ancoraram a prevenção da COVID-19 como sendo um ato de cuidado, visando à manutenção da saúde e à prevenção de doenças causadas pelo coronavírus. Esses elementos demonstram um estar ciente de pertencimento a um grupo social em relação ao momento de enfrentamento da pandemia. Esta requer uma conscientização das pessoas que deve sobressair ao ato normativo instituído para a prevenção da COVID-19; não representando um conteúdo informativo capaz de gerar mudança de comportamentos dos participantes, conforme pode ser observado no possível núcleo central.

A correlação estabelecida entre as expressões “*cuidado-prevenção*” e “*saúde-doença-vírus*” e sua interlocução com os demais elementos presentes no possível núcleo central e periferias estimulam reflexões que devem ir além das questões epidemiológicas, sendo importante que se pontuem ainda os aspectos relacionados às medidas profiláticas para a prevenção e o controle da velocidade de contágio da COVID-19 como um ato de cuidado. Nessa perspectiva, as principais recomendações consensualizadas são o distanciamento físico entre as pessoas, o confinamento domiciliar, a prática de higiene das mãos, o uso de máscaras e a detecção precoce de pessoas infectadas^{12,20,21}.

Na primeira periferia, QSD, emergiram as expressões “*Álcool-gel*” e “*lavar-mãos*”, sendo estes cognemas capazes de representar uma conduta social decorrente de um ato normativo motivado pelas

mídias sociais como uma medida de prevenção essencial para o controle da COVID-19. O uso do álcool gel ou solução alcoólica a 70% como alternativa para a higienização das mãos em situações em que a lavagem destas com água e sabão neutro ou glicerinado por cerca de 20 segundos não é possível, com frequência e sempre que tiver contato com pessoas ou superfícies, é uma recomendação do contexto (inter)nacional^{1,3,15}.

O ato normativo do uso alternativo do álcool gel não se mostrou compatível com a sua viabilização à realidade socioeconômica do grupo que apresenta restrições ambientais, estruturais e econômicas, conforme evidenciado no perfil de caracterização socioeconômica do grupo social investigado. Tal fato foi introduzido na realidade local e/ou nacional apenas na rotina de instituições consideradas prioritárias, a exemplo de locais de grande circulação, como hospitais e áreas comerciais, por ocasião do período de *lockdown*²².

Esse panorama persiste, mesmo no período de transição atual para a (re)abertura e/ou o manter-se liberada a realização das atividades sociais, econômicas e culturais, e motiva/reforça uma corrida desenfreada para aquisição e comercialização do “*álcool-gel*” evidenciada pelo aumento dos índices de produção e compra desse produto, apesar dos aumentos exorbitantes em seus valores, que estão bem acima do justificável para sua produção, transporte e comercialização, principalmente quando comparados ao início da pandemia²⁴.

Nesse contexto, cabe mencionar que ações governamentais como, por exemplo, a proibição de eventos públicos e aglomerações; a determinação de fechamento total (*lockdown*) de comércio, escolas,

igrejas, etc. e o encorajamento ao distanciamento social, evitando-se o contato com os portadores (as)sintomáticos do vírus, são recomendadas para conter/minimizar o processo de transmissão. Este, mesmo em fases de relaxamento normativo, pode retornar a qualquer momento se as pessoas reduzirem os cuidados preventivos^{1,3,25-26}.

Na segunda periferia, QID, o cognema “*mudar-costume*” reafirma os cognemas alocados na primeira periferia ao reforçar a dimensão comportamental/atitudinal das RSs de uma necessidade iminente e emergencial de mudança de hábitos expressa pela função identitária representacional. Os demais cognemas, como, por exemplo, “*evitar-aglomeração*” e rever hábitos de “*higiene-limpeza*”, retratam alterações rotineiras que reafirmam o fato de “*mudar-costume*”.

Um forte exemplo da mudança de hábitos e costumes é a presença do cognema “*máscara*” no QSE, que foi inserido no cotidiano dos atores sociais como rotina para viabilizar o convívio em ambientes familiares e públicos, extradomiciliares, nos quais exista aglomeração, uma vez que há recomendação expressa de se “*evitar-aglomeração*”.

Esses conteúdos só ancoram a certeza de que houve uma mudança de costumes de modo que as pessoas se adaptassem ao momento vivenciado. O cognema “*evitar-aglomeração*” reafirma a alternativa para se incluir o uso de “*máscara*” quando se deseja, ou é impossível não compartilhar, ambientes onde haja aglomeração de pessoas.

O “*mudar-costume*”, como exemplo o “*evitar-aglomeração*” como uma representação de isolamento social emerge de uma necessidade de se salientar que os órgãos públicos e as autoridades de

saúde enfatizam que não se trata de um isolamento social. Trata-se de um distanciamento físico, estimulando-se o uso de canais de comunicação seguros alternativos para a manutenção dos contatos sociais entre as pessoas, como forma de diminuir as consequências do isolamento^{1,3,21, 23}.

A dimensão comportamental e atitudinal das RSs, presente no ato de rever hábitos de “*higiene-limpeza*”, caracteriza-se como uma atitude esperada e estimulada por mídias sociais e políticas públicas e de saúde como eixo estruturante tanto das medidas preventivas quanto das ações de promoções da saúde no âmbito individual e coletivo e corrobora as demais medidas preventivas da COVID-19^{1,3}.

Os cognemas alocados na segunda periferia, apesar de retratarem os componentes representacionais de um subgrupo⁷, também podem ser considerados como capazes de reafirmar os conteúdos do possível núcleo central⁸. Isso pode ser justificado pelas RSs acerca do fato de a prevenção da COVID-19 ainda estar em processo de construção¹², principalmente na ocasião em que houve a coleta de dados (fase de *lockdown*).

Por fim, cabe mencionar que o cognema “*isolamento-solidão*” como uma implicação psicossocial e afetiva representa ainda uma consequência da implantação rápida e condicionada para as pessoas idosas de distanciamento dos contatos sociais, familiares e intergeracionais⁵. Trata-se de medida preventiva idealizada e priorizada para grupos de risco, como os idosos².

Acredita-se que a gênese das RSs da COVID-19 ainda esteja marcada por preocupações relativas a prevenção, disseminação e implicações psicossociais e afetivas. No campo representacional do tratamento,

ênfatisa-se a remissão ou a amenização dos sintomas e sequelas causadas pela doença sem se esquecer dos agravantes números em curva ascendente de morbimortalidade no contexto global.

Diante do exposto, são recomendações dos autores: 1) Fornecimento urgente de informações claras e oportunas pelos profissionais de saúde, governantes e mídias sociais para que a população perceba os riscos inerentes à pandemia e aumente sua adesão ao distanciamento social; 2) Criação de estratégias seguras para evitar que idosos tenham de sair de casa motivados pela necessidade de aquisição de itens básicos (alimentos, medicamentos, receitas médicas, etc.), que correspondem a cerca de 2/3 das saídas de casa; 3) Estabelecimento de orientações mais claras a pessoas com sintomas gripais, para a realização de tratamento rápido, oportuno e eficaz, bem como o rastreamento imediato de seus contatos sociais/familiares com a realização de testes específicos confirmatórios e isolamento social de todos.

Seis “regras de ouro” de prevenção da COVID-19 devem ser praticadas diariamente e de forma ininterrupta, pois elas contribuem significativamente para a diminuição dos riscos de alguém ser infectado, são elas: a) Uso de máscara; b) Distanciamento físico de 1,5m ou 1,8m; c) Higienização das mãos; d) Não participação de aglomeração de pessoas; e) Manutenção dos ambientes ventilados/arejados; f) Presença de sintomas de síndrome gripal pode ser um indicativo de COVID-19 e requer imediatamente isolamento respiratório, teleconsulta e realização de PCR nasal para o coronavírus (SARS-CoV-2). O risco de infecção ocorre na fase pré-sintomática (nos dois dias antes do aparecimento de sintomas) e principalmente

nos primeiros sete dias do início dos sintomas³. As medidas preventivas representadas e discutidas nos resultados desta investigação são a base do controle da doença e devem ser adotadas em condição emergencial de forma consistente com a situação epidemiológica nacional e global^{1,3}.

Conclusão

Ao analisar as RSs de pessoas idosas sobre a prevenção da COVID-19, foi evidenciada uma centralidade do cognema *máscara*, objeto que foi introduzido no comportamento cultural dos atores sociais e confirmado pelo teste de coocorrência. Este alicerçou o comportamento de *ficar-casa-evitar-sair* e *evitar-aglomeração*, liga-se a comportamentos normativos alocados na primeira periferia, constituindo-se na objetivação das RSs do grupo investigado. Os elementos de contraste justificam e ancoram os elementos representacionais centrais, enquanto os elementos periféricos reafirmam o possível núcleo central.

A limitação desta investigação constitui-se no fato de o período de coleta de dados ter se iniciado ainda na fase de surgimento da pandemia, o que retratou uma RS ainda em processo de construção para o grupo investigado e requer maiores aprofundamentos científicos. Sendo assim, sugere-se a realização de coleta de novos dados que contemplem a continuidade da pandemia, tendo em vista a identificação de periferia e/ou áreas de contraste redefinidas como consequência da consolidação da RS.

A presente investigação trouxe como contribuição as reflexões dos resultados apresentados que podem subsidiar o planejamento do cuidado profissional, a partir da compreensão das respostas e

necessidades de saúde identificadas na perspectiva dos participantes. São consideradas contribuições ainda o ineditismo dos resultados apresentados com uma reflexão destes na perspectiva compreensiva das RSs de idosos sobre a prevenção do Coronavírus que retrata uma realidade global de enfrentamento da COVID-19 no contexto de uma UBS tradicional.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília: MS. 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>>.
2. Lana MR, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, et al. The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective national health surveillance. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00019620.
3. World Health Organization (WHO). Coronavírus disease (COVID-19) out break situation. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>.
4. Ozili P, Arun T. Spillover of COVID-19: impact on the global economy. SSRN Preprints. 2020. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3562570>.
5. Melo LD, Arreguy-Sena C, Gomes AMT, Parreira PMD, Pinto PF, Rocha JCCC. Social representations elaborated by elderly people about being elderly or aged: structural and procedural approaches. *Rev Enferm. UFSM*. 2020; 10(53):1-21.
6. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11a. ed., p. 29-110). Petrópolis: Vozes. 2017.
7. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. 13. ed. México, DF: Ediciones Coyoacán. 2013.
8. SÁ CP. *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória*. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2015.
9. Wolter R. Structural Approach: Theory and Method. *Psico-USF*. 2018; 23(4):621-31.
10. Wachelke J, Wolter Rodrigues MF. Effect of the size of the sample in the analysis of evocations for social representations. *Liber*. 2016; 22(2):153-60.
11. Donato SP, Ens RT, Favoreto EDA, Pullin EMMP. From similitude analysis to focal group: strategies for studies in the structural approach to social representations. *Rev Educação e Cultura Contemporânea*. 2017; 14(37):367-94.
12. Bú EA, Alexandre MÊS, Bezerra VAS, Sá-Serafim RCN, Coutinho MPL. Representations and social anchorages of the new coronavirus and the COVID-19 treatment by Brazilians. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020; 1(1):1-25.
13. Velavan TP, Mayer CG. The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*. 2020; 25(3):278-80.
14. Villegas-Chiroque M. Pandemia de COVID-19: pelea o huye. *Rev Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*. 2020. 6(1):3-4.
15. Lima-Costa LF, Mambrini JVM, Andrade FB, Peixoto SWV, Macinko J. Social distancing, use of face masks and hand washing among participants in the Brazilian Longitudinal Study of Aging: the ELSI-COVID-19 initiative. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00193920.
16. Duczmal LH, Almeida ACL, Duczmal DB, Alves CRL, Magalhães FCO, Lima MS, et al. Vertical social distancing policy is ineffective to contain the COVID-19 pandemic. *Cad Saúde Pública*. 2020; 37(36):e00084420.
17. Jarvis CI, Zandvoort CV, Gimma A, Prem K, Klepac P, Rubin GJ, et al. Quantifying the impact of physical distance measures on the transmission of COVID-19 in the UK. *BMC Med*. 2020; 18(1):122-4.
18. Matrajt LT. Evaluating the effectiveness of social distancing interventions to delay or flatten the epidemic curve of coronavirus disease. *Emerg Infect Dis*, 2020; 26(1): 1740-8
19. Wu Z, Mcgoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA*, 2020; 323(13):1239-42.

20. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 2020; 9(1):1-12.
21. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet*, 2020; 7(4): 300-2.
22. Falavigna M, Colpani V, Stein C, Azevedo LCP, Bagattini AM, Brito GVD, et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2020; 32(2):166-96.
23. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 2020; 63(1):1-4.
24. Neto FCB, Alves CCR, Nascimento BE, Gomes MA. Impactos da pandemia da COVID-19 sob a égide do código de defesa do consumidor. *Research, Society and Development*, 2020; 9(6):e166963578.
25. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team. London: Imperial College London. 2020. <<https://mcacs.org/multimedia/files/COVID19.pdf>>.
26. Flaxman S. et al. Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. London: Imperial College London. 2020. Disponível em: <<https://ncrc.jhsph.edu/research/estimating-the-number-of-infections-and-the-impact-of-nonpharmaceutical-interventions-on-COVID-19-in-11-european-countries/>>.