

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

GERDA CECÍLIA TROMBINI PIMENTA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E MEDO DA COVID-19 EM PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SECCIONAL**

ALFENAS/ MG

2023

GERDA CECÍLIA TROMBINI PIMENTA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E MEDO DA COVID-19 EM PESSOAS IDOSASCADASTRADAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:UM ESTUDO SECCIONAL**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Alfenas

Área de concentração: Ciências da Reabilitação

Linha de pesquisa: Processo de avaliação, prevenção e reabilitação nas disfunções musculoesqueléticas e do envelhecimento

Orientador: Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Aline Roberta Danaga

ALFENAS/ MG

2023

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Unidade Educacional Santa Clara

Pimenta , Gerda Cecília Trombini .

Sintomas depressivos e medo da covid-19 em pessoas idosas cadastradas na atenção primária à saúde : um estudo seccional / Gerda Cecília Trombini Pimenta . - Alfenas, MG, 2023.

91 f. : il. -

Orientador(a): Juscelio Pereira da Silva.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2023.

Bibliografia.

1. Pessoa idosa. 2. Covid- 19. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde mental. 5. Reabilitação. I. Silva, Juscelio Pereira da, orient. II. Título.

GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA**“ SINTOMAS DEPRESSIVOS E MEDO DA COVID-19 EM PESSOAS IDOSAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO SECCIONAL ”**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Avaliação e Intervenção em Ciências da Reabilitação.

Aprovada em: 16 de fevereiro de 2023

Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL - MG

Profa. Dra. Andreia Maria Silva Vilela Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL - MG

Profa. Dra. Tabatta Renata Pereira de Brito
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL - MG



Documento assinado eletronicamente por **Juscelio Pereira da Silva, Professor do Magistério Superior**, em 16/02/2023, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Maria Silva Vilela Terra, Professor do Magistério Superior**, em 16/02/2023, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tabatta Renata Pereira de Brito, Professor do Magistério Superior**, em 24/02/2023, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0901225** e o código CRC **5835E976**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao meu anjo da guarda por sempre me regerem, protegerem e iluminarem.

Ao meu marido Marlon por me compreender e me apoiar em todas as circunstâncias da vida, por estar sempre ao meu lado demonstrando amor incondicional, suprimindo minhas ausências na educação e cuidado dos nossos filhos. Sem você eu não teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus filhos Lorenzo, Enrico e Matteo, por serem ternura em minha vida, me alegrando nos momentos difíceis da vida e sempre me mostrando as razões para ser feliz e seguir em frente.

Aos meus pais Santuza e Luiz e aos meus irmãos Luiz Augusto e Giuseppe pelo apoio, amor e incentivo de sempre.

Ao meu primo/irmão Francis Trombini de Souza por sempre estar disposto a contribuir para a minha vida profissional e nessa etapa do mestrado.

Ao meu melhor amigo/irmão/compadre e colega de profissão Anderson Martins Silva, por estar sempre comigo, por ser o maior incentivador para eu realizar o mestrado, por me ajudar nos piores momentos desta jornada e me guiar pelos meandros da vida acadêmica, garantindo o sucesso nesse processo.

Ao meu orientador Juscelio Pereira da Silva, por me orientar e ajudar. Agradeço pela dedicação, disponibilidade e por todos os conhecimentos transmitidos.

À minha coorientadora Aline Roberta Danaga, pelos conselhos norteadores e pelas considerações que contribuíram na dissertação.

Aos participantes da pesquisa, muito obrigado, sem vocês nada seria possível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Alfenas, por disseminarem os conhecimentos pertinentes em cada disciplina e contribuir para minha evolução profissional.

Às fisioterapeutas Erika Boggis, Wanessa Amorim e aos acadêmicos de Fisioterapia: Sophia Nery, Sophia, Lara, Letícia, Gustavo, Danielle, Julia, Nataly e Beatriz; pela contribuição na coleta de dados.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

“Não fui eu quem ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde andar.”

(Josué 1:9)

RESUMO

Introdução: A saúde da pessoa idosa, possivelmente fragilizada pelo processo do envelhecimento, pode ter sido comprometida sobremaneira durante a pandemia de COVID-19. Tal período marcado por medo constante e por instabilidade no contexto de crise mundial, pode ter impacto negativo sobre o estado emocional e na saúde mental, originando novos problemas de saúde ou potencializando condições preexistentes. Com intuito de mitigar complicações inerentes à pandemia da COVID-19, torna-se fundamental compreender tais alterações e fatores associados, a fim de direcionar ações de atenção à saúde para esta população. **Objetivo:** Verificar a presença de associação entre sintomas depressivos e o medo da COVID-19 em pessoas idosas cadastradas na APS. **Método:** Trata-se de estudo epidemiológico, observacional e seccional. A amostra foi composta por pessoas idosas, sorteadas a partir de banco de dados de diferentes Estratégias Saúde da Família (ESF) de Alfenas-MG. Por meio de contato telefônico e mediante consentimento de participação (eletrônico ou por áudio gravado), foi realizada entrevista para responder à questionário estruturado multidimensional. Os sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o medo da COVID-19 pela Escala de Medo da COVID-19. A associação entre os sintomas depressivos e o medo da COVID-19 foi estabelecida por modelos de regressão linear múltipla, adotando-se nível de significância de 0,05. **Resultados:** Foram entrevistados 179 pessoas idosas com média de $69 \pm 6,3$ anos, sendo a maioria do sexo feminino (68,8%), da raça branca (66,9%), predominantemente com baixa escolaridade (70,2) e baixa renda (76,4%). A prevalência de COVID-19 foi de 22,9%, mas apenas 5,1% foram hospitalizados. 48,0% dos participantes relataram diminuição na frequência de comunicação, 62,6% referiram quase nunca ter companhia durante a pandemia, enquanto 34,8% disseram ter dificuldade de obter cuidados médicos e, 19,1% dificuldade de obter alimentos durante a pandemia. O modelo de regressão linear múltipla, sem inclusão da variável sintomas depressivos, explicou aproximadamente 38,7% da variabilidade do medo da COVID-19, incluindo cinco variáveis preditoras do modelo de regressão inicial. O modelo final, incluindo a variável sintomas depressivos, possibilitou a predição do medo da COVID-19 baseado na interação das mesmas variáveis explicativas do modelo anterior, acrescidas de sintomas depressivos. Por este modelo, aproximadamente 44,5% da variabilidade do medo da COVID-19 foi explicada pelos preditores: sintomas depressivos (21,7%), ações de cuidado/prevenção (9,2%), diminuição na comunicação

(5,9%), dificuldade de obter alimentos (4,1%), dor nos últimos sete dias (3,4%) e número de pessoas que contribuem para renda (2,2%). A inclusão da variável sintomas depressivos no modelo final de regressão linear múltipla aumentou a capacidade preditiva do modelo em aproximadamente 6% e melhorou seu ajuste, associando-se de forma independente com o medo da COVID-19. **Conclusão:** Os sintomas depressivos estão associados de maneira significativa e independente com o medo da COVID-19 em pessoas idosas vinculadas a APS.

Palavras-chave: Pessoa idosa; COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Saúde mental; Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: The health of the elderly, possibly weakened by the aging process, may have been greatly compromised during the COVID-19 pandemic. Such a period marked by constant fear and instability in the context of the global crisis, can have a negative impact on the emotional state and mental health, giving rise to new health problems or enhancing pre-existing conditions. In order to mitigate complications inherent to the COVID-19 pandemic, it is essential to understand such changes and associated factors, in order to direct health care actions for this population. **Objective:** To verify the presence of an association between depressive symptoms and fear of COVID-19 in elderly people enrolled in the APS. **Method:** This is an epidemiological, observational and cross-sectional study. The sample consisted of elderly people, drawn from the database of different Family Health Strategies (ESF) in Alfenas-MG. Through telephone contact and with consent to participate (electronic or recorded audio), an interview was conducted to respond to the multidimensional structured questionnaire. Depressive symptoms were assessed by the Geriatric Depression Scale (GDS), and fear of COVID-19 by the COVID-19 Fear Scale. The association between depressive symptoms and fear of COVID-19 was established using multiple linear regression models, adopting a significance level of 0.05. **Results:** 179 elderly people with a mean age of 69 ± 6.3 years were interviewed, the majority being female (68.8%), white (66.9%), predominantly with low education (70.2) and low income (76.4%). The prevalence of COVID-19 was 22.9%, but only 5.1% were hospitalized. 48.0% of participants reported a decrease in the frequency of communication, 62.6% reported almost never having company during the pandemic, while 34.8% said they had difficulty obtaining medical care and 19.1% difficulty obtaining food during the pandemic. The multiple linear regression model, without including the depressive symptoms variable, explained approximately 38.7% of the variability in fear of COVID-19, including five predictor variables from the initial regression model. The final model, including the depressive symptoms variable, enabled the prediction of fear of COVID-19 based on the interaction of the same explanatory variables of the previous model, plus depressive symptoms. By this model, approximately 44.5% of the variability in fear of COVID-19 was explained by the predictors: depressive symptoms (21.7%), care/prevention actions (9.2%), decreased communication (5.9 %), difficulty obtaining food (4.1%), pain in the last seven days (3.4%) and number of people who contribute to income (2.2%). The inclusion of the depressive symptoms variable in the final multiple linear regression model increased the model's predictive capacity by approximately 6% and improved its fit, independently

associating it with fear of COVID-19. **Conclusion:** Depressive symptoms are significantly and independently associated with fear of COVID-19 in elderly people linked to PHC.

Keywords: Elderly; COVID-19; Primary Health Care; Mental health; Rehabilitation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra: fatores sócio demográficos e estilo de vida.....	39
Tabela 2 -	Caracterização da amostra: fatores sócio comportamentais durante a pandemia.....	40
Tabela 3 -	Caracterização da amostra fatores clínicos.....	41
Tabela 4 -	Regressão linear simples e múltipla entre variáveis independentes (sem sintomas depressivos) e medo da COVID -19 em idosos da APS, 2022, n=167.....	43
Tabela 5 -	Regressão linear simples e múltipla entre variáveis independentes (incluindo sintomas depressivos) e medo da COVID -19 em idosos da APS, 2022, n=167.....	45

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Fluxograma temporal da coleta de dados.....31
- Figura 2-** Fluxograma de entrada de pacientes no estudo.....37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
CID 10	Classificação internacional de doenças
DSM	Diagnóstico estatístico de transtornos mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de saúde da família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RNA	<i>Ribonucleic Acid</i>
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
VIF	Fator de inflação da variância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	COVID-19 E ISOLAMENTO SOCIAL.....	16
2.2	ENVELHECIMENTO E COVID-19.....	18
2.3	SAÚDE MENTAL E MEDO NAS PESSOAS IDOSAS DURANTE A PANDEMIA.....	21
2.4	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	23
3	OBJETIVO.....	27
3.1	OBJETIVOSGERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4	METODO.....	28
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.2	LOCALDEESTUDO.....	28
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	28
4.4	PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	29
4.4.1	Triagem.....	30
4.4.2	Entrevista.....	30
4.4.3	Instrumentos da coleta de dados.....	30
4.4.4	Triagem cognitiva.....	31
4.4.5	Medo da covid-19	31
4.4.6	Sintomas depressivos.....	31
4.4.7	Impacto da pandemia por covid-19.....	32
4.4.8	Atividades instrumentais de vida diária (AIVD).....	32
4.4.9	Atividades avançadas de vida diária(AAVD).....	32
4.5	Análise estatística.....	33
5	RESULTADOS.....	35
6	DISCUSSÃO.....	42
7	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS.....	51
	ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo Novo coronavírus (SARS-CoV-2), que foi identificado, na China, no final de 2019 supera os desafios e efeitos negativos de diversas Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SARS), e suas consequências são comparadas às da Gripe Espanhola. Neste sentido, medidas para o diagnóstico, rastreamento, monitoramento e contenção da COVID-19 foram adotadas e dirigidas, em especial, às pessoas consideradas dos grupos de risco, sendo as pessoas idosas o grupo com maior risco de complicações e morte (ORNELLE *et al.*, 2020).

Sabe-se que o processo de envelhecimento, inerente aos seres humanos, acontece de forma dinâmica, individualizada, progressiva e irreversível, constituído como fenômeno biopsicossocial, influenciado pela cultura, condições e hábitos de vida. Uma das consequências do envelhecimento é o declínio gradativo das capacidades motoras, como a redução da flexibilidade, resistência, força muscular, capacidade aeróbia e, enfim, diminuição das reservas e capacidades dos diversos sistemas orgânicos. Essa diminuição natural e fisiológica relacionada ao processo do envelhecimento, pode, entre outros efeitos, influenciar a realização das atividades diárias e, por conseguinte, a manutenção de um estilo de vida ativo (VIANA *et al.*, 2020), possivelmente prejudicado por situações como a pandemia por COVID-19.

No Brasil, verificou-se que 69% dos óbitos por COVID-19 ocorreram em pessoas com mais de 60 anos, das quais, 64% apresentavam ao menos um fator de risco. Entre os infectados morreram 14,8% daqueles com 80 anos ou mais, comparado a 8% daqueles com 70 a 79 anos, e 9% entre aqueles com 60 a 69 anos de idade. Fato que deve alertar as autoridades sanitárias para o desenvolvimento de estratégias de proteção da saúde nesta população, haja vista o aumento do risco de morrer por COVID-19 conforme a maior idade, especialmente na presença de doenças crônicas (NIKOLICH-ZUGICH *et al.*, 2022).

A maior vulnerabilidade das pessoas idosas às complicações e mortalidade associadas à COVID-19 pode ocorrer, entre outros motivos, pelo processo de imunossenescência (EWERS *et al.*, 2008) e aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas (LEBRASSEUR *et al.*, 2021).

A imunossenescência cursa com alterações no sistema imunológico que promovem diminuição da resposta imune e aumento do fenótipo imune de risco, com maior prevalência de infecções e maior suscetibilidade às complicações relacionadas à contaminação por vírus (EWERS *et al.*, 2008).

Em decorrência dos processos degenerativos dos tecidos, causados por fatores intrínsecos ao envelhecimento, as pessoas idosas tornam-se mais expostas às doenças sistêmicas, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. Essas condições crônicas aumentam a chance do desenvolvimento de complicações nos quadros de COVID-19 e fornecem prognósticos desfavoráveis, evidenciando pessoas idosas como grupo de risco em cenários epidemiológicos e pandêmicos (LEBRASSEUR *et al.*, 2021).

Na pandemia de COVID-19 houve a necessidade de adesão às medidas para controle e prevenção da doença, como o distanciamento e/ou isolamento social, para evitar a propagação da doença e a contaminação da população. Porém, apesar dos benefícios que essas medidas trouxeram no cenário da pandemia, as restrições sociais podem amplificar questões já presentes no cotidiano das pessoas idosas, como o sentimento de solidão (LEBRASSEUR *et al.*, 2021) e o sedentarismo (DE SOUZA *et al.*, 2021), contribuindo ainda mais para o estado vulnerabilidade e possível impacto negativo à saúde mental desses indivíduos (PERESE *et al.*, 2021).

A literatura aponta que o distanciamento e isolamento social tende a gerar transtornos que afetam principalmente a saúde mental, aumentando a chance do desenvolvimento de doenças como ansiedade e depressão, especialmente na população idosa (LEBRASSEUR *et al.*, 2021). Para esta população as mudanças drásticas no cotidiano, acentuadas pela redução do contato social, afetando inclusive a rede de proteção psicossocial como trabalho, lazer, família e amigos, predispoem a maior ocorrência de pensamentos solitários, além da depressão e ansiedade (NABUCO *et al.*, 2020).

É consensual que o distanciamento e isolamento social é variável importante na gestão da saúde mental (MUKHTAR *et al.*, 2020). Ainda, o impacto psicológico negativo da pandemia como um todo, parece estar relacionado principalmente a fatores como duração do distanciamento social, ao sentimento de aborrecimento, às informações inadequadas sobre a doença e sobre seus cuidados, impacto socioeconômico, estigma da doença e ao medo (FIORILLO; GORWOOD, 2021).

Do ponto de vista psicológico, medo pode ser definido como uma resposta que pode ser considerada adaptativa, frente a possíveis ameaças, ou desadaptativa, quando é desproporcional ao contexto, ou inexistem ameaças concretas e objetivas que o justifiquem (APA, 2013).

O medo constante gerado pela instabilidade de um contexto de crise mundial, parece

potencializar os efeitos negativos da pandemia sobre a saúde mental. Há registros, por exemplo, de casos de suicídio que tiveram como "gatilhos" o preconceito decorrente da suspeita, ou a confirmação de ter sido contaminado e o medo de se infectar ou estar infectado pela COVID-19. Sendo assim, é urgente a necessidade de ferramentas que auxiliem no mapeamento de oscilações psicológicas com o fim de prevenir inclusive efeitos drásticos provocados pela pandemia (GOYAL *et al.*, 2020; THAKUR *et al.*, 2020).

Níveis altos de sensação de medo prejudicam a saúde mental, estando associado a comportamentos de estigmatização, de exposição ao risco e de demanda por assistência em saúde, podendo durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia, com impactos psicossociais e econômicos incalculáveis (FARO, 2022).

Considerando que pessoas idosas caracterizam um dos grupos mais vulneráveis para alterações psicossociais em contextos de pandemia e que as pandemias possuem conseqüências psicológicas que vão além da duração do período pandêmico, com necessidade de assistência de saúde mental preparada, para além desse período (AGUIAR *et al.*, 2021), percebe-se a importância da realização de estudos que busquem uma melhor compreensão dos efeitos da pandemia na saúde mental da população idosa.

Adicionalmente, mediante a falta de dados epidemiológicos consistentes sobre as implicações da pandemia (e medidas restritivas) para a saúde mental da população idosa e do seu impactonos sistemas de saúde e, sabendo da relação bidirecional entre medo e depressão, com repercussões no bem-estar e saúde global,torna-se fundamental a investigação desses fatores na população idosa, para a mitigação de agravos tardios relacionados à pandemia, com possibilidade de ações de promoção em saúde na Atenção Primária a Saúde MORLETT, 2019; ORNELL *et al.*, 2020).

Sendo assim, com o presente estudo buscou-se identificar a associação entre sintomas depressivos e o medo da COVID-19 em pessoas idosas cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COVID-19 E ISOLAMENTO SOCIAL

Os coronavírus, pertencentes à família Coronaviridae, atacam principalmente mamíferos e humanos, sendo caracterizados por um envoltório de RNA não segmentado e pertencentes a uma família de vírus que causam infecções respiratórias (WHO, 2020).

Em 2012, em uma epidemia no Oriente Médio, os Mers-Cov e os betacoronavírus SARS-Cov foram identificados como os agentes etiológicos que causaram a chamada Síndrome Respiratória Aguda Grave. Em dezembro de 2019, em Wuhan na China, foram identificados casos de pneumonias que apresentaram manifestações clínicas semelhantes às de 2012 no Oriente Médio, sendo realizada uma análise de sequenciamento de amostras pulmonares dos pacientes acometidos, identificou-se a presença de um novo coronavírus, nomeado de Novo Coronavírus 2019 e após serem caracterizadas os sintomas pulmonares relacionados à SRAG, o vírus foi renomeado como SARS-CoV-2, o causador da doença designada COVID-19 (HUAN *et al.*, 2020).

Em março de 2020, devido à fácil propagação e o aumento exponencial do número de contágios em vários países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença COVID-19 como pandemia (FARO *et al.*, 2020).

A COVID-19 foi caracterizada por um quadro clínico que pode variar entre infecção assintomática à síndrome respiratória grave (ABEBE *et al.*, 2020). Suas manifestações clínicas mais comuns são a tosse, febre, náusea, vômito e diarreia, porém para alguns casos ocorreram Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo Grave e Sepsis (GUAN *et al.*, 2019).

Inicialmente, a maioria dos casos notificados, era de indivíduos assintomáticos, ou que apresentam sintomas leves, como febre, tosse ou dificuldade respiratória leve. Muitas vezes, o diagnóstico foi confundido ao de um resfriado simples (BAI *et al.*, 2020). No entanto, uma parcela dos casos evoluiu ao quadro de SRAG, cursando com Pneumonias, Insuficiência Respiratória Aguda, Edema Pulmonar, Choque Séptico ou até Falência Múltipla de Órgãos e consequente morte (MUDATSIR *et al.*, 2020).

A principal forma de transmissão do novo vírus é a propagação por meio aéreo, ou seja, através da inalação de gotículas respiratórias, do contato próximo com indivíduos infectados ou contato físico com superfícies com partículas infectadas (KOH *et al.*, 2020).

Como os indivíduos assintomáticos foram considerados agentes transmissores,

através das relações interpessoais de contato, as ações de prevenção frente à rápida disseminação da doença, como constante higienização das mãos e superfícies e utilização de máscaras, foram estratégias comuns adotadas, além de distanciamento e isolamento social como principal medida de controle, diante de um cenário com ausência de tratamento efetivo e universal (CHU *et al.*, 2020).

Haja vista a necessidade de ações de controle para o cenário pandêmico e, mediante a ausência vacinas ou métodos adequados e eficazes de tratamento, tais ações ficaram restritas às medidas de contenção comunitária, ou isolamento social (WILDER-SMITH, 2020). Desta forma, o isolamento social foi proposto como recomendação por todos os órgãos mundiais de saúde, por meio da adoção do distanciamento físico e fechamento de espaços públicos e privados (ZHENG., 2020).

Neste cenário, dois modelos de isolamento social são definidos, o plano de supressão conhecido como isolamento horizontal e o plano de mitigação, mais conhecido como isolamento vertical (FERGUSON *et al.*, 2020).

O isolamento social horizontal tem como objetivo principal a redução da média de casos secundários, decorrente das contaminações oriundas de indivíduo contaminado e exige maior abrangência de toda a sociedade. O modelo propõe que apenas setores essenciais devem ser mantidos disponíveis por todo o tempo em que o vírus estiver em circulação, ou até que seja desenvolvida uma vacina, porém traz inúmeros reflexos em vários setores, como na economia (SCHUCHMANN *et al.*, 2020).

O isolamento vertical é um modelo mais flexível que, definitivamente, não garante interrupção completa da propagação, mas a minimização dos impactos na saúde e se propõe a aumentar a imunidade da população para reduzir número de casos e de transmissão, com distanciamento social somente por parte daqueles considerados mais vulneráveis à doença, sem conseguir proteger pessoas com alto risco de casos mais graves da doença e até mesmo morte (FERGUSON *et al.*, 2020).

Apesar de cruciais em pandemias, a adoção de regimes que interferem na dinâmica da sociedade, como distanciamento e isolamento social, podem causar impacto na vida das pessoas idosas, como aumento do sedentarismo e diminuição dos níveis de atividade física, considerados principais efeitos adversos do isolamento social (QIN *et al.*, 2020).

Sem deixar de considerar a importância e legitimidade do distanciamento e isolamento social para proteção das pessoas idosas, há de se considerar que tais medidas

podem aumentar alguns problemas existentes, como o sentimento de descriminalização e preocupação excessiva, sedentarismo e medo, visto que esses indivíduos foram afastados do convívio social com amigos e familiares passando mais tempo em casa intensificando-se nesses indivíduos os sentimentos de solidão com alteração da rotina de lazer e atividade física (LEBRASSEUR *et al.*, 2021).

Visto que a sociabilidade desempenha um papel importante na proteção de pessoas idosas, no que se refere aos sentimentos de solidão, o distanciamento e isolamento social podem gerar nessa população sofrimento psicológico afetando assim, prejudicialmente a prática das atividades de vida diária e de atividades físicas, alterando a sensação de bem estar produzida por essas atividades, gerando assim mudanças comportamentais, corroborando para o avanço de alterações funcionais e mentais (DE SOUZA *et al.*, 2021).

2.2 ENVELHECIMENTO E COVID-19

A população brasileira está em um processo de envelhecimento progressivo e isso representa um grande desafio a ser enfrentado em diferentes áreas, como na economia, na saúde, entre outros. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que para 2050, 22,1% da população do mundo terá 60 anos ou mais, o que representa aproximadamente 1,97 bilhão de pessoas (BEZERRA *et al.*, 2021).

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), o número de pessoas com mais de 60 anos de vida será maior que o daqueles com idade inferior aos 30 anos, garantindo-lhe o 6º lugar no mundo em quantidade de pessoas idosas.

No século XXI houve importante alteração na pirâmide etária mundial, com expressivo aumento no número de pessoas idosas, neste contexto, esse fenômeno demográfico traz profundas mudanças epidemiológicas, que implicam em novos desafios para os sistemas de saúde (JACOB, 2019).

Vale lembrar que o processo de envelhecimento é individual, causado por alterações celulares e moleculares que resultam em declínios funcionais progressivos do organismo e dos órgãos de forma geral. Nesse contexto, a população idosa apresenta maior risco de gravidade e complicações pela COVID-19, com maior taxa de mortalidade, coexistindo com maior prevalência de doenças crônicas associadas à idade, como as cardiovasculares, respiratórias e diabetes (SANTINI *et al.*, 2020).

A presença de múltiplos problemas crônicos de saúde está, inclusive, inter-relacionada com a patogênese da COVID-19. Dados da literatura indicam que a maior

probabilidade dos indivíduos acometidos por doenças crônicas terem piores resultados clínicos e complicações relacionados à COVID-19, pode ser devida ao aumento da expressão da enzima conversora de angiotensina (ECA2), que facilitaria a entrada do vírus nas células, assim como pela maior resposta hiperinflamatória, favorecida pelas condições crônicas existentes, como diabetes e hipertensão arterial (NIKOLOSKI *et al.*, 2021).

Nesse sentido, destaca-se a relação entre a faixa etária e carga de morbidades, com aumento do risco para incidência de complicações relacionadas à COVID-19 e ocorrência de desfechos clínicos desfavoráveis como: diminuição da mobilidade, declínio funcional, fragilidade, internação hospitalar, necessidade de terapia intensiva e óbito (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), explicado pelo fato das pessoas idosas acometidas por doenças crônicas terem menor capacidade de resposta às infecções .

Neste contexto, é importante destacar o papel do sistema imunológico, que é caracterizado por uma rede complexa e integrada de células e órgãos linfóides, constituindo-se de dois componentes que trabalham em conjunto para combater os patógenos: sistema imunológico inato, que em contato com os patógenos atua de maneira rápida e não-específica; e sistema imunológico adaptativo, mais tardio, embora com vantagens na especificidade e da memória de longa duração. Ambos, inato e adaptativos, mostram alterações relacionadas à idade que parecem cruciais para o envelhecimento saudável (LARBI; FULOPT, 2014).

No aspecto do envelhecimento, denomina-se imunossenescência o envelhecimento imunológico, associado ao progressivo declínio da função imunológica e consequente aumento da suscetibilidade às infecções, às doenças autoimunes e, até mesmo, ao câncer, além de redução da resposta vacinal, por afetar diferentes tipos celulares na medula óssea, como timo, linfócitos maduros do sangue periférico e nos órgãos linfóides secundários, além dos elementos do sistema imunológico inato (CARSETTI *et al.*, 2012).

O envelhecimento imunológico, portanto, abrange tanto a experiência adquirida pelo contato com diversos antígenos, assim como seu armazenamento que é mantido pela memória imunológica, consequentemente, a principal manifestação clínica do envelhecimento imunológico é o aumento da susceptibilidade às infecções, agudas ou crônicas (SOLANA *et al.*, 2012).

De fato, o envelhecimento é acompanhado por um estado de inflamação crônica de baixo grau (*inflammaging*), demonstrado pelo aumento em duas até quatro vezes dos níveis séricos de mediadores inflamatórios, preditivos de mortalidade, independentemente da

morbidade pré-existente. Assim, a imunossenescência é responsável pelo aumento da suscetibilidade às doenças infecciosas, bem como pela origem dos mecanismos biológicos responsáveis por doenças inflamatórias relacionadas à idade (GAVAZZI; KRAUSE, 2002), sendo os prognósticos para aqueles com doenças crônicas, desfavoráveis perante à COVID-19, principalmente pela maior suscetibilidade ao aumento da resposta inflamatória, conhecida como tempestade de citocinas (NIKOLOSKI *et al.*, 2021).

Além das alterações no aspecto imunitário, o envelhecimento cursa com alterações e declínio do sistema muscular, com modificações na composição da fibra muscular, diminuição da inervação, vascularização, contratilidade e comprometimento das unidades motoras, podendo refletir no declínio do desempenho físico, fragilidade, fraqueza generalizada, ocorrência de quedas e incapacidade (MATADIZ, 2015).

Considerando a fraqueza muscular, vale mencionar a Sarcopenia, considerada doença muscular com forte associação com diversos agravos à saúde do idoso. Caracterizada pela baixa massa e força muscular (aspecto determinante principal), essa desordem no músculo esquelético, reconhecida pela Classificação Internacional de Doenças (CID) pelo código M62.84, está associada ao aumento da probabilidade de resultados adversos como quedas, fraturas, incapacidade física, má qualidade de vida e morte para o idoso (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2018).

Uma vez que o próprio processo de envelhecimento é marcado por alterações fisiológicas, metabólicas e funcionais, que contribuem para a perda da função e massa muscular, as pessoas idosas são as mais afetadas por agravos (LIGUORI *et al.*, 2018).

No contexto pandêmico, o distanciamento social restringiu as atividades físicas, conferindo um risco adicional de perda muscular. As medidas restritivas impuseram a permanência das pessoas em casa por longos períodos, com adoção de comportamentos sedentários, caracterizados por inatividade física, maus hábitos alimentares e padrões de sono irregulares, os quais somados podem ter promovido deterioração da massa muscular e conseqüentemente redução da função muscular, além de perda da densidade mineral óssea (MICHAEL *et al.*, 2021).

O desequilíbrio na síntese e degradação da unidade músculo-óssea devido ao sedentarismo, podendo gerar mudanças agudas na composição corporal, pode ser descrito como osteosarcopenia, o qual promove mais estresse oxidativo e citocinas inflamatórias, exacerbando a disfunção muscular, gerando prejuízo à locomoção e ao equilíbrio, aumentando o risco de quedas e óbito (WANG *et al.*, 2021).

Ademais, com o envelhecimento há redução da capacidade respiratória. A maior dificuldade em combater infecções respiratórias na população idosa pode ser explicada, em partes por alterações na anatomia pulmonar e na atrofia muscular das pessoas idosas, com conseqüente redução na capacidade de depuração das vias aéreas e da reserva pulmonar, elevando essa população ao nível de maior risco de morte por COVID-19 (LIU *et al.*, 2020).

Ainda, sabe-se que as doenças respiratórias crônicas, seguidas por condições como diabetes e hipertensão arterial, por si, elevam chance de quadros mais graves e de morte por COVID-19, especialmente entre pessoas idosas (BONANAD *et al.*, 2020).

Para além das doenças físicas, prevalentes entre pessoas idosas, vale mencionar a as alterações de saúde mental, com atenção à Depressão, diretamente ligada ao aumento das morbidades, mortalidade e ao déficit de autocuidado, juntamente com baixa adesão aos tratamentos diversos. Portanto, torna-se importante a consideração sobre aspectos de saúde mental desses indivíduos, em especial no contexto da pandemia da COVID-19, haja vista sua relação bidirecional com saúde física (ABRANTES *et al.*, 2020).

2.3 SAÚDE MENTAL E MEDO NAS PESSOAS IDOSAS DURANTE A PANDEMIA

Antes da COVID-19, as pessoas idosas já demonstravam níveis moderados de solidão, a qual, por sua vez, foi exacerbada como consequência das medidas preventivas adotadas durante a pandemia (YANG *et al.*, 2020).

Apesar dos benefícios do distanciamento e isolamento social nesse cenário, houve impacto na saúde mental das pessoas idosas (BEZERRA *et al.*, 2020).

Faro *et al.* (2020) constatam que o isolamento social pode propiciar má qualidade de vida, alguns transtornos mentais, como ansiedade, depressão e indícios de aumento do comportamento suicida em pessoas idosas.

De acordo com estudo longitudinal, Herrera e colaboradores (2021), referem o aumento dos sintomas depressivos ligado a fatores como o aumento de problemas de saúde e, especialmente, pela exacerbção dos sentimentos de ansiedade e de solidão entre pessoas idosas, antes e após a COVID-19. Os autores mencionam o aumento das preocupações devido à pandemia como causa de sentimentos ansiosos que, por sua vez, promovem desânimo enquanto, de forma simultânea, a depressão tende a aumentar a ansiedade e, por fim, as preocupações quanto à situação de crise.

Os fatores etiológicos resultantes em transtornos de ansiedade, tais como fatores

ambientais, medo da doença e a solidão, são semelhantes aos da depressão, todavia, a ansiedade não está somente ligada à depressão e pode surgir de sentimentos de medo, preocupações e das próprias mudanças no estilo de vida das pessoas idosas durante a pandemia (CIGILOGLU *et al.*, 2021).

Ainda, Ahorsu *et al.* (2020) mostraram que o medo da COVID-19 foi significativamente associado à sintomas de depressão na população em geral e, o medo excessivo, juntamente com as consequências sociais e econômicas, causadas pela pandemia de COVID-19, têm a capacidade de alterar e prejudicar o comportamento racional dos indivíduos e levar ao sofrimento, com piora da saúde mental e desafios psicossociais.

Avaliar o medo do COVID-19 pode ajudar nos diagnósticos de saúde mental das populações em geral e fornecer informações de populações específicas como das pessoas idosas, para que possam ser realizadas medidas preventivas para ajudar a reduzir os níveis de medo da doença. Por outro lado, há que se ponderar que o distanciamento e isolamento social podem ter restringido o acesso aos serviços de saúde, principais provedores do acompanhamento da população e, desta forma, cabe uma reflexão sobre a atuação da Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19 (PAKPOUR; GRIFFITHS, 2020).

A maior vulnerabilidade à COVID-19 apresentada pela população idosa não está associadas aos componentes biológicos do envelhecimento, mas também relaciona-se aos aspectos psicossociais, envolvendo principalmente questões mais subjetivas de uma pessoa que envelhece, como por exemplo questões relacionadas a sua imagem social, quais são as leis e a cultura social de contexto que, dependendo da situação, podem proteger ou ferir os seus direitos de cidadania. Tais aspectos precisam ser considerados, principalmente em tempos de pandemia, em que a população idosa é afetada de forma significativa. Assim, além dos fatores biológicos do envelhecimento, questões sociais, psicológicas, políticas e culturais que influenciam a subjetividade das pessoas, em especial a subjetividade da pessoa que envelhece, podem influenciar e favorecer a maior vulnerabilidade dessa população a doenças e infecções (LOPES, *et al.*, 2022).

Nesta perspectiva, é importante destacar, que este público pode estar sujeito a exclusão e ageísmo (discriminação por idade), desenvolvimento de medo, depressão, ansiedade (intensificados pela sensação de abandono), aumento da ideação suicida e violência doméstica, aumento nos níveis de condições e hábitos não saudáveis pelo uso exacerbado do cigarro e álcool, alarmando as condições de saúde já preexistentes como a hipertensão,

diabetes e as cardiopatias, principalmente quando o contexto sócio-pisico-políticos e culturais são desfavoráveis aos processos subjetivo do envelhecimento. Assim, a partir do momento que essas alterações passam a interferir na vida do idoso, de modo que o tornem incapacitantes, aumenta significativamente a vulnerabilidade em desenvolver complicações decorrentes de quadros de alta cronicidade já instalados, e o aumento do medo pode exacerbar condições pré existentes como a depressão. Já existem relatos que estudos mais recentes, que no contexto da pandemia por COVID-19, as pessoas idosas mais fragilizadas em relação a sua saúde, sem ou com restrição dos vínculos sociais, ou em condições materiais insuficientes, recuperam se da COVID-19 de forma mais lenta, aumentando a gravidade dos danos psicossociais (LOPES, *et al*, 2022.; OLIVEIRA, *et al*, 2021).

É importante destacar que as pandemias possuem conseqüências psicológicas que vão além da duração do período pandêmico, portanto, torna-se fundamental a investigação mais detalhada das conseqüências da pandemia por COVID-19 na saúde mental da população idosa, além de uma assistência de saúde preparada para atuar nos casos de transtornos da saúde mental para além período pandêmico (MORLETT, *et al.*, 2019).

2.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

A APS é reconhecida como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, fundamentada na realização de ações de promoção e proteção da saúde, da prevenção dos agravos, do diagnóstico precoce, do tratamento e da manutenção da saúde, com foco no individual e no coletivo. Constitui-se em uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde, visando aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na oferta (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Desde sua implantação, a APS vem buscando concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto que, no sentido de reestruturar os serviços de saúde, a partir desse sistema, foi criado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), num aspecto direcionado, em que se buscava superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, objetivando o alcance da equidade dentro do sistema (RAMOS; SETA, 2019).

Contudo, devido às características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde da APS, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia admissível para reorientação desse nível de atenção e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde do país, passando então a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando ações que garantem a

efetividade da APS, predominando a expansão da universalização do acesso, a cobertura e a focalização dos serviços de saúde (SILVA CASOTTI; CHAVES, 2013).

Com suas ações direcionadas às pessoas idosas, a ESF e sua equipe multiprofissional, está próxima à população e é capaz de realizar ações voltadas para prevenção, em especial à manutenção do desempenho funcional e minimização dos riscos impostos a essa população. A proximidade, vínculo e o fato de ser “porta de entrada” para o SUS, tornam tais ações mais viáveis e resolutivas (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Ainda, para atender as necessidades de saúde da pessoa idosa, o Ministério da Saúde sancionou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) no ano de 2006, a qual visa a promoção, prevenção e recuperação da saúde, pautada nas diretrizes do SUS, buscando desenvolver ações resolutivas no âmbito individual e coletivo, sendo ofertada pela APS. Essas ações devem ser intermediadas pela ESF nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), além de apoiadas e articuladas com a atenção secundária e terciária, como referências de média e alta complexidade (BRASIL, 2020).

Segundo a PNSPI, o conceito de saúde para as pessoas idosas não deve se restringir à prevenção e controle de agravos e de doenças crônicas, mas sim pautado na interação entre saúde física, mental, independência financeira, suporte social, capacidade e desempenho funcional. Tais ações são fundamentais no contexto da atenção prestada pela APS a essa população (ARAÚJO *et al.*, 2014).

A APS tem grande relevância no enfrentamento de pandemias, no entanto, com as estratégias de controle da pandemia da COVID-19 houve uma diminuição da circulação e deslocamento de pessoas às UBSF, podendo levar a prejuízos no acesso aos cuidados de saúde. Discutiu-se, então, o papel da APS no combate às pandemias, e seus atributos essenciais como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, bem como aqueles derivados de orientação familiar/comunitária e competência cultural (DE OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No geral, a APS deve ser considerada como pilar nas situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, Zika, Febre Amarela, Chikungunya e, agora, na COVID-19. Apostar naquilo que é a alma da atenção primária, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves, é estratégia fundamental, tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento da COVID-19 (DUNLOP *et al.*, 2020).

Trata-se de um espaço privilegiado para a ação coletiva, na informação e no envolvimento da sociedade, no cuidado comunitário durante medidas de isolamento, na promoção da saúde, nos cuidados iniciais e na contenção da transmissão. Assim, contribui para a ampla mobilização em torno desse enfrentamento, como única forma de incluir toda a população e não deixar ninguém para trás (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

À APS caberá também abordar problemas oriundos do distanciamento e isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados longitudinais. Tudo isso soma-se ao conjunto de problemas já vivenciados pelas pessoas e que se apresentam no cotidiano dos serviços (DUNLOP *et al.*, 2020).

Em tempos de pandemia, as atividades de rotina da APS precisam ser preservadas, mediante às previsões para um longo curso, o qual exige adequação de procedimentos e incorporação de outros, para que funcionem cumprindo sua missão, incluindo novas formas de cuidado cotidiano à distância, evitando a exclusão do acesso, com tecnologias de informação e comunicação, como WhatsApp e telefone, para a realização de contato de saúde, garantir a oferta de ações de forma segura e de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento, principalmente entre pessoas idosas (DE OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a reorganização dos serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a pandemia e manter a oferta regular de suas ações é imperativa, e seu necessário protagonismo e readequação vêm sendo destacados em documentos e relatórios produzidos no país. Mesmo reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a ESF é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social, pois, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais responsáveis pelo cuidado à saúde (BHAUMIK *et al.*, 2020).

A ESF tem ampliado sua atuação na resposta às necessidades de populações socialmente vulneráveis e de grupos de risco, como as pessoas idosas e indivíduos que apresentam comorbidades para que possam, efetivamente, seguir as recomendações preventivas relacionadas à COVID-19, uma vez que se esperava que a população necessitaria de todo tipo de apoio (sanitário, financeiro, psicológico e social), incluindo atendimento pela rede de serviços de saúde e acesso aos mecanismos de proteção social

(FANG *et al.*, 2020).

As políticas de enfrentamento à pandemia devem levar em consideração as evidências acumuladas sobre envelhecimento, de modo a desenvolver diretrizes voltadas às necessidades das pessoas idosas e aos mais fragilizados, considerando as limitações da infraestrutura de serviços e a ausência de cuidados integrados, sendo fundamental reconhecer a existência de todos esses problemas e que a falta de conhecimento gerontológico os agrava, nesse sentido é fundamental a realização de monitoramento e acompanhamento da população idosa no âmbito da APS, para melhor avaliação e mensuração das consequências da pandemia por COVID-19 na saúde clínica, mental e funcional das pessoas idosas vinculadas a APS (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a presença de associação entre sintomas depressivos e o medo da COVID-19 em pessoas idosas cadastradas na APS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil clínico, social e demográfico em pessoas idosas cadastrados nas ESF da APS;
- b) Identificar a prevalência de COVID-19 na amostra de pessoas idosas cadastradas nas ESF da APS;
- c) Identificar a prevalência de sintomas de depressão na amostra de pessoas idosas cadastradas nas ESF da APS;
- d) Descrever os níveis de medo da pandemia na amostra de pessoas idosas cadastradas nas ESF da APS;
- e) Verificar a associação de características clínicas, sociais e demográficas com o medo da COVID-19;
- f) Investigar o impacto dos sintomas depressivos na associação das características clínicas e sociodemográficas com o medo da COVID-19.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e seccional realizado com pessoas idosas cadastradas em diferentes ESF da APS de Município de Alfenas, Minas Gerais. O presente estudo seguiu as diretrizes do “*Strengthening of the Reporting on Observational studies in Epidemiology*” (STROBE) para estudos observacionais (VANDENBROUCKE *et al.*, 2007).

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi apreciado e autorizado junto ao comitê de projetos da Comissão de Integração Ensino e Serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG (ANEXO B) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), sob o parecer de nº 4.644.760 e CAAE: 43312321.7.0000.5142 (ANEXO C). Todos os participantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), por meio de gravação do consentimento ou por meio eletrônico (ANEXO A).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no âmbito da APS de Município de Alfenas-MG, que conta com 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Pessoas idosas cadastradas nas UBSF foram contatados e convidadas a participar do estudo. Tendo em vista cálculo amostral realizado por meio de estudo piloto, foi planejada a inclusão de pessoas idosas vinculadas à todas as UBSF, a fim de garantir maior representatividade desta população no âmbito da APS do município. A lista completa de cada ESF foi obtida junto à Prefeitura Municipal de Alfenas, com a concordância prévia da instituição em dar acesso aos dados dos pacientes para realização da pesquisa (ANEXO D).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por pessoas idosas cadastradas na rede de Atenção Básica à Saúde de Alfenas, localizada na região sul do estado de Minas Gerais.

Foram critérios de inclusão da amostra: pessoas com idade de 60 anos ou mais sem distinção de raça ou gênero, não acamados e com cadastros ativos nas ESF do município de Alfenas-MG.

Foram critérios de exclusão: pessoas idosas com alterações cognitivas detectadas pela versão adaptada para o telefone do mini-exame do estado mental (CAMOZZATO *et al.*, 2010). Aqueles com problemas de entendimento ou comunicação, como problemas na fala e na audição que limitassem ou impedissem a participação nas entrevistas telefônicas

ou respostas aos questionários. Também foram excluídos do estudo os indivíduos que não atenderam ao telefone após a terceira tentativa de comunicação.

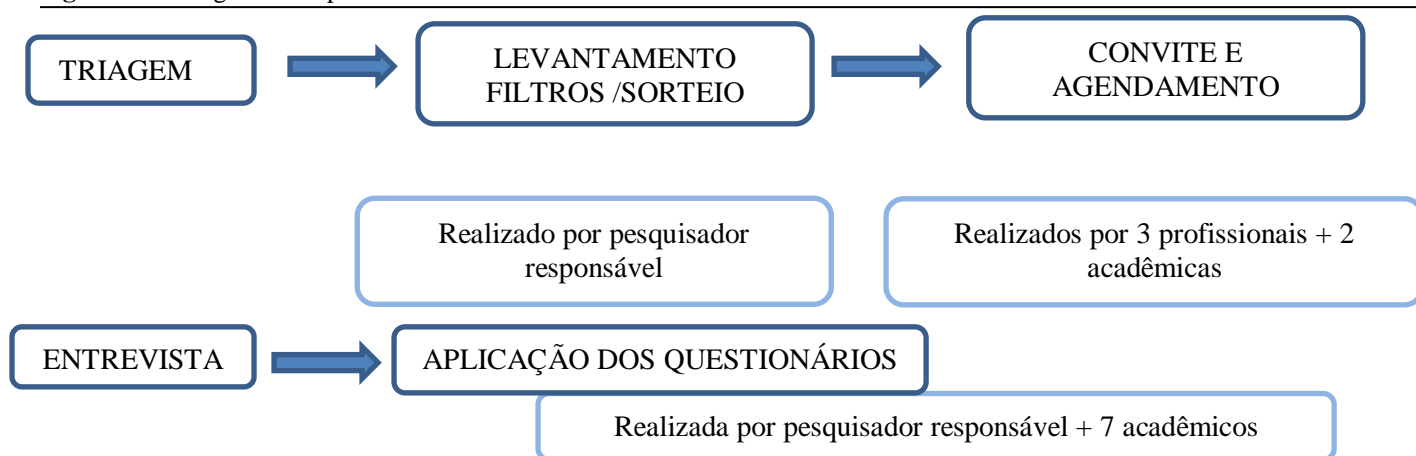
O tamanho da amostra foi definido com base em cálculo amostral que utilizou dados de estudo piloto prévio com 28 participantes, o qual encontrou um coeficiente de correlação linear entre sintomas depressivos e medo da COVID-19 de 0,399. Tendo como base esse coeficiente de correlação linear, foi calculado um tamanho de efeito de 0,19, para relação entre sintomas depressivos e medo da COVID-19 entre os participantes do estudo piloto. Considerando o tamanho de efeito 0,19; nível de significância α de 0,05 e poder estatístico de 90%; foi definido um tamanho de amostra mínima de 154 participantes, para inclusão de até 20 variáveis preditoras no modelo de regressão linear múltipla. Considerando a possibilidade de perda de dados durante a coleta de dados, foi acrescido uma margem de mais 20% na amostra mínima definida, sendo então a amostral final calculada para o presente estudo de 184 participantes, já com percentual para compensação das perdas.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A coleta de dados envolveu duas etapas:

- a) triagem de pessoas idosas elegíveis, junto à rede de saúde municipal e contato inicial com os participantes, realizado pelos pesquisadores;
- b) entrevista telefônica para responder ao questionário estruturado multidimensional e questionários específicos. As etapas da coleta estão ilustradas na (FIGURA 1).

Figura 1- Fluxograma temporal da coleta de dados.



Fonte: do autor. Alfenas-MG (2022).

O grupo de pesquisadores foi composto por alunos do curso de graduação em

Fisioterapia e alunos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (fisioterapeutas) da UNIFAL-MG, além de profissionais (fisioterapeutas) da rede municipal. Todos os envolvidos com a coleta de dados foram treinados quanto ao protocolo de coleta, e a equipe foi dividida em dois grupos de trabalho: um para convite e agendamento das entrevistas, e outro composto por entrevistadores que aplicaram o questionário estruturado.

4.4.1 Triagem:

O levantamento das pessoas idosas cadastradas na rede de Atenção Básica à Saúde, na cidade de Alfenas, ocorreu através da lista cedida pela Secretaria de Saúde, com 12.537 pessoas cadastradas nas ESF. Sobre esta lista foram aplicados dois filtros, para excluir indivíduos acamados e aqueles inativos no sistema (falecidos), sendo gerada uma nova lista com 9.199 pessoas elegíveis ao estudo. Posteriormente, foram geradas 16 planilhas em arquivo de Excel, sendo uma planilha para cada ESF, contemplando as UBSF. Para realização dos sorteios, o pesquisador, utilizando a ferramenta de sorteio do próprio Excel, sorteou participantes elegíveis forma aleatória e alternada em cada planilha das UBSF, até compor a amostra do presente estudo, a fim de garantir maior representatividade da população idosa do município participante. Todas as pessoas idosas sorteadas foram convidadas, via ligação telefônica, para participação do estudo.

4.4.2 Entrevista:

Todos os participantes incluídos responderam ao questionário estruturado multidimensional elaborado pelos pesquisadores com base em informações clínicas relevantes e em instrumentos válidos e confiáveis para monitoramento das características sociodemográficas, medo da COVID-19 e de sintomas depressivos. A coleta de dados foi realizada por profissionais e acadêmicos previamente treinados e familiarizados com o questionário.

4.4.3 Instrumentos da coleta de dados:

O questionário constituído por itens estruturados e semiestruturados, requeria um tempo de aplicação estimado entre 30 e 40 minutos, contendo informações sobre: sexo, idade, estado civil, raça, renda familiar e pessoal mensal, chefia familiar, escolaridade, estado conjugal, tipo de arranjo domiciliar, número de filhos, ocupação atual e anterior, histórico quedas, peso e altura autorrelatados; além de instrumentos para avaliação do impacto da pandemia por COVID-19, atividades básicas e instrumentais de vida diária,

instrumento de triagem cognitiva, de sintomas depressivos, com informações sobre presença de comorbidades, mobilidade, capacidade aeróbica e muscular, marcha, continência esfinteriana, acuidade visual e auditiva, avaliação de sintomas e queixas de dor, entre outras (Anexo F).

4.4.4 Triagem Cognitiva:

A triagem cognitiva foi realizada pelo *Brazilian telephone Mini-Mental State Examination* (Braztel-MMSE), que é um instrumento traduzido e adaptado culturalmente para uso na população brasileira, originado da versão aplicável por telefone do Mini-Exame do Estado Mental para rastreio de déficits cognitivos (Anexo E). O Braztel-MMSE é composto por 22 itens, em comparação aos 30 itens da versão original, com adequadas propriedades psicométricas e forte correlação com a versão original, apresentando alta acurácia diagnóstica para identificar demência (área sob a curva ROC de 0,98; IC95% = 0,96–1,00). O Braztel-MMSE foi utilizado para determinar se os participantes apresentavam capacidade cognitiva para participação no estudo e resposta ao questionário. O ponto de corte utilizado foi 15 pontos, determinado na literatura pelo melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade (Sensibilidade: 94%; Especificidade: 84%; Valor Preditivo Positivo: 85%; e Valor Preditivo Negativo: 93%) (CAMOZZATO *et al.*, 2010).

4.4.5 Medo da COVID -19:

O medo da pandemia foi avaliado pela Escala de Medo da COVID-19, traduzido e adaptado para a população brasileira (FARO *et al.*, 2022). A Escala de Medo da COVID-19 consiste numa medida unidimensional, contendo sete itens, respondidos em uma escala tipo *Likert* com possibilidades de resposta de um (discordo totalmente) até cinco pontos (concordo totalmente). O escore total é obtido a partir da soma dos itens, variando de 7 a 35 pontos (*range* de 28 pontos), em que quanto mais alto o escore, maior o sentimento de medo diante da doença (AHORSU *et al.*, 2020), não foram encontrados na literatura disponível ponto de corte para população idosa.

4.4.6 Sintomas Depressivos:

A avaliação dos sintomas depressivos foi realizada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), desenvolvida há mais de 20 anos, especificamente para avaliar sintomas depressivos em pessoas idosas. É composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado, demandando de cinco a 15 minutos para a sua

aplicação. Inicialmente foi composta por 30 questões binárias (sim/não) e de fácil compreensão, após foi criada uma versão reduzida, com 15 itens, a partir da escala original, considerando-se os itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Possui uma variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos). O escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos. (ALMEIDA, ALMEIDA., 1999).

4.4.7 Impacto da pandemia por COVID-19:

Foi avaliada pelo questionário adaptado daquele desenvolvido por Cawthon *et al.* (2020), composto por questões direcionadas às pessoas idosas sobre a influência da pandemia, em diversos domínios de suas vidas, podendo ser aplicado via telefone. Esse questionário é útil e viável pois possibilita um maior conhecimento sobre os efeitos da doença COVID-19 na saúde dessa população e contribui para melhorar o planejamento das ações de saúde direcionadas, durante e após a pandemia. As questões do questionário permitem a avaliação do impacto da pandemia em vários domínios, mas esse instrumento não possui escore ou pontuação, a interpretação deve ser realizada por meios da análise das questões de forma isolada ou em conjunto (CAWTHON *et al.*, 2020; NICOL *et al.*, 2020).

4.4.8 Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD):

As AIVD foram avaliadas pela Escala de Lawton e Brody, desenvolvida em 1969 com objetivo de medir a incapacidade e pode ser utilizada para o melhor planejamento e avaliação das intervenções em pessoas idosas. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das AIVD, as quais compreendem tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades. A escala de Lawton e Brody é adaptada ao contexto brasileiro, apresenta-se confiável, possuindo parâmetros psicométricos satisfatórios na reprodutibilidade e objetividade. O escore total da escala varia de um mínimo de 7 pontos até 21 pontos (máximo), com pontos de corte de: ≤ 7 pontos indicando dependência total nas AIVD; entre 7 e 21 pontos indicando dependência parcial nas AIVD e 21 pontos indicando independência nas AIVD (SANTOS, JUNIOR., 2008).

4.4.9 Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD):

As AAVD consistem de atividades relacionadas com a participação e inserção social

de pessoas idosas em sua comunidade e podem ser avaliadas por meio de questionário específico, estruturado por 13 itens, com as opções de respostas: nunca fez; parou de fazer e ainda faz. A pontuação é obtida por valores de um até três pontos com escore mínimo de 13 pontos e máximo de 39 pontos (OLIVEIRA *et al.*, 2015), ainda sem pontos de corte estabelecidos para população idosa.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a caracterização da amostra foi utilizada análise descritiva, por meio de medidas de tendência central como média e desvio-padrão e, por meio de medidas de frequência da ocorrência dos desfechos de interesse. A normalidade dos dados foi averiguada pelo Teste Kolmogorov-Smirnov.

Modelos de regressão linear multivariada foram construídos para analisar a associação dos sintomas depressivos, bem como outras variáveis, com o medo da COVID-19. Inicialmente foi realizada análise bivariada, para examinar a existência de correlações das variáveis independentes (quantitativas e categóricas) com a variável medo da COVID-19 (desfecho).

Posteriormente, modelos de regressão linear múltipla do tipo *forward* foram empregados para definir a melhor combinação das variáveis no modelo final. Primeiramente foi estabelecido um modelo de regressão linear múltipla sem incluir a variável sintomas depressivos entre os preditores e, em seguida, outro modelo foi definido mantendo as variáveis incluídas no primeiro modelo, acrescido da variável independente “sintomas depressivos”.

As variáveis explicativas foram selecionadas segundo critérios teóricos e incluídas nos modelos de regressão conforme critérios teóricos e estatísticos. Foram incluídas no modelo de regressão variáveis com significância estatística ($p \leq 0,05$) na análise de correlação bivariada com o desfecho medo da COVID-19, com exceção das variáveis idade, sexo, escolaridade, e diagnóstico de COVID-19, que foram incluídas no modelo de regressão independentemente da existência de correlação significativa na análise bivariada.

O modelo de regressão final foi definido após verificados e respeitados os seguintes pressupostos: presença de relação linear das entre variáveis independentes com a variável dependente, independência das variáveis explicativas (fatores associados); ausência de multicolinearidade, verificada por meio da tolerância e do fator de inflação da variância

(VIF); variância constante dos erros (homoscedasticidade dos erros); distribuição independente dos erros (teste de Durbin-Watson) e normalidade dos resíduos (análise gráfica e teste de normalidade Kolmogorov -Smirnov). Todas as análises foram realizadas com uso do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), sendo adotado um nível de significância α de 0,05.

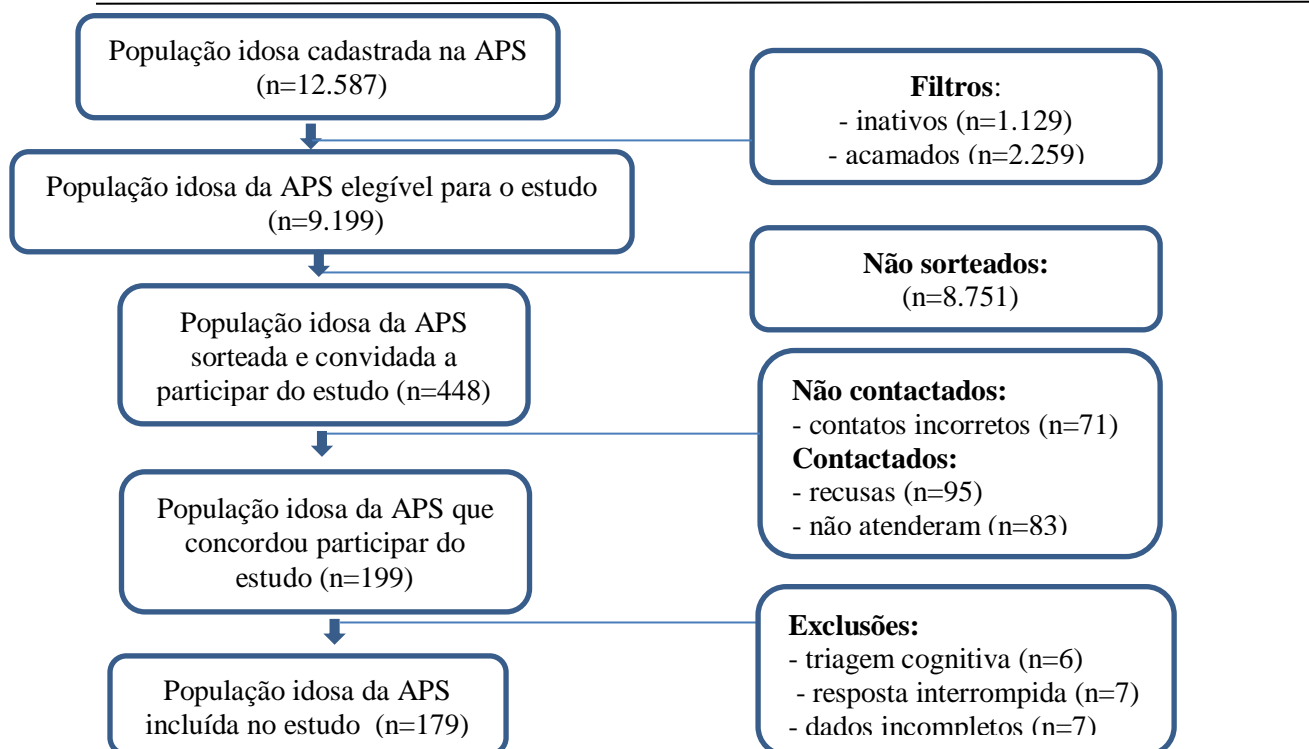
5 RESULTADOS

Pessoas idosas residentes no município de Alfenas-MG foram selecionadas para o estudo a partir de uma lista de cadastro, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual continha 12.537 pessoas idosas.

Após a aplicação de filtros para detectar cadastros inativos e de pessoas falecidas (n= 2.549), ou acamadas (n= 1.129), restaram 9.199 pessoas elegíveis para a pesquisa, cadastradas em 16 UBSF. Após o sorteio de 448 pessoas para a realização das ligações, alguns indivíduos não foram incluídos por: recusa (n=95), não atenderam às ligações (n=83) e contatos incorretos (n=71). Ainda, houve seis exclusões por triagem cognitiva, sete por respostas interrompidas durante a entrevista e sete por dados incompletos.

A Figura 2 ilustra o processo de seleção dos participantes para o presente estudo. A coleta de dados foi realizada entre setembro e dezembro de 2021 sem a existência de vacinas e de janeiro a julho de 2022, já com contexto das vacinas contra a doença.

Figura 2- Fluxograma de entrada de pacientes no estudo



A amostra foi composta por 179 pessoas idosas, a maioria do sexo feminino, com média de idade de 69 anos. A maioria das pessoas se declara branca, com menor parcela se declarando preta (18,5%), parda, mulata ou cabocla (14,6%). A minoria da amostra declara estar solteiro (8,9%) e (14%) divorciadas. Quanto à escolaridade, os menores números são de pessoas que possuem nível médio representando (16,2%) e a minoria da amostra tem ensino superior completo ou seja alto nível que somam (13,5%), quanto a renda a minoria da amostra tem renda média de 2 a 5 salários mínimos representando (20,7%) e a minoria renda alta que é de (2,9%). As demais características sócio-demográficas e de estilo de vida estão representadas na (TABELA 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra: fatores sócio-demográficos e estilo de vida

Variáveis	Contínuas Média (DP)	Catégoricas (n %)
Sexo		
Feminino		121 (68,8)
Masculino		55 (31,2)
Idade	69± 6,34	—
Raça		
Branca		119 (66,9)
Preta	—	33 (18,5)
Outras		15 (14,6)
IMC	28.6± 4,85	—
Estado civil		
Casado		85 (47,5)
Viúvo	—	53 (29,6)
Outras		29 (22,9)
Nível educacional		
Baixo	—	125 (70,2)
Outros níveis		42 (29,8)
Renda		
Até 2 salários mínimos (baixa)	—	127 (76,5)
Outras rendas		40 (23,5)
Acesso à internet		
Sim	—	106 (59,2)
Não		73 (40,8)
Tabagismo		
Sim	—	32 (17,9)
Não		147 (82,1)
Uso de bebida alcoólica		
Sim	—	50 (27,9)
Não		129 (72,1)
Score total do questionário de AAVD	10± 3,39	—
Pessoas que moram no domicílio		
Mora sozinho	—	45 (25,1)
2 a 5		118 (65,9)
>4		16 (9)
Score total do questionário Lawton e Brody	21± 2,08	—

Fonte: do autor. Alfenas-MG (2022).

A caracterização da amostra quanto aos fatores sociais e comportamentais adotados durante a pandemia estão representadas na Tabela 2, a qual apresenta a proporção das ações de prevenção para se manter protegido do contágio pelo vírus (uso de máscaras, lavagem das mãos, rezar entre outras), ações de ajuda (como a ajuda realizada a terceiros durante a pandemia, doar dinheiro, conseguir alimentos ou remédios para vizinhos, doar sangue entre outros) e com relação ao apoio social recebido. No geral, 10,6% dos participantes relataram não receber apoio, com relatos de ter sido impossível ou incapazes de obter alimentos (1,1%), medicamentos (1,7%) e cuidados médicos (3,4%), durante o período de pandemia, além da falta de companhia frequente (7,8%).

Tabela 2 - Caracterização da amostra: fatores sócio comportamentais durante a pandemia.

Variáveis	Contínuas Média (DP)	Catégoricas (n %)
Quantidade de ações de prevenção	5± 2,25	—
Quantidade de ações de ajuda	1± 1,14	—
Redução na frequência de comunicação		
Sim	—	85 (48,0)
Apoio social na pandemia		
Sim	—	160 (89,4)
Dificuldade de obter alimentos		
Nenhuma		142 (79,8)
Alguma	—	30 (16,9)
Muita		4 (2,2)
Dificuldade de obter medicamentos		
Nenhuma		113 (63,5)
Alguma	—	54 (30,3)
Muita		8 (4,5)
Dificuldade de obter cuidados médicos		
Nenhuma		105 (59,3)
Alguma	—	58 (32,8)
Muita		8 (4,5)
Companhia durante a pandemia		
Quase nunca	—	112 (62,6)
Às vezes		53 (29,6)

Fonte: do autor. Alfenas-MG (2022).

Na análise descritiva das características clínicas Tabela 3, foi observada média de 14 pontos para o escore total do questionário sobre medo da COVID-19, lembrando que quanto maior o escore maior é a sensação de medo da COVID-19. Ainda, 22,3% da amostra apresentaram sintomas depressivos, considerando os pontos de corte para esse variável. Quanto à qualidade do sono, 16,2% da amostra a referiu como ruim. Não foi referido quedas no último ano por 74,9% da amostra e 35,2% relataram que a saúde estava

pior comparada ao ano antes do início da pandemia. Não havia relato de dor para 31.5% e 92% da amostra não utilizam nenhum dispositivo de auxílio a mobilidade. Por fim, em relação ao diagnóstico da COVID-19, 76% não foram contaminados pelo vírus e 94.9% não foram hospitalizados.

Tabela 3 - Caracterização da amostra fatores clínicos.

Variáveis	Contínuas Média (DP)	Catégoricas (n %)
Escore total do questionário medo da covid-19	14± 7,8	—
Escore total da Escala de Depressão Geriátrica	3± 3,5	—
Numero de comorbidades	3± 2,13	—
Qualidade do sono	—	
Boa		150 (83,80)
Quedas no ultimo ano		
Sim	—	45 (25,1)
Autopercepção de saúde		
Melhor	—	116 (64,8)
Dor		
Sim	—	122 (68,5)
Uso de dispositivos de auxilio		
Sim	—	14 (8)
Diagnostico de COVID-19		
Sim	—	41 (24)
Hospitalização por COVID-19		
Sim	—	9 (5,1)

Fonte:do autor. Alfenas-MG (2022).

Com a análise por modelo de regressão linear múltipla inicial foi possível prever o medo da COVID-19, baseado na interação de múltiplas variáveis explicativas. Os parâmetros estatísticos da regressão encontrados no primeiro modelo foram: [F (5, 166) =21,979 , p < 0,001], com R² de 0,387. Assim, aproximadamente 38,7% da variabilidade do medo da COVID-19 foi explicada por cinco preditores do modelo de regressão. Neste modelo, sem a variável sintomas depressivos, a variável que mais contribuiu para explicação do modelo final foi a dificuldade de obter alimentos durante a pandemia, a qual explicou 18,2% da variabilidade do desfecho medo da COVID-19 (TABELA 4).

Tabela 4 - Regressão linear simples e múltipla entre variáveis independentes (sem sintomas depressivos) e medo da COVID -19 em idosos da APS, 2022, n=167.

Variável	Regressão Linear Simples (Análise Bivariada)					Regressão linear múltipla Ajuste modelo (R ² =0,387; F=21,979; df=5 de 19; p<0,05)				
	R ²	B (±SE)	β	t	p	R ²	B (±SE)	β	t	p valor
Idade (em anos)	0,001	0,081(0,086)	0,070	0,939	0,349					
Gênero (feminino)	0,002	0,669(1,184)	0,043	0,565	0,573					
Raça/Cor (preta ou parda)	0,013	2,082(1,152)	0,135	1,807	0,072					
Baixa escolaridade (analfabeto e ensino fundamental)	0,013	2,160(1,190)	0,135	1,814	0,071					
Renda familiar (em salários-mínimos)	0,035	-1,312(0,484)	-0,202	-2,710	0,007					
Não ter acesso à internet (sim/não)	0,012	-1,956(1,102)	-0,132	-1,776	0,078					
Diagnóstico de Covid 19 (sim/não)	0,005	-1,791(1,293)	-0,104	-1,385	0,168					
Pessoas residentes no domicílio (número)	0,011	0,954(0,558)	0,127	1,709	0,089					
Pessoas contribuem renda familiar (número)	0,067	2,695(0,754)	0,259	3,574	0,000	0,029	1,832(0,655)	0,174	2,797	0,006
Tabagismo (sim/não)	0,016	-2,771(1,410)	-0,146	-1,965	0,051					
Pior percepção saúde comparada 1 ano (pior ou muito pior)	0,062	3,935(1,105)	0,259	3,561	<0,001					
Pior qualidade do sono (relativamente ruim ou ruim)	0,117	6,876(1,390)	0,349	4,948	<0,001					
Ações de prevenção (número entre 0-14 ações)	0,069	0,889(0,236)	0,273	3,767	<0,001	0,046	0,686(0,199)	0,211	3,450	0,001
Comunicação durante pandemia (menor frequência)	0,067	3,912(1,056)	0,270	3,706	<0,001	0,064	2,292(0,908)	0,236	3,846	<0,001
Ausência de apoio social (sim/não)	0,022	3,936(1,749)	0,167	2,251	0,026					
Obter alimentos durante pandemia (alguma ou muita dificuldade)	0,164	7,448(1,245)	0,411	5,980	<0,001	0,182	5,165(1,257)	0,383	6,138	<0,001
Presença de dor nos últimos sete dias (sim/não)	0,091	4,857(1,123)	0,310	4,326	<0,001	0,085	3,689(0,996)	0,235	3,705	<0,001
Relato de quedas último ano (sim/não)	0,036	3,389(1,233)	0,202	2,748	0,007					
AIVD (escore escala Lawton e Brody)	0,008	-0,414(0,263)	-0,118	-1,574	0,117					

Fonte: do autor. Alfenas(2022).

Legenda: R² = coeficiente de determinação ajustado; F = estatística F; df = graus de liberdade; B = coeficientes não padronizados (*unstandardized*); SE = erro padrão (*Standard Error*); β = coeficientes padronizados (*standardized*); t = estatística t; p = valor de p, com significância de 0,05; AIVD = atividades instrumentais de vida diária, escore escala Lawton e Brody; Negrito corpo tabela = variáveis que permaneceram no modelo de regressão múltipla final.

O modelo de regressão linear múltipla final calculado, com inclusão da variável independente sintomas depressivos, possibilitou a predição do medo da COVID-19 baseado na interação de múltiplas variáveis preditoras explicativas. Os parâmetros estatísticos da regressão encontrados para o modelo de regressão final foram $[F(6, 166) = 23.190, p < 0,001]$, com um R^2 de 0,445. Assim, aproximadamente 44,5% da variabilidade do medo da COVID-19 foi explicada por seis preditores do modelo de regressão, incluída a variável sintomas depressivos.

Ressalta-se que a inclusão da variável sintomas depressivos no modelo final de regressão linear múltipla aumentou a capacidade preditiva do modelo em aproximadamente 6% , melhorou o ajuste final do modelo, sendo que sintomas depressivos foi a variável que mais contribuiu com o ajuste do modelo final, explicando 21,7% da variabilidade do desfecho medo da COVID-19 e associada, de forma independente, com o medo da COVID-19, permanecendo no modelo final de regressão que foi ajustado por idade, sexo, escolaridade e diagnóstico de COVID-19.

Os fatores preditivos presentes no modelo de regressão final foram sintomas depressivos (21,7%), ações de cuidado/prevenção (9,2%), alterações na comunicação (5,9%), dificuldade de obter alimentos (4,1), dor (3,4%), número de pessoas que contribuem para renda (2,2%), e influenciaram de forma independente e estatisticamente significativa o medo da COVID-19 na amostra investigada.

O aumento dos níveis do escore no questionário de medo da COVID-19 esteve associado com pior desempenho das variáveis explicativas no modelo final de regressão linear múltipla (TABELA 5).

Tabela 5 - Regressão linear simples e múltipla entre variáveis independentes (incluindo sintomas depressivos) e medo da COVID -19 em idosos da APS, 2022, n=167.

Variável	Regressão Linear Simples (Análise Bivariada)					Regressão linear múltipla Ajuste modelo (R ² =0,445; F=23,190; df=6 de 20; P<0,001)				
	R ²	B (±SE)	β	t	p	R ²	B (±SE)	β	t	p valor
Idade (em anos)	0,001	0,081(0,086)	0,070	0,939	0,349					
Gênero (feminino)	0,002	0,669(1,184)	0,043	0,565	0,573					
Raça/Cor (preta ou parda)	0,013	2,082(1,152)	0,135	1,807	0,072					
Baixa escolaridade (analfabeto e ensino fundamental)	0,013	2,160(1,190)	0,135	1,814	0,071					
Renda familiar (em salários-mínimos)	0,035	-1,312(0,484)	-0,202	-2,710	0,007					
Não ter acesso à internet (sim/não)	0,012	-1,956(1,102)	-0,132	-1,776	0,078					
Diagnóstico de Covid 19 (sim/não)	0,005	-1,791(1,293)	-0,104	-1,385	0,168					
Pessoas residentes no domicílio (número)	0,011	0,954(0,558)	0,127	1,709	0,089					
Pessoas contribuem renda familiar (número)	0,067	2,695(0,754)	0,259	3,574	0,000	0,022	1,595(0,626)	0,151	2,549	0,012
Tabagismo (sim/não)	0,016	-2,771(1,410)	-0,146	-1,965	0,051					
Pior percepção saúde comparada 1 ano (pior ou muito pior)	0,062	3,935(1,105)	0,259	3,561	<0,001					
Pior qualidade do sono (relativamente ruim ou ruim)	0,117	6,876(1,390)	0,349	4,948	<0,001					
Ações de prevenção (número entre 0-14 ações)	0,069	0,889(0,236)	0,273	3,767	<0,001	0,092	0,820(0,192)	0,252	4,275	<0,001
Comunicação durante pandemia (menor frequência)	0,067	3,912(1,056)	0,270	3,706	<0,001	0,059	2,318(0,872)	0,238	4,088	<0,001
Ausência de apoio social (sim/não)	0,022	3,936(1,749)	0,167	2,251	0,026					
Obter alimentos durante pandemia (alguma ou muita dificuldade)	0,164	7,448(1,245)	0,411	5,980	<0,001	0,041	3,194(1,279)	0,237	3,445	<0,001
Presença de dor nos últimos sete dias (sim/não)	0,091	4,857(1,123)	0,310	4,326	<0,001	0,034	2,689(0,977)	0,172	2,754	0,007
Relato de quedas último ano (sim/não)	0,036	3,389(1,233)	0,202	2,748	0,007					
AIVD (escore escala Lawton e Brody)	0,008	-0,414(0,263)	-0,118	-1,574	0,117					
Sintomas Depressivos (escore GDS)	0,210	1,040(0,150)	0,463	6,950	<0,001	0,217	0,671(0,159)	0,305	4,218	<0,001

Fonte: do autor. Alfenas(2022).

Legenda: R² = coeficiente de determinação ajustado; F = estatística F; df = graus de liberdade; B = coeficientes não padronizados (*unstandardized*); SE = erro padrão (*Standard Error*); β = coeficientes padronizados (*standardized*); t = estatística t; p = valor de p, com significância de 0,05; GDS = Escala Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale*); AIVD = atividades instrumentais de vida diária, escore escala Lawton e Brody; Negrito corpo tabela = variáveis que permaneceram no modelo de regressão múltipla final.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo epidemiológico, observacional e seccional verificou a presença de associação entre sintomas depressivos e o medo da COVID-19, em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde. O aumento dos níveis do escore no questionário de medo da COVID-19 esteve associado com pior desempenho das variáveis explicativas estudadas, as quais demonstraram influenciar de forma independente e estatisticamente significativa o medo da COVID-19.

A amostra de pessoas idosas, representativa das diferentes estratégias de saúde da família, foi composta na maioria por mulheres, brancas, com baixa escolaridade e com baixa renda. Ainda, metade da amostra foi constituída de indivíduos casados, no entanto a minoria mora sozinha.

Os achados sociais e demográficos se assemelham aos de outros dois estudos brasileiros e observacionais, também com enfoque na avaliação de impacto da pandemia na saúde mental da população idosa, no entanto, tais trabalhos foram realizados com casuísticas mais discretas, compostas por apenas 50 ou 27 participantes, respectivamente, ambas com amostras de conveniência e não probabilísticas (ITIMURA *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2022).

Vale reforçar que a predominância do sexo feminino na população de pessoas idosas já é considerada uma tendência mundial, fenômeno este nomeado pela literatura em gerontologia como “feminização da velhice” (CEPELLOS, 2021).

A baixa escolaridade, predominante na amostra estudada, condiz com dados constatados para esta população no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2021, entre aqueles com mais de 60 anos, a média de escolaridade aproximada era de 3,4 anos (IBGE, 2021).

Os aspectos de escolaridade e de renda importam, na medida em que pessoas idosas e com menor escolaridade e com baixa renda, são reconhecidas como mais susceptíveis ao desenvolvimento do medo da COVID-19, o que pode ser explicado, em parte, pelo fato de morarem em residências com muitas pessoas, elevando o nível de medo e estresse (RAMOS *et al.*, 2020).

No presente estudo a maioria dos participantes declarou morar com duas ou mais pessoas, o que pode aumentar o medo de contágio pela COVID-19, possivelmente agravado entre aqueles que, adicionalmente, declararam

dificuldades de obter medicamentos e de acessar cuidados médicos durante a pandemia, fatos constatados para quase um terço da amostra sem, contudo, apresentarem associação com o medo da COVID-19 quando submetidos ao modelo de regressão.

As incertezas, as constantes recomendações de medidas de mitigação da doença, a restrição de acesso por fechamento de espaços públicos, escolas, locais de trabalho, áreas de lazer, academias e outros, a insegurança econômica, mutações do vírus, necessidade do uso de máscaras, de álcool em gel e lavagem constante das mãos, entre outros cuidados; apesar de necessários, quando sobrepostos causaram estresse e medo (SEGURA *et al.*, 2022).

Considerando a insegurança econômica, o número de pessoas que contribuem para a renda familiar e a dificuldade de obter alimentos, foram associados ao medo da COVID-19, no presente estudo.

A dificuldade ou até incapacidade de conseguir alimentos, ocorreu para um quinto da amostra e explicou em 18,2% a variabilidade do desfecho medo da COVID-19 em nossa casuística.

Vários fatores associados à pandemia poderiam influenciar a qualidade da alimentação e acesso à ela, tanto de forma positiva quanto negativamente (ANDRADE *et al.*, 2020). Se por um lado houve maior preocupação com alimentação mais saudável, por outro, a dificuldade em obter alimentos frescos, se prejudicava por demandar saídas mais frequentes de casa, ou pela eventual redução na renda familiar, o que pode ter aumentado o nível de estresse e o medo em relação a COVID-19 (WILLIAMSON *et al.*, 2020).

Neste estudo, as ações de prevenção para os indivíduos se manterem protegidos da doença também foram verificadas, sendo constatada uma média de cinco ações, como uso de máscara, de álcool em gel e o distanciamento social.

É possível que, neste sentido, o medo da doença aumente os esforços para se proteger da doença, conferindo um papel positivo no contexto pandêmico. Por outro lado, esse medo também pode gerar impacto negativo, em relação a AIDS, os autores argumental que quando a doença foi descoberta, gerou medo por ser desconhecida, fazendo emergir preconceitos, em somatória a desinformação, a ausência de programas educativos, levando os indivíduos a adotarem, precauções excessivas para se protegerem da contaminação podendo afetar a qualidade de vida

(MEISENHELDER& LACHARITE, 1989).

SANTINI *et al.* (2020), constataram que, entre pessoas idosas americanas, de baixo nível de escolaridade e renda, a desconexão social se associou com maior ocorrência de sintomas depressivos e de medo.

Em nosso estudo, a grande maioria dos participantes relatou ter mudado a frequência de comunicação com amigos e familiares durante a pandemia. As ações de prevenção e a menor frequência de comunicação, foram variáveis que se associaram com o medo da COVID-19, e que remetem ao impacto social da pandemia nesta população.

Itimura e col. (2022) verificaram que a redução do contato social com amigos e familiares se associou com presença de sintomas de ansiedade, independente de ansiedade prévia ao período da pandemia. Além disso, momentos de tristeza e de ansiedade puderam prever maior índice de depressão, independente de depressão prévia, na amostra avaliada.

Para Sippel *et al.* (2015), o acesso à rede de apoio pode garantir resiliência ao estresse e aos traumas, além de amenizar prejuízos à saúde mental. Nesse contexto, o uso de tecnologia durante a pandemia foi uma estratégia muito utilizada para mitigar a solidão e amenizar os prejuízos a saúde mental (WU, 2020).

No presente estudo, a variável falta de acesso à internet ocorreu para quase metade dos entrevistados, no entanto, apesar de não ter tido associação com o medo da COVID-19, pelo modelo de regressão, deve ser considerada como fator contribuinte da reduzida frequência de comunicação, supramencionada e, esta sim, associada ao medo da COVID-19 pelo modelo de regressão.

Em contraponto, a tecnologia e excesso de informações pode ter impacto negativo para a saúde mental das pessoas idosas. Pereira e colaboradores (2022) verificaram aumento do relato de ansiedade mediante ao maior acesso às notícias sobre a pandemia em jornais e redes sociais.

A infodemia, referida por Cavalcanti e colaboradores (2022), é descrita pelo aumento do volume informacional, acerca de um tema em específico e multiplicado em curto período de tempo, gerando sentimentos de medo, ansiedade, estresse e outras condições de sofrimento mental. Em estudo com 1.924 brasileiros, o excesso de informação foi referido por afetar a saúde das pessoas idosas. Os autores enfatizam que as informações devem contribuir para conscientização, mas

que também afetaram física e/ou psicologicamente muitas pessoas idosas, principalmente na geração de medo e estresse.

RANA *et al.* (2020), relataram cinco casos de suicídio entre pessoas idosas indianas, como recaída do transtorno depressivo, associado ao fortalecimento do medo em contrair o novo coronavírus, referindo-se ao excesso de informações sobre consequências da COVID-19 na população idosa, veiculadas em canais de notícias e redes sociais relacionadas ao desenvolvimento de pânico e ansiedade, fortalecendo, assim, as tentativas de suicídio e o suicídio real. Tais achados levam à reflexão de que o medo, associado ao quadro prévio de alterações mentais, podem impactar sobremaneira e, até de forma trágica, na saúde da pessoa idosa.

A maioria da nossa amostra 68,5%, relataram sentir dor nos últimos sete dias, e essa variável teve associação com medo da COVID-19 nos modelos de regressão.

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor(2021), a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. Segundo esse conceito, é possível destacar que existe uma relação entre as queixas de dor com aspectos subjetivos e emocionais das pessoas, o que pode justificar os resultados do presente em relação a dor.

De acordo com os estudos de Romero *et al.*, 2021 à presença de dor, esteve mais intensa no período da pandemia de COVID-19, essa sintomatologia dolorosa intensificada, pode estar relacionada à tensão emocional trazendo diferentes impactos emocionais nas pessoas idosas.

No presente estudo 22,3% dos participantes apresentaram sintomas depressivos, de acordo com escore da escala de depressão geriátrica. Ademais, a presença de sintomas depressivos foi associada ao medo, quando submetido ao modelo de regressão logística, explicando em quase 22% a variabilidade deste desfecho, e melhorando o ajuste do modelo, com manutenção das demais variáveis preditoras associadas.

Entre os idosos avaliados por Itimura e colaboradores (2022), o medo da COVID-19 apresentou correlação moderada positiva com o “medo de perder a vida”, além da presença de sintomas depressivos se correlacionar com a ansiedade. No entanto, os autores não relataram associação de sintomas depressivos com medo da COVID-19. De qualquer forma, o referido estudo aponta para a chance

de depressão e ansiedade como impacto da pandemia e do distanciamento social, independente da existência prévia dessas duas condições. Vale dizer que a casuística foi constituída de amostra de conveniência, entrevistada em consultas regulares ao ambulatório de gerontologia, o que pode reduzir a validade externa dos resultados obtidos.

Até o momento, os achados apresentados enaltecem os esforços de estudos e de abordagem da saúde mental de pessoas idosas no período pós-pandêmico.

Bailey *et al.* (2021), em estudo sobre o curso da saúde física e mental de 150 pessoas com mais de 70 anos, durante a pandemia, observaram que 40% dos entrevistados relataram que a saúde mental piorou com adoção do isolamento social. Os autores reforçam que as pessoas idosas não conseguem controlar suas emoções, vivendo de forma mais intensa o medo de contrair a COVID-19, limitando as visitas de familiares e se isolando, especialmente aqueles sob excesso de informação, desenvolvendo medo, estresse e ansiedade.

Meng *et al.* (2020), em estudo com 1.556 idosos chineses, durante a pandemia, detectaram índice de 37% de ansiedade e de depressão, numa casuística também predominantemente de mulheres (61%). Os autores se baseiam em achados de outros grupos, os quais ressaltam sobre uma reação emocional mais intensa entre pessoas idosas e possível diferença conforme o avanço da idade, apesar de divergirem sobre piores desfechos em relação ao sexo feminino.

A associação da presença de sintomas depressivos com medo da COVID-19 deve alertar para estratégias específicas de monitoramento de saúde mental na população idosa, especialmente entre aqueles com diagnósticos prévios de transtornos mentais.

Bailey *et al.* (2021) alertam para efeitos tardios do isolamento social, mesmo após a imunização das pessoas idosas, considerando que algumas pessoas idosas podem adotar este estilo de vida mais restrito ao lar e, ainda, referindo que o impacto deste período da pandemia transpassa o da redução de atividade física, alterações de sono e de humor, também verificados em seu estudo com pessoas idosas mais frágeis, apontando para a necessária atenção à saúde mental.

Meng *et al.* (2022) sugerem estratégias de intervenção psicológica entre pessoas idosas, com ações concentradas em pessoas do sexo feminino, com baixa escolaridade, divorciados e viúvos, e aqueles que vivem sozinhos, com problemas

de sono e problemas de saúde mental, com atenção ao risco de morte entre aqueles com comorbidades e más condições físicas. Os autores apontam para necessidade de melhoria no sistema de acolhimento e intervenções psicológicas à população idosa e menciona a educação em saúde psicológica, inclusive com uso de mídias e novos métodos de entretenimento e de uma linha direta para situações emocionais graves.

O monitoramento em saúde mental, em especial do medo, conta com instrumentos psicométricos validados e podem ser aplicados de forma horizontal pelos serviços de saúde (PILCH *et al.*, 2021). Tais alterações devem ser acompanhadas, na população em geral, desde os momentos iniciais de crises como a pandemia, com intuito de mitigar os agravos de condições graves como a depressão WANG *et al.* (2020).

Em estudo polonês de validação da escala de medo da COVID-19, Pilch *et al.* (2021) detectaram uma relação diretamente proporcional dos níveis mais altos de medo da COVID-19 em indivíduos mais velhos, do sexo feminino, com percepção de vulnerabilidade e com maior neuroticismo (susceptibilidade às emoções negativas).

Em pesquisa turca sobre o medo da COVID-19, realizada por telefone com 315 participantes com média de 71 anos de idade, 12% dos participantes consideraram que precisariam de apoio psicológico após a pandemia. Os escores médios de medo, pela escala utilizada, foram superiores em participantes do sexo feminino, que moram sozinhos, referindo ter informações parciais sobre a pandemia de COVID-19, com distúrbios do sono no último mês e com necessidade de suporte psicológico após a pandemia (GOKSEVEN *et al.*, 2021). Os autores reforçam a necessidade de rastreio do medo relacionado à COVID-19 entre pessoas idosas e dos distúrbios psicológicos que o acompanham, bem como de desenvolver programas de intervenção adequados para indivíduos em risco.

Apesar do medo ser reconhecido como resposta psicológica comum e potencialmente angustiante, muito presente na pandemia, seus fatores associados permanecem relativamente pouco estudados na população idosa.

Em estudo asiático, com 413 participantes com média de 69 anos, além da ansiedade e sintomas depressivos serem altamente correlacionados entre si, o medo da COVID-19 foi positivamente associado aos fatores psicológicos de sintomas

afetivos e percepção de risco. Idade avançada foi associada ao maior medo da COVID-19. Os autores sugerem que o medo do COVID-19 pode ser uma projeção de sintomas afetivos pré-existentes e percepções de risco aumentadas, sendo essas variáveis carentes de avaliação e estudos (HAN; MAHENDRAN; YU, 2021). Trata-se de estudo realizado nos meses iniciais da pandemia, podendo ter implicações mais agudas desse contexto, contudo, um dos poucos que avaliam os fatores associados ao medo da COVID-19 entre pessoas idosas.

Tais achados, junto aos do presente estudo, podem servir para direcionar ações de saúde na APS, uma vez que, como mencionado, deve haver uma reorganização dos serviços para enfrentar a pandemia e, agora, seus impactos tardios e duradouros, com a atenção pelas ESF às necessidades de populações socialmente vulneráveis e de grupos de risco (FANG *et al.*, 2020; BHAUMIK *et al.*, 2020), com intervenções que possam prevenir eventos adversos, como piora de sintomas existentes, piora do estado físico e hospitalizações inerentes aos agravos de saúde mental.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para a sensibilização dos gestores em saúde e para a proposição de estratégias de capacitação dos profissionais, para rastreio assertivo e precoce dos sintomas dos aspectos mentais nos atendimentos à essa população.

Fhon e colaboradores (2022), avaliaram a presença de sintomas depressivos durante a pandemia, entre 411 pessoas idosas da cidade de São Paulo. Os sintomas depressivos apresentaram associação com: não ter um companheiro; ter sintomas psicológicos como falta de esperança, medo e desejo de morrer; ou, apresentar sintomas físicos como tremor e cansaço. Ainda, o uso de substâncias ilícitas foi considerado protetivo contra a presença dos sintomas. Os autores alertam para que medidas de socialização sejam tomadas frente a quaisquer sinais ou sintomas de sofrimento mental.

Os resultados são preocupantes e trata-se de estudo com casuística importante, além de ser o único estudo brasileiro com verificação do papel dos sintomas depressivos. Porém, a amostra avaliada, por redes sociais, em bola de neve, teve grau de escolaridade predominantemente superior em comparação ao grau dos participantes do nosso estudo, podendo não representar a realidade da nossa amostra probabilística e do contexto da atenção primária à saúde.

Algumas ponderações sobre a pesquisa podem ser mencionadas, como a dificuldade da coleta de dados por telefone, mediante a desconfiança de muitas pessoas idosas, o pequeno número de profissionais envolvidos na coleta de dados limitando o aumento da casuística, apesar do tamanho amostral ter sido contemplado, bem como a escassez de estudos nacionais voltados à APS, para a comparação dos achados, especialmente no que se refere à relação de medo e sintomas depressivos na população idosa, o que de certa forma confere certo ineditismo ao trabalho. A questão do período da coleta contemplar diferentes épocas da pandemia também implica em certa cautela na interpretação e utilização dos resultados obtidos. Ademais, o desenho do estudo e tratamento dos dados confere qualidade metodológica à pesquisa, que ao que parece, é pioneira na aplicação dos instrumentos sobre medo e busca por sintomas depressivos na população idosa no contexto da APS.

7 CONCLUSÃO

Os sintomas depressivos foram associados de maneira significativa e independente com o medo da COVID-19, sendo a variável que mais explicou o medo da COVID-19 nesta casuística.

O estudo também possibilitou a caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, com predomínio de mulheres, casadas, brancas, com baixa renda e escolaridade.

Além de sintomas depressivos, o aumento dos níveis do escore no questionário de medo da COVID-19 esteve associado com pior desempenho das variáveis: ações de cuidado/prevenção, alterações na comunicação, dificuldade de obter alimentos, dor nos últimos sete dias e número de pessoas que contribuem para renda, durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, G. G. *et al.* Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2020.

AGUIAR, M.S. *et al.* Covid-19 e seu impacto na saúde mental do idoso, uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 8270-8281, 14 abr. 2021.

AHORSU, D. K. *et al.* The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. **International Journal of Mental Health and Addiction**, São Paulo, v. 20, n 3, p.1537-1545, 2021.

ALMEIDA O.P.; ALMEIDA S.A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int J Geriatr Psychiatry**, São Paulo, v.14, n. 10p. 858-65, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **APA**. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – **DSM**, Washington, v.5, n.5, p.1243-1265, 2020.

ANDRADE G.C.; GOMBI V. M. F.; LOUZADA M. L. C.; AZEREDO C. M.; LEVY R. B. The consumption of ultra-processed foods according to eating out occasions. **Public Health Nutrition, São Paulo**, v.22, n. 6, p.1041-8. <https://doi.org/10.1017/S1368980019002626>. Acessado em: 25 jun. 2022.

ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 3521-3532, 2014.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR-**IASP** Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos, São Paulo, v.6, p.249–52, 2021.

BAILEY, L. *et al.* Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. **QJM: An International Journal of Medicine**, Washington, v.2, p.1–6, 2021. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab015>. Acessado em: 12 jun. 2022.

BEZERRA, A. S. C., SOARES F.R.G.; SILVA J.A.M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Cien Saude Colet**. Rio Grande do Sul.v. 21, p. 91-918, 2020.

BEZERRA, P. A; NUNES, J. W., MOURA, L. B. A. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.8, p.234–58, 2021.

BEZERRA CAVALCANTE, R. *et al* . Repercussões da infodemia associada ao COVID-19 na saúde mental do idoso no Brasil. **Rev. cuba. inf. cienc. salud**, La Habana , v. 33, p.1871, 2022.

BÍBLIA. Apocalipse. Português. *In*: A Bíblia sagrada: antigo e novo testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, Brasil, v.3 p. 291, 1969.

BHAUMIK S. *et al*. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. **MedRxiv**, São Paulo, v.3, p.24–52, 2020.

BONANAD, C. *et al*. The effect of age on mortality in patients with Covid-19: a metanalysis with 611,583 subjects. **Journal of the American Medical Directors Association**, Estados Unidos, v. 21, p. 91-918, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade**. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; Brasília, v.2 p. 129-124, 2019).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID-19 – **Painel Coronavirus** [Internet]. 2020 Brasília, DF: MS; 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 3 dez. 2020.

CAMOZZATO, A. L.; *et al*. Neuropsychology, and Cognition Validation of a telephone-screening test for Alzheimer’s disease Aging., **Aging, Neuropsychology and Cognition, U.S.A**, V. 1, n. 1,2011.

CARSETTI R., PLEBANI A., UGAZIO A.G., BELLANTI J.A. Lymphocytes and immunoglobulins. *Immunology IV*, DC: **I Care Press**. Washington, V.5, p. 163-208, 2012.

CAWTHON, P. M.; *et al*. Avaliando o impacto do COVID- 19 .Esforços de mitigação pandêmicos e de acompanhamento em adultos mais velhos, **The Journals of Gerontology**, São Paulo, v. 75, n.9, p.123–125, 2020.

CEPELLOS, V.M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Rev. Adm. Empres**. 2021, v. 61, n. 2, p. 2019-0861, 2022.

CHU, D. K.*et al*. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, 2020. <https://doi.org/10.1111/psyg.12639>. Acessado em 13 Abr. 2020.

CIGILOGLU, A., OZTURK, Z. A., & EFENDIOGLU, E. M. How have older adults reacted to coronavirus disease 2019? **Psychogeriatrics**, v.21, n. 1, p.112-

117. 2021.

CRUZ-JENTOFT, A.J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age Ageing**. U.S.A., V.3, P.23-45, 2018.

DE OLIVEIRA, M.A.B.*et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS em Revista**, São Paulo, V. 2, n. 2, p. 142-150, 2020.

DE SOUZA, E. C.*et al.* Impactos do isolamento social na funcionalidade de idosos durante a pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

DUNLOP, C., HOWE, A., LI, D., ALLEN, L.N. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, Reino Unido, V. 4, p.1, 2020.

EWERS, I., RIZZO, L.V., Kalil, F.J. Imunologia e envelhecimento. **Einstein , São Paulo**, v.6, p.13-20, 2008.

FANG, X. *et al.* Research Paper Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **AGING**, Nova York, v. 12, n. 13, 2020.

FARO, A. *et al.* COVID-19 and mental health: The emergence of care: covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado.: COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. **SciELO**, Rio de Janeiro, p. 1-29, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/146>>. Acessado em 19 out.2022.

FARO, A.*et al.* Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID- 19. **Estudos de psicologia**, Campinas , v. 39, p.22, 2022.

FERGUSON, N. M.; LAYDON, D.; NEDJATI-GILANI, G.; *et al.* Impact of nonpharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. **Imperial College London**, Londres, v.1, p.20, 2020.

FIORILLO, A.; GORWOOD, P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. **European Psychiatry**, Nova York, v. 63, n. 1 p.20, 2021.

FHON, J. R. S. *et al.* Depressive symptoms and associated factors in older people during the COVID-19 pandemic in the city of São Paulo-SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**São Paulo, v. 25, n.6, p.220, 2022.

GAVAZZI G, KRAUSE K-H. Ageing and infection. **Lancet Infect Dis**. Nova York, v.2, p.659-66, 2002.

GIOVANELLA, L. *et al.* Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p.65, 2021.

GOKSEVEN Y. *et al.* O medo da infecção por COVID-19 em pessoas idosas. **Jornal de Psiquiatria Geriátrica e Neurologia**, Passo Fundo, v.35, n.3, p.460-466, 2022.

GOYAL, K. *et al.* Fear of COVID 2019: First suicidal case in India!. **Asian Journal of Psychiatry**, India, v.49, p.101-989, 2020.

GUAN W. *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **New England Journal Of Medicine**, Massachusetts-usa, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 30 abr. 2019.

HERRERA, M. S. *et al.* A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. **BMC geriatrics**, Chile, v.21, n.143, p.1-12, 2021.

HUANG C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, China, v. 395, p. 497-506, fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (2021). **Projeção da População por Sexo e Idades**. https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm. Acessado em 21 maio de 2020.

ITIMURA, M. V. B., ARAGÃO, G. N. NAKAKOGUE, L. M., OLIVEIRA, C. E. C. Older adults and mental health during the social distancing period of Covid-19. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 5, p.480, 2022.

JACOB F. W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **BIS Bol Inst Saude**. São Paulo, v. 47, p.27-32, 2019.

KOH, W. C. *et al.* What do we know about SARS-CoV-2 transmission? A systematic review and meta-analysis of the secondary attack rate and associated risk factors. **PLOS ONE**, São Paulo, n. 15, v. 10, 2020.

LARBI, A., FULOP, T. D. Células T “verdadeiramente ingênuas” a “senescentes exauridas”: quando os marcadores predizem a funcionalidade. **Cytometry A**, 85 (1): 25–35, 2014.

LEBRASSEUR, Audrey *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on older adults: rapid review. **JMIR aging**, v. 4, n. 2, 2021.

LIGUORI, L. *et al.* Oxidative stress, aging, and diseases. **Clinical Interventions in Aging**, **Clin Interv Aging**, v. 26, n. 13, p.757-772, 2018.

LIU, K. *et al.* Clinical features of COVID 19 in elderly patients: A comparison with young and middle aged patients. **Journal of Infection**, v.80, n.6, p.14-e18, 2020.

LLOYD-SHERLOCK P.R., *et al.* Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle-income countries. **Br Med J.**; v.368, p.1-2, 2020.

LOPES, *et al.* Covid-19 e os impactos do distanciamento físico - os medos e outros sentimentos nas palavras de idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 443–475, 2022.

HAN, R. M., JUNHONG Y. Associações entre medo do COVID-19, sintomas afetivos e percepção de risco entre idosos residentes na comunidade durante um bloqueio do COVID-19. **Frente. Psychol.** V.12P.432-198, 2021.

MATA DIZ, J., *et al.* Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, São Paulo, v.18 n. 3, p.665- 678, 2015.

MEISENHELDER. J.B.; LACHARITE. C.L. Fear of contagion: a stress response to acquired immunodeficiency syndrome. **ANS**, v.11. n.2. p.29-38. 1989.

MENG, H. *et al.* Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. **Psychiatry Research**, Hon Kong, p. 289, 2020.

MICHAEL, A.;LIM, A.;ANDI, K.Consequences of Sarcopeniaand Osteoporosis due to COVID-19 Containment. **Rev Geriatric Orthopaedic Surgery&Rehabilitation**.v. 12, p. 1-4, 2021.

MORLETT, P. Qualitative study of loneliness in a senior housing community: the importance of wisdom and other coping strategies. **Aging & mental health**,v.34, p. 1-8, 2019.

MUDATSIR, M. *et al.* Predictors of COVID-19 severity: a systematic review and meta-analysis. **F1000 Research**, v.9, p.1107, 2020.

MUKHTAR, S. Pakistanis' mental health during the COVID-19. **Asian Journal of Psychiatry**, v.51, n.10, p.21-27, 2020.

NABUCO, G.; DE OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 2532-2532, 2020.

NICOL, G.E. *et al.* Ação à distância:Pesquisa geriátrica durante uma

Pandemia. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.68, n.5, p.922–925, 2020.

NIKOLICH-ZUGICHJ. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immuneresponses, and outcomes. **GeroScience**, v.42, p. 505–514, 2022.

NIKOLOSKI Z. *et al.* Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. **BMC Public Health**. V.21n. 1, p.65, 2021.

OLIVEIRA, A.M.C. *et al.* Alterações físicas, emocionais e psicossociais de idoso na pandemia por coronavírus. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 134-324, 2021.

OLIVEIRA, A.M.S; MENEZES, T.M.O. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 513-518, 2014.

OLIVEIRA, F. M. R. L. *et al.* Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.26, p.15488, 2018.

ORNELL, F., SCHUCH J.B., SORDI A.O., KESSLER, F.H.P. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em psiquiatria**, São Paulo, v.10, n. 2, 2020.

PAKPOUR, A.H, GRIFFITHS, M.D. O medo do COVID-19 e seu papel nos comportamentos preventivos. **Journal of Concurrent Disorders**, v.2, n.1, p. 58-63, 2020.

PEREIRA, J.R. *et al.* Avaliação do medo e estresse pelo idoso na pandemia do novo coronavírus: um estudo transversal. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v27, n.8340, p. 123-298, 2022.

PERES R.S. *et al.* Evidence of the validity of a Brazilian version of the Fear of COVID-19 Scale. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 26, n.8, 2021.

PILCH, I., KURASZ, Z. & TURSKA-KAWA, A. Experiencing fear during the pandemic: validation of the fear of COVID-19 scale in Polish. **Peer Journals**, v.9, p. 11263, 2021.

QIN, F. *et al.* Physical Activity, Screen Time, and Emotional Well-Being during the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n. 14, p. 51-70, 2020.

RAMOS, A. L. P., SETA, M.H. Atención primaria de salud y Organizaciones Social e sen las capitales de la región sudeste de Brasil: 2009 y 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.4, 2014.

RAMOS G. *et al.* Idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços. **Cogitare Enferm.** São Paulo, v.2, p.23, 2021.

RANA, U. Elderly suicides in India: an emerging concern during COVID-19 pandemic. **Int Psychogeriatr**, v. 32, n. 10, p. 1251-1252, 2020.

ROMERO, D. E., *et al.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cad. Saúde Pública**. V.37, N.3, P. 31, 2021.

SANTINI Z. *et al.* Desconexão social, isolamento percebido e sintomas de depressão e ansiedade entre americanos mais velhos (NSHAP): uma análise de mediação longitudinal. **Lancet Public Health**. São Paulo, v.5, p. 62-70, 2020.

SANTOS, R.L., JÚNIOR, J.S.V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária, **rbps**; v.21, n.4, p. 290-296, 2008.

SCHUCHMANN, A. Z. *et al.* Isolamento social vertical x Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 2, p.3556-3576, 2020.

SEGURA M.S. Con alerta pero sin pánico. El rol de los medios durante la pandemia. **Rev Fac Cien Méd Córdoba**. v. 77, n.1, 2020.

SILVA, L. A; CASOTTI, C. A; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, p.221-232, 2013.

SIPPEL, L. M. *et al.* How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? **Ecology and Society**, v.20, n.4, p. 10, 2020.

SOLANA, R. *et al.* CMV e Imunosenesescência: do básico à clínica. **Immun Aging** 9, 23, 2012.

THAKUR, V., JAIN, A. COVID- 19-suicides: A global psychological pandemic. **Brain, Behavior, and Immunity**, v.88, p.952–953, 2020.

VANDENBROUCKE J.P. *et al.*; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **PLoS Med**. v. 16, n. 4, p.297, 2007.

VIANA, S.A.A.; SILVA, M.L.; LIMA, P.T. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença covid-19: uma revisão literária. **Diálogos em saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2020.

WANG, P.Y, Li, Y., WANG, Q. Sarcopenia: An underlying treatment target during the COVID-19 pandemic. **Nutrition**. V.88, p.952–953, 2021.

WANG, C., PAN, R., WAN, X., YILIN, T., XU, L., HO, C. S.& HO, R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n.5, p.17-29, 2020.

WHO Working Group on the Clinical Characterisation and Management of COVID-19 clinical research. **Lancet Infectious Disease**, v.20, n.1, p.92–97, 2020.

WILDER-SMITH, A. FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-ncov) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, p. 1-4, 2020.

WILLIAMSON, E.J.*et al.* Open SAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. **Nature**. v.584, p.430–436, 2020.

WU, B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. **Global Health Research and Policy**, v.5, n.1, p. 154–156, 2020.

YANG, Y. et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p.19, 2020.

ZHENG, Y. et al. COVID-19 and the cardiovascular system. **Nature Reviews Cardiology**, v. 17, n. 5, p. 259-260, 2020.

ANEXO A-TCLE**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação no Estudo**

Pesquisadores: Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva (orientador)
Gerda Cecília Trombini Pimenta (Mestranda)

Instituição: Programa de Pós graduação em Ciências da
Reabilitação e Instituto Ciências da Motricidade-IMC
Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG

Endereço: Av. Jovino Fernandes Salles, 2600 – Santa Clara,
Alfenas-MG. Fone: (35) 37011920

Prezado(a) senhor(a):

Desde já, agradecemos sua colaboração!

Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Alfenas e do Instituto Ciências da Motricidade - ICM da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL e se justifica no atual cenário de pandemia do COVID 19 sendo uma preocupação para a saúde pública, que afeta pessoas em todo o mundo, mas está associada a maiores complicações entre idosos. Nesse sentido a população idosa merece maior atenção pela maior vulnerabilidade e susceptibilidade ao impacto das consequências negativas da doença. O título da pesquisa é "Efeitos da pandemia de COVID19 na saúde clínica e funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Alfenas-MG". O objetivo do estudo consiste em

Investigar os efeitos da pandemia por covid-19 na saúde clínica e funcional de idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Procedimentos:

Sr(a) precisará responder a uma entrevista, elaborada pelos pesquisadores e concordar que as respostas sejam transcritas e analisadas. A entrevista ocorrerá via telefone e levará em torno de 30 (trinta) e 40 (quarenta) minutos.

Serão coletadas informações, através de entrevista realizada por meio de ligações telefônicas, com perguntas sobre dados pessoais e demográficos, impacto da pandemia por COVID-19 na vida dos idosos, atividades básicas e instrumentais de vida diária, comprometimento cognitivo, sintomas depressivos, presença de comorbidades, mobilidade, capacidade aeróbica e muscular, marcha, continência esfincteriana, acuidade visual e auditiva, avaliação de sintomas e queixas de dor, entre outros. Não há respostas certas ou erradas e os pesquisadores responsáveis pelo estudo irão analisar as informações passadas pelo Sr(a) com base em suas opiniões, crenças, percepções, sensações e julgamentos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Você tem direito de acesso às suas respostas. Em caso de recusa em responder qualquer pergunta, o Sr(a) não será penalizado de forma alguma.

Caso o Sr(a) concorde em participar do estudo, será enviado um documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através de link por meio

eletrônico (plataforma do Google Formulários) que será registrado e salvo, concluindo a ciência e seu aceite em participar da pesquisa.

Riscos e Desconfortos:

O conteúdo dos questionários utilizados nessa pesquisa é habitualmente utilizado na população idosa para avaliação multidimensional dos parâmetros de saúde. No entanto, em virtude da situação particular de cada participante e contexto de incertezas causado pela pandemia, algum constrangimento ou incomodo pode surgir durante a aplicação da entrevista e questionários, mesmo com garantia do sigilo e privacidade, poderão surgir riscos em relação ao sigilo e privacidade do participante no ambiente domiciliar, nesse sentido, serão tomadas medidas para minimização de possíveis desconfortos, por meio de orientações para que pesquisa seja respondida em ambiente isolado da residência do participante, procurando sempre manter o sigilo em relação ao conteúdo da pesquisa. Dentro da realidade socioambiental de cada participante, o Sr(a) poderá responder a pesquisa, em ambiente reservado do domicilio, como quarto, sala, cozinha, e outras áreas da residência que não tenha trânsito frequente de outros moradores/familiares. Outra possibilidade, para garantia de sigilo é a realização da pesquisa em momentos em que o fluxo de moradores for menor na residência, facilitando sigilo e privacidade.


Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Para isso, o (a) senhor(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e o seu nome nunca será revelado em nenhuma situação.

Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o(a) senhor(a) não será identificado, uma vez que os resultados serão divulgados caracterizando o grupo de participantes do estudo. O Sr. (a) não receberá nenhuma remuneração, a sua participação é inteiramente voluntária.


Benefícios:

Estima-se que os resultados do presente estudo serão úteis para uma maior compreensão da sua saúde clínica, física e funcional de idosos no âmbito da APS do município de Alfenas, principalmente pelo maior conhecimento e detalhamento das condições de saúde atuais, em um contexto de pandemia, em que possivelmente o acesso aos serviços de saúde pelos idosos possa ter reduzido. Os resultados poderão contribuir com para os conhecimentos clínicos e científicos em relação a saúde e reabilitação da pessoa idosa, especialmente pelo maior entendimento dos efeitos da pandemia da na saúde física e funcional de idosos, sendo os resultados passíveis de generalização para outras populações de idosos com características similares a população incluída no presente estudo, podendo ser utilizados para planejamento e implementação de ações de saúde no âmbito da rede de atenção à saúde do idoso. As informações levantadas poderão trazer benefícios para a gestão municipal, os serviços de saúde, os profissionais atuantes na APS e os idosos usuários da ESF. Os resultados poderão ser utilizados para facilitar a criação de propostas para a melhoria do cuidado à saúde da população idosa e divulgar quais são os fatores

ANEXO B- Solicitação de autorização ao comitê de projetos da comissão de integração ensino e serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG



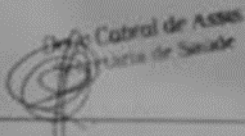
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Carlos Manoel de Sá, 173 - Alfenas, MG - 13.165-900 - Alfenas - MG
Fone: (35) 3299-1100



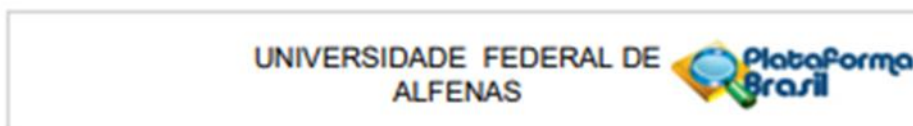
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Eu, Dayv Cabral de Assis, secretária municipal de Saúde do município de Alfenas- MG estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada **Efeitos da pandemia de COVID19 na saúde clínica e funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Alfenas-MG**, coordenada pelo pesquisador Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva, desenvolvido em conjunto com a Fisioterapeuta Gerda Cecília Trombini Pimenta Discente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Alfenas, 3 de Março de 2021.


Dayv Cabral de Assis
Secretaria de Saúde

ANEXO C- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG)



Continuação do Parecer: 4.644.793

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1684480.pdf	06/04/2021 19:03:36		Aceito
Outros	TAI.pdf	06/04/2021 18:53:49	GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA	Aceito
Outros	TCDU.pdf	06/04/2021 18:53:30	GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PB.pdf	06/04/2021 18:53:00	GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_REVISADO.pdf	22/03/2021 12:10:44	GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_CompromissoCOVID19.pdf	18/02/2021 16:24:36	GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	18/02/2021 16:18:17	GERDA CECILIA TROMBINI PIMENTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 12 de Abril de 2021

Assinado por:
DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO D-Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714. Alfenas/MG. CEP 37130-000 Fone: (35) 3299-1000.
 Fax: (35) 3299-1803



**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS
 (TCUD)**

Título do projeto ou Relato de Caso:
Efeitos da pandemia de COVID19 na saúde clínica e funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Alfenas-MG

Pesquisador responsável:
Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva

Setor/departamento: Instituto Ciências da Motricidade - ICM e Docente do PPGCR

Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL

Telefone para contato: (31) 99279-0982 / (35) 37011921

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e banco de dados referentes aos **usuários idosos cadastrados nas ESF de Alfenas- MG**. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes.

Declararam que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Alfenas, 2 de Março de 2021.



Deyv Cabral de Assis
Secretaria de Saúde
(Responsável pelo Banco de Dados/Prontuários)



Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva
CPF: 038.616.466-50
(Pesquisador responsável)

ANEXO E- Questionário multiestruturado

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO MULTIDIMENSIONAL

Data da entrevista: ____/____/____

Hora de início: ____:____; ____ Hora de término: ____:____

Polo: _____

Nome do entrevistador: _____

TCLE assinado: () Sim () Não

Horário e dia de disponibilidade para realizar a entrevista: _____

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE E CONTROLE ENTREVISTADOR

A1. Nome completo: _____

A2.Data de nascimento: ____/____/____ A3.Idade: ____ anos.

A4.Codigo do paciente: _____

A5. Rua/Av.: _____ A6. No: _____ A7.Compl: _____

A8. Bairro: _____

A9.Tipo de domicílio: (1) Casa (2) Apartamento (3) Casa de fundos (4) Cômodo

A10.Tem acesso à internet? (1) sim (2) Não

A11. Email: _____

A12. Telefones de contato

A13.Residencial: _____ A14.Celular: _____ A15.Familiar/

Cuidador: _____

A16. Status do preenchimento do protocolo (1) Completo (2) Incompleto

A17. Encaminhado para digitação Data: ____/____/____

A18. Digitação conferida 1. Satisfatória () 2. Insatisfatória () Data:

____/____/____ Assinatura: _____

A19. Digitação finalizada com sucesso Data: ____/____/____ Assinatura: _____

A1.	A2.	A3.	A4.	A5.	A6.	A7.	A8.	A9.	
A10.	A11.	A12.	A13.	A14.	A15.	A16.	A17.	A18.	A19.

BLOCOB: AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO
(Mini- Exame do Estado Mental)

Adicione 1 ponto para cada resposta certa

B1. Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?	(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (6) não sabe
B2. Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:	(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	
B3. Por favor, diga-me:	Dia da semana () Dia do mês () Mês () Ano () _____ Hora aprox. () Total de pontos:
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	

B4. Onde o sr(a) está?	Consultório () Hospital () Residência ()
------------------------	---

B5. Em que lugar está?	Sala () Cozinha ()
B6. Em que bairro está?	() certo () errado
B7. Em que cidade está?	() certo () errado
B8. Em que estado está?	() certo () errado
Total de pontos: _____	
REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA	
B9. Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar	Arvore () Mesa () Cachorro ()
Total de pontos: _____	
ATENÇÃO E CALCULO	
B10. Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos	100-7= 93 () 93-7= 86 () 86-7= 79 () 79-7= 72 () 72-7= 65 ()
Total de pontos: _____	

MEMÓRIA RECENTE	
B11. Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra	Arvore () Mesa () Cachorro ()
Total de pontos: _____	
LINGUAGEM:	
B12. Qual o nome do objeto que o sr (A) está usando para falar comigo: (permita dez segundos para a resposta)	Telefone () Total de pontos: _____
B13. Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente) “NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”	NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ” () Total de pontos: _____
TOTAL DE PONTOS BLOCO B: _____	

Alterações cognitivas detectáveis:**Analfabetos ≤ 13 pontos****1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18 pontos****Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 20 pontos**

B1.	B2.	B3.	B4.	B5.	B6.	B7.	B8.	B9.	B10.	B11.	B12.	B13.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------

BLOCO C: AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

C1. Qual é seu estado civil?

(1) Solteiro (a)

- (2) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- (3) Divorciado (a)/ Separado (a)
- (4) Viúvo (a)

C2. Qual o seu sexo?

- (1) Feminino
- (2) Masculino

C3. Qual sua cor ou Raça?

- (1) Branca
- (2) Preta /negra
- (3) Parda/mulata/cabocla
- (4) Amarela/oriental
- (5) Indígena

C4. Qual sua altura? _____ metros.

C5. Qual seu peso? _____ KG.

C6. Quantos filhos o sr(a) tem?

- (1) Apenas um filho
- (2) Entre 2 e 5 filhos
- (3) Mais de 5 filhos

C7. Qual a sua profissão: _____

ESCOLARIDADE

C8. Quantos anos de escola o senhor(a) frequentou? _____

C9. Até que ano da escola o(a) Sr.(a) estudou?

- 1) Analfabeto
- 2) Ensino fundamental incompleto
- 3) Ensino fundamental completo
- 4) Ensino médio incompleto
- 5) Ensino médio completo
- 6) Ensino superior incompleto
- 7) Ensino superior completo
- 8) Pós- graduação

RENDA

C10. O (a) senhor (a) é aposentado (a)?

- (0) Não
- (1) Sim

C11. O (a) senhor (a) é pensionista?

(0) Não (1) Sim

C12. O (a) senhor (a) tem renda própria?

(0) Não (1) Sim

C13. Aproximadamente, qual o valor da sua renda familiar mensal?

Até 1 salário mínimo

(1) 2 salários mínimos

(2) 3 salários mínimos

(3) 4 salários mínimos

(4) 5 ou mais salários mínimos

C14. O Sr. (a) considera que a sua renda é suficiente para manter as suas despesas?

(1) Não (2) Sim

HÁBITOS DE VIDA

C15. O senhor (a) consome bebidas alcoólicas?

(1) Não, nunca bebeu

(2) Já bebeu, mas hoje não consome bebida alcóolica

(3) Uma vez por mês ou menos (bebe socialmente)

(4) Bebe duas a quatro vezes no mês

(5) Bebe duas a três vezes por semana

(6) Bebe quatro ou mais vezes por semana

C16. O Sr. (a) fuma?

(1) Não, nunca fumou

(2) Já fumou, mas parou

(3) Sim, fuma

C17. Há quanto tempo (em anos) o Sr. (a) fuma? _____

C18. Quantos cigarros o Sr(a) fumava por dia em média? _____

C19. Quantos cigarros o Sr.(a) fuma por dia em média? _____

SONO

C20. Durante o último mês, como o Sr. (a) classifica a sua qualidade do sono em um modo geral?

- (1) Muito boa
- (2) Relativamente boa
- (3) Relativamente ruim
- (4) Muito ruim

C1.	C2.	C3.	C4.	C5.	C6.	C7.	C8.	C9.	C10.
C11.	C12.	C13.	C14.	C15.	C16.	C17.	C18.	C19.	C20.

BLOCO D: CONDIÇÕES DE SAÚDE IDENTIFICADAS:

(SELF-ADMINISTERED COMORBIDITY QUESTIONNAIRE – SCQ)

O Sr (a) apresenta, diagnosticado por profissional de saúde, de algum dos seguintes problemas de saúde?	
D1. Doença do coração	(1) Não (2) Sim
D2. Hipertensão	(1) Não (2) Sim
D3. Doença dos pulmões (bronquite, asma, DPOC)	(1) Não (2) Sim
D4. Diabetes	(1) Não (2) Sim
D5. Úlcera ou doença do estômago	(1) Não (2) Sim
D6. Doença do fígado	(1) Não (2) Sim
D7. Doença renal	(1) Não (2) Sim

D8. Anemia ou outra doença do sangue	(1) Não (2) Sim
D9. Câncer	(1) Não (2) Sim

BLOCO E: USO DE MEDICAÇÕES

E1. Faz uso de medicamentos de uso contínuo (medicamentos de uso constante ou regular)? ()

Não () Sim

E2. Qual o número de medicamentos utilizados?

- (1) nenhum medicamento
- (2) 1 ou 2 medicamentos
- (3) 3 ou 4 medicamentos
- (4) 5 ou mais medicamentos

E1.	E2.
-----	-----

BLOCO F: AVALIAÇÃO DA DOR

F1. Nos últimos 7 dias o Sr(a) queixou-se de algum tipo de dor?

- 1. Sim (se sim responder as próximas perguntas)
- 2. Não

F2. Sensação de dor - De forma geral, quanta dor no corpo o Sr. (a) teve durante os últimos 7 dias? (pode ser dor específica ou geral)

- 1. Nenhuma - Nunca
- 2. Muito Leve - Quase nunca
- 3. Leve - Raramente
- 4. Moderada - Com certa frequência
- 5. Grave - Maior parte do tempo
- 6. Muito Grave - Sempre

F3. Durante os últimos 7 dias, quanto a dor interferiu nas suas atividades do dia-a-dia (incluindo atividades dentro de casa como fora de casa)?

- 1. De maneira alguma
- 2. Um pouco
- 3. Moderadamente
- 4. Bastante
- 5. Extremamente

F4. Qual a intensidade da dor mais importante e/ou significativa nos últimos 7 dias

Marque entre 0-10, onde (0) sem dor e (10) dor forte

SEM DOR _____ DOR FORTE

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

(1) 0-4 intensidade fraca (2) 5-8

intensidade moderada

(3) 9-10 forte

F5. Qual é a região do corpo com a dor mais importante ou significativa nos últimos 7 dias?

1. Pernas (quadril, joelho, pés) ()
2. Braços (ombros, cotovelo e mãos) ()
3. Coluna (Costas ou pescoço) ()

F1.	F2.	F3.	F4.	F5.
-----	-----	-----	-----	-----

BLOCO G: HISTÓRICO DE QUEDAS

G1. O Sr.(a) tem caído frequentemente?	() NÃO () SIM
G2. O Sr. (a) caiu no último ano? Se sim, quantas vezes caiu no último ano? _____	() NÃO () SIM () Não caiu
G3. O Sr. (a) caiu nas últimas 6 semanas (no último 1 mês e meio) Se sim, quantas vezes caiu nas últimas 6 semanas (no último 1 mês e meio)? _____	() NÃO () SIM () Não caiu
G4. Há quando tempo foi sua última queda (em dias ou meses)? _____	

G1.	G2.	G3.	G4.
-----	-----	-----	-----

BLOCO H: MOBILIDADE AUTO RELATADA

H1. o sr(a) faz uso de algum desses dispositivos de auxílio à mobilidade?

1. Bengala
2. Muleta
3. Andador
4. Outro. Qual: _____
5. Nenhum

H2. Qual a distância que o Sr.(a) consegue caminhar (considerar 1 quarteirão = 100m)?

- (1) Mais que 30 quarteirões (aproximadamente 3000 m)

- (2) Mais que 2 quarteirões, mas menos que 30 quarteirões (entre 200m e 3000km)
- (3) Mais que 15 metros, mas menos que 2 quarteirões (entre 15m e 200m)
- (4) Menos que 15 metros

H1.	H2.
-----	-----

BLOCO I: ESTADO DE SAÚDE (BEM ESTAR SUBJETIVO)

I1. Comparando com outras pessoas da sua idade você diria que sua saúde é: 1. Excelente()
 2. Muito boa() 3. Boa() 4. Ruim() 5. Muito ruim()

I2. Comparada há um ano, como o Sr. (a) classificaria sua saúde em geral, agora?

- 1. Muito melhor agora do que um ano atrás
- 2. Um pouco melhor agora do que um ano atrás
- 3. Quase a mesma coisa do que um ano atrás
- 4. Um pouco pior agora do que um ano atrás
- 5. Muito pior agora do que um ano atrás

I3. O quanto a sua saúde física e funcional foi afetada pela pandemia?

- 1. nenhum () 2. Leve 3. Moderado () 4. Severo () 5. Muito severo ()

I4. O quanto a sua saúde psicológica ou emocional foi afetada pela pandemia?

- 1. nenhum 2. Leve 3. Moderado 4. Severo 5. Muito severo

I1.	I2.	I3.	I4.
-----	-----	-----	-----

BLOCO J: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (Active Australia Questionnaire)

J1. NA ÚLTIMA SEMANA, quantas vezes você o senhor (a) caminhou sem parar, por pelo menos 10 minutos, como diversão, exercício ou para ir e voltar de algum lugar?

Vezes _____ Tempo: Minutos _____ horas: _____

J2. NA ÚLTIMA SEMANA, quantas vezes senhor (a) fez atividades vigorosas de jardinagem ou trabalho no quintal, que tenha feito você respirar mais forte ou ficar ofegante?

Vezes _____ Tempo: Minutos _____ horas: _____

J3. NA ÚLTIMA SEMANA, quantas vezes senhor (a) fez atividades físicas vigorosas que tenha feito você respirar mais forte ou ficar ofegante? (exe: corrida, ginástica, futebol, subir e descer escadas ou ladeiras, limpeza doméstica pesada, etc.).

Vezes _____ Tempo: Minutos _____ horas: _____

J4. NA ÚLTIMA SEMANA, quantas vezes você fez atividades físicas moderadas que você ainda não falou? (exe.: dança em geral, natação leve (hidroginástica), limpeza doméstica leve, na calçada ou fora de casa, cuidar de crianças ou idosos e atividades religiosas de pé).

Vezes _____ Tempo: Minutos _____ horas: _____

REFERENCIA:

1-Sedentários: tempo de atividade global na última semana igual a zero

(0) 2-Insuficientemente ativos: Tempo entre um (1) e 150 minutos

3-Suficientemente ativos: Tempo acima de 150 minutos.

J1.	J2.	J3.	J4.
-----	-----	-----	-----

Nota: ()

BLOCO L: AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS (ESCALA DE KATZ - ABVD)

Área de funcionamento	Independente/Dependente
-----------------------	-------------------------

L1.Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)() não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)Independente (D)Dependente (D)Dependente
---	---

<p>() recebe ajuda para lavar apenas uma partedo corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)</p> <p>() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho</p>	
<p>L2.Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p>() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p>() pega as roupas e veste-se sem ajuda,exceto para amarrar os sapatos</p> <p>() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p>	<p>(I)Independente</p> <p>(I)Independente</p> <p>(D)Dependente</p>
<p>L3.Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usarcomadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou paraajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>	<p>(I)Independente</p> <p>(D)Dependente</p> <p>(D)Dependente</p>
<p>L4.Transferência</p>	<p>(I)Independente</p> <p>(D)Dependente</p>

<p>() deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)(</p> <p>) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>() não sai da cama</p>	(D)Dependente
<p>L5.Continência</p> <p>() controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p>() tem “acidentes” ocasionais</p> <p>() necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>	(I)Independente (D)Dependente (D)Dependente
<p>L6.Alimentação</p> <p>() alimenta-se sem ajuda</p> <p>() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos</p>	(I)Independente (I)Independente (D)Dependente

REFERENCIA:

0: independente em todas as seis funções

1: independente em cinco funções e dependente em uma função2:

independente em quatro funções e dependente em duas

3: independente em três funções e dependente em três

4: independente em duas funções e dependente em quatro

5: independente em uma função e dependente em cinco funções6:

dependente em todas as seis funções

L1.	L2.	L3.
L4.	L5.	L6.

BLOCO M: AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIAS (ESCALADE LAWTON E BRODY – AIVD)

<p>CAPACIDADE DE USO DO TELEFONE</p> <p>M1. O sr(a) é capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda?</p> <p>M2. O sr(a) é capaz de ver, encontrar os números e discar, mas necessita de ajuda ?</p> <p>M3. O sr(a) é Completamente incapaz no uso do telefone?</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>
<p>VIAGENS</p> <p>M4. O sr(a) é capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou taxi?</p> <p>M5. O sr(a) é capaz de viajar exclusivamente acompanhado?</p> <p>M6. O sr(a) é completamente incapaz de viajar?</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>
<p>COMPRAS</p> <p>M7. O sr(a) é capaz de fazer compras, se fornecido transporte?</p> <p>M8. O sr(a) é capaz de fazer compras exclusivamente acompanhado?</p> <p>M9. O sr(a) é completamente incapaz de fazer compras?</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>
<p>PREPARO DE REFEIÇÕES</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>

<p>M10. O sr(a) é capaz de planejar e cozinhar refeições complete?</p> <p>M11. O sr(a) é capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho?M12. O sr(a) é completamente incapaz de preparar qualquer refeição?</p>	
<p>TRABALHO DOMESTICO</p> <p>M13. Realiza tarefas pesadas</p> <p>M14. Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas?</p> <p>M15. O sr(a) é completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico?</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>
<p>MEDICAÇÕES</p> <p>M16. O sr(a) é capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa?</p> <p>M17. O sr(a) é capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare? M18. O sr(a) é completamente incapaz de tomar remédios sozinho?</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>
<p>DINHEIRO</p> <p>M19. O sr(a) é capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas?</p> <p>M20. O sr(a) é capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas?</p> <p>M21. O sr(a) é completamente incapaz de administrar dinheiro?</p>	<p>(1) Independente</p> <p>(2) Semi dependente</p> <p>(3) Dependente</p>

REFERENCIA

Dependência total ≤ 5 pontos

Dependência parcial $> 5 < 21$

pontos Independência = 21

M1.	M2.	M3.	M4.	M5.	M6.	M7.	M8.	M9.	M10.	
M11.	M12.	M13.	M14.	M15.	M16.	M17.	M18.	M19.	M20.	M21.

BLOCO N: AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIAS (AAVD)

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes Atividades:	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz
N1. Fazer visitas na casa de outras pessoas	1	2	3
N2. Receber visitas em sua casa	1	2	3
N3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	1	2	3
N4. Participa de reuniões sociais, festas ou bailes	1	2	3
N5. Participa de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos	1	2	3
N6. Dirigi automóvel	1	2	3
N7. Faz viagens de 1 dia para fora da cidade	1	2	3
N8. Faz viagens de duração mais longa para fora da cidade	1	2	3
N9. Faz trabalho voluntário	1	2	3
N10. Faz trabalho remunerado	1	2	3
N11. Participa de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades	1	2	3
N12. Participa de Universidade Aberta à terceira Idade	1	2	3

N13.Participa de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos	1	2	3
---	---	---	---

N1.	N2.	N3.	N4.	N5.	N6.	N7.
N8.	N9.	N10.	N11.	N12.	N13.	

BLOCO O:ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

O1.Você está satisfeito com a sua vida?	(1)Sim (2)Não
O2. Você deixou muitos de realizar suas atividades que de dão prazer?	(1)Sim (2)Não
O3.Você sente que sua vida está vazia?	(1)Sim (2)Não
O4.Você se aborrece com frequência?	(1)Sim (2)Não
O5.Você se sente de bom humor a maior parte do tempo ?	(1)Sim (2)Não
O6.Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1)Sim (2)Não
O7.Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(1)Sim (2)Não
O8.Você sente que sua situação não tem saída ?	(1)Sim (2)Não
O9.Você prefere ficar em caisa a sair e fazer coisas novas?	(1)Sim (2)Não

O10.Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas da sua idade?	(1)Sim (2)Não
O11.Você acha maravilhoso estar vivo?	(1)Sim (2)Não
O12.Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	(1)Sim (2)Não
O13.Você se sente cheio de energias?	(1)Sim (2)Não
O14.Você acha que a sua situação é sem esperanças?	(1)Sim (2)Não
O15.Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1)Sim (2)Não

REFERÊNCIA

Escore de zero(0) ausência de sintomas depressivos

Escore ≥ 5 presença de sintomas depressivos

01.	02.	03.	04.	05.	06.	07.	08.	09.	010.	011.	012.	013.	014.	015.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------

BLOCO P: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19

P1. O quanto preocupado o Sr. (a) está com a pandemia por COVID-19?

- (1) Nenhum pouco
- (2) Um pouco preocupado
- (3) Muito preocupado

P2. O Sr. (a) foi diagnosticado com COVID-19 por um médico ou outro profissional de saúde?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não tenho certeza

P3. Se sim, Sr. (a) foi hospitalizado?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não tenho certeza

P4. Se sim, quantos dias Sr. (a) ficou no hospital? _____

P5. Se sim, quais sintomas Sr. (a) teve? (Marque todas as que se aplicam)

- (1) Febre
- (2) Tosse
- (3) Falta de ar
- (4) Diarreia
- (5) Vômito
- (6) Perda temporária do olfato
- (7) Não tive nenhum desses sintomas

P6. Caso negativo, o Sr. (a) teve algum dos seguintes sintomas desde o início de 2020? (Marque todas as que se aplicam)

- (1) Febre
- (2) Tosse
- (3) Falta de ar
- (4) Diarreia
- (5) Vômito
- (6) Perda temporária do olfato
- (7) Não tive nenhum desses sintomas

P7. Caso negativo, algum dos sintomas acima foi devido a uma condição saúde ou doença diferente da COVID-19?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não tenho certeza
- (4) Não tive nenhum sintoma

P8. Um amigo próximo ou membro da família foi diagnosticado com COVID-19?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não tenho certeza

P9. Qual das seguintes ações que eu vou ler o Sr. (a) fez nos últimos dias para se manter protegido do coronavírus (além do que você normalmente faz no seu dia-a-dia)? (Marque todas as que se aplicam)

- (1) Consulta médica cancelada (ou outro profissional de saúde)
- (2) Visita a um médico (ou outro profissional de saúde) pessoalmente
- (3) Fiz uma consulta de tele-saúde com um médico ou outro profissional de saúde
- (4) Uso de máscara facial
- (5) Mãos lavadas / higienizadas
- (6) Trabalhou ou estudou em casa
- (7) Trabalho cancelado / adiado ou atividades escolares
- (8) Alimentos / água estocados
- (9) Rezou
- (10) Evitou locais públicos / multidões
- (11) Evitou contato pessoal com pessoas de alto risco
- (12) Evitou contato pessoal com amigos ou família
- (11) Isolamento de outra (s) pessoa (s) que more comigo
- (12) Viagem cancelada / adiada
- (13) Não estou realizando nenhuma dessas etapas

P10. Qual das seguintes ações que eu vou ler o Sr(a) está realizando para ajudar sua família, amigos ou sua comunidade no enfrentamento da pandemia de COVID 19?

- (1) Conseguir alimentos ou remédios para vizinhos
- (2) Doar sangue
- (3) Doar dinheiro
- (4) Contatar amigos ou familiares para manter contato
- (5) Prestar cuidados infantis
- (6) Outros;
- (7) Não estou realizando nenhuma ação

P1.	P2.	P3.	P4.	P5.
P6.	P7.	P8.	P9.	P10.

BLOCO Q: AVALIAÇÃO DO MEDO DA COVID-19

Q1. Osr(a) tem muito medo da COVID?	(1) (2) (3) (4) (5)
Q2. Pensar sobre a COVID-19 te deixa desconfortável?	(1) (2) (3) (4) (5)
Q3. suas mãos ficam frias/úmidas quando pensa na COVID-19?	(1) (2) (3) (4) (5)
Q4. O sr(a) tem medo de morrer por causa da COVID-19?	(1) (2) (3) (4) (5)
Q5. O sr(a) fica nervosa (a) quando vê notícias nos jornais e redes sociais sobre a COVID-19?	(1) (2) (3) (4) (5)
Q6. O sr(a) não consegue dormir, porque fico com medo de ser infectado(a) pela COVID-19?	(1) (2) (3) (4) (5)
Q7. Seu coração dispara ou palpita quando pensa em ser contaminados(a) pela COVID-19?	(1) (2) (3) (4) (5)

Q1.	Q2.	Q3.	Q4.	Q5.	Q6.	Q7.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

ANEXO E- Brazilian telephone Mini-Mental State Examination (Braztel-MMSE)

BRAZTEL MMSE

Adicione 1 ponto para cada resposta certa

B1.Orientação Temporal

B1a.Dia

B1b.Dia da semana

B1c.Mês

B1d.Ano

B1e.Hora aproximada

B2.Orientação Espacial

B2a.País

B2b.Estado

B2c.Cidade

B2d.Rua em que mora

B3.Registro

Repetir três objetos

(arvore/ mesa/ cachorro)

B4.Calculo e atenção

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7

B5.Memória

Repetir os objetos da sessão“Registro”

B6.Linguagem

Qual o nome do objeto pelo qual estamos nos falando?

Repetir

“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”

TOTAL