

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Giovanna Gaudenci Nardelli

A realidade do perfil sociodemográfico e de saúde em idosos: focalizando  
vulnerabilidades para o COVID 19

Uberaba/MG

2022

Giovanna Gaudenci Nardelli

A realidade do perfil sociodemográfico e de saúde em idosos: focalizando  
vulnerabilidades para o COVID 19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu sensu – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível doutorado, como requisito para obtenção do título de doutora.

Orientador: Profº Álvaro da Silva Santos

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das populações.

Uberaba/MG

2022

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

N182r	<p>Nardelli, Giovanna Gaudenci A realidade do perfil sociodemográfico e de saúde em idosos: focalizando vulnerabilidades para o COVID-19 / Giovanna Gaudenci Nardelli. -- 2022. 117 p. : tab.</p> <p>Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022 Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos</p> <p>1. Idoso. 2. COVID-19. 3. Qualidade de vida. 4. Enfermagem. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Triângulo Mine- iro. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 613.98</p>
-------	---

Giovanna Gaudenci Nardelli

A realidade do perfil sociodemográfico e de saúde em idosos: focalizando  
vulnerabilidades para o COVID 19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu sensu – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível doutorado, como requisito para obtenção do título de doutora.

Orientador: Profº Álvaro da Silva Santos  
Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das populações.

Uberaba, 27 de Maio 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Prof.a Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Profª Drª Rosimar Alves Querino  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Prof(a) Dr(a)Vânia Del'Arco Paschoal  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

---

Profº Drº Rodrigo Jorge Salles  
Universidade São Judas Tadeu, USJT

Dedico essa dissertação a minha mãe, sem ela nunca poderia ter conquistado o que conquistei e nunca poderia estar onde estou hoje. Sem ela não sou ninguém.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a minha mãe, que, juntas nessa trajetória, conquistamos muita coisa, sempre se apoiando, e ao meu pai, que mesmo distante esteve presente como pode. Ao meu orientador que me oportunizou diversos aprendizados e ao meu irmão de coração, de academia, de vida.

A minha avó, que em terra me ensinou a ser uma mulher honesta, verdadeira, perseverante e resiliente, e no céu, olha por mim e me guia nos momentos difíceis. Ao meu avô que sempre esteve presente da forma que precisei, financeiramente, como conselheiro, como avô, como pai, como educador, como uma luz que me guiou no caminho certo e sempre me apoio nas minhas decisões e nas indecisões me guiou com sabedoria.

## RESUMO

NARDELLI, G. G. **A realidade do perfil sociodemográfico e de saúde em idosos: focalizando vulnerabilidades para o COVID 19.** 2022. 119f. Tese [Doutorado em Atenção à Saúde]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba, MG. 2022.

O aumento da idade, quando acompanhado de problemas de saúde, pode causar grande impacto aos cofres públicos, o que faz com que as políticas públicas direcionadas aos idosos sejam revistas, possibilitando em um envelhecimento saudável e reduzindo o ônus decorrente do processo de envelhecimento na economia do país. Os idosos são um dos principais grupos de risco para COVID-19, razão pela qual receberam destaque nas notícias a respeito da doença nos jornais analisados no que diz respeito à situação de casos e da evolução ao óbito dos casos mais graves, o que se associava aos dados divulgados por órgãos epidemiológicos. A pandemia do COVID-19 influenciou diretamente na saúde toda a população principalmente dos mais vulneráveis a casos graves da doença, como os idosos. O perfil antes conhecido desta população passa então por alterações, que precisam ser estudadas, seus perfis comparados, discutidos e analisados para que se possa gerar novas políticas públicas que absorvam as novas demandas e características desta população. O objetivo desta pesquisa foi avaliar condições de vulnerabilidade para SARS-COV-19, com base em dados do estudo Perfil de Saúde da População Idosa dos Municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais considerando perfil demográfico, social e clínicos. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, cuja amostra é representativa da população idosa residente na Macrorregião do Triângulo Sul de Minas Gerais. O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência do desfecho prevalência de depressão de 32,7%. Os idosos participantes responderam a um questionário estruturado e instrumentos validados para a população idosa brasileira, como o GDS-15, WHOQOL-old e WHOQOL-Old, escala de Edmont, Índice de Lawton e Katz. Os dados coletados foram tabulados em dupla digitação em uma planilha do *software Excel*, versão 2016 e as análises estatísticas, realizadas no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. Até o momento do início da pandemia e suspensão da coleta de dados 450 idosos. Referente ao perfil sociodemográfico a idade média dos participantes foi 70,6(±7,6) anos, a maioria eram mulheres (63,8%), com companheiro (49,1%), com ensino fundamental incompleto (42,9%), cor da pele branca (51,1%) e a maioria não possuía ocupação remunerada (60,4%). Em relação às variáveis de saúde, a maioria dos participantes referiram possuir hipertensão arterial sistêmica (60,7%), e 33,8% disseram possuir diagnóstico de Diabetes Mellitus. Considerando os sintomas depressivos, a média do instrumento GDS-15 foi de 4,2(±3,9) pontos. Considerando de uma maneira geral não possuíam classificação de fragilidade, uma vez que a média da escala de Edmont foi de 3,88(±2,7). Em relação à funcionalidade, o índice Katz apontou uma média de 6,1(±1,1) e a escala de Lawton uma média de 12,4(±2,9). Pela escala de Lawton os indivíduos desta pesquisa foram classificados como dependentes para as atividades instrumentais, e pelo índice Katz os idosos foram classificados como independentes. Este estudo identificou idosos, com predomínio de idade 60 a 74 anos, sexo feminino, aposentadas e com companheiro. Notou-se que houve uma preeminência de idosos não vulneráveis e independentes, evidenciando um

envelhecimento ativo dessa população. Foi identificado uma boa percepção de qualidade de vida, porém foi identificado dependência para as atividades instrumentais. O aprendizado reforçado nesta pandemia é que os idosos possuem características e peculiaridades próprias, além da diversidade/pluralidade/complexidade do envelhecimento humano. Nesse cenário, apesar dos conceitos fundamentais da epidemiologia, virologia, imunologia, e tantos outros necessários e recorrentes, não se pode abster dos fundamentos da teoria e prática gerontológica, que promovem o diferencial para a adoção de medidas eficazes na proteção do grupo de risco dos idosos.

Palavras-chave: Idoso; SARS-COV-19; Qualidade de vida; Enfermagem.

## ABSTRACT

NARDELLI, G. G. **The reality of the sociodemographic and health profile in the elderly**: focusing on vulnerabilities to COVID 19 in a population study. 2022. XXf. Tese [Doutorado em Atenção à Saúde]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba, MG. 2022.

The increase in age, when accompanied by health problems, can have a great impact on public coffers, which makes public policies aimed at the elderly to be reviewed, enabling healthy aging and reducing the burden of the aging process on the economy. from the country. The elderly are one of the main risk groups for COVID-19, which is why they were highlighted in the news about the disease in the newspapers analyzed with regard to the situation of cases and the evolution to death of the most serious cases, which was associated data released by epidemiological agencies. The COVID-19 pandemic directly influenced the health of the entire population, especially those most vulnerable to severe cases of the disease, such as the elderly. The previously known profile of this population then undergoes changes, which need to be studied, their profiles compared, discussed and analyzed so that new public policies can be generated that absorb the new demand and characteristics of this population. The objective of this research was to evaluate vulnerability conditions for SARS-COV-19, based on partial data from the Health Profile of the Elderly Population of the Municipalities of the Regional Health Management of Uberaba - Minas Gerais, considering demographic, social and clinical profiles. This is a population-based cross-sectional study, approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro, whose sample is representative of the elderly population residing in the Macro-region of the Triângulo Sul de Minas Gerais. The sample size calculation considered a prevalence of the outcome prevalence of depression of 32.7%. The elderly participants answered a structured questionnaire and instruments validated for the Brazilian elderly population, such as the GDS-15, WHOQOL-old and WHOQOL-Old, Edmont scale, Lawton and Katz Index. The collected data were tabulated in double typing in an Excel spreadsheet, version 2016, and the statistical analyzes were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version 22.0. By the time of the beginning of the pandemic and suspension of data collection, 450 elderly people. Regarding the sociodemographic profile, the average age of the participants was 70.6( $\pm$ 7.6) years, most were women (63.8%), with a partner (49.1%), with incomplete elementary education (42.9% ), white skin color (51.1%) and the majority did not have a paid occupation (60.4%). Regarding health variables, most participants reported having systemic arterial hypertension (60.7%), and 33.8% said they had a diagnosis of Diabetes Mellitus. Considering depressive symptoms, the mean of the GDS-15 instrument was 4.2( $\pm$ 3.9) points. Generally, they did not have frailty classification, since the average of the Edmont scale was 3.88( $\pm$ 2.7). Regarding functionality, the Katz index showed an average of 6.1( $\pm$ 1.1) and the Lawton scale an average of 12.4( $\pm$ 2.9). By the Lawton scale, the individuals in this research were classified as dependent for instrumental activities, and by the Katz index, the elderly were classified as independent. This study identified elderly, predominantly aged 60 to 74 years, female, retired and with a partner. It was noted that there was a pre-eminence of non-vulnerable and independent elderly people, evidencing an active aging of this population. A good perception of quality of life was identified, but dependence was

identified for instrumental activities. The learning reinforced in this pandemic is that the elderly have their own characteristics and peculiarities, in addition to the diversity / plurality / complexity of human aging. In this scenario, despite the fundamental concepts of epidemiology, virology, immunology, and many other necessary and recurring concepts, one cannot abstain from the fundamentals of gerontological theory and practice, which promote the differential for the adoption of effective measures in the protection of the risk group of seniors.

Keywords: Elderly; SARS-COV-19; Quality of life; Nursing.

## RESUMEN

NARDELLI, G. G. **La realidad del perfil sociodemográfico y de salud en el adulto mayor:** focalizando en las vulnerabilidades ante el COVID 19 en un estudio poblacional. 2022. XXf. Tese [Doutorado em Atenção à Saúde]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba, MG. 2022.

El aumento de la edad, cuando va acompañado de problemas de salud, puede tener un gran impacto en las arcas públicas, lo que obliga a revisar las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores, posibilitando un envejecimiento saludable y reduciendo la carga del proceso de envejecimiento en la economía del país. Los adultos mayores son uno de los principales grupos de riesgo para el COVID-19, por lo que se destacaron en las noticias sobre la enfermedad en los diarios analizados en cuanto a la situación de los casos y la evolución a muerte de los casos más graves, que fue datos asociados publicados por agencias epidemiológicas. La pandemia de la COVID-19 influyó directamente en la salud de toda la población, en especial de los más vulnerables a casos graves de la enfermedad, como los adultos mayores. El perfil previamente conocido de esta población sufre entonces cambios, los cuales requieren ser estudiados, comparados, discutidos y analizados sus perfiles para que se generen nuevas políticas públicas que absorban la nueva demanda y características de esta población. El objetivo de esta investigación fue evaluar las condiciones de vulnerabilidad para el SARS-COV-19, a partir de datos parciales del Perfil de Salud de la Población Anciana de los Municipios de la Gerencia Regional de Salud de Uberaba - Minas Gerais, considerando perfiles demográficos, sociales y clínicos. Se trata de un estudio transversal de base poblacional, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, cuya muestra es representativa de la población anciana residente en la Macrorregión del Triángulo Sur de Minas Gerais. El cálculo del tamaño de la muestra consideró una prevalencia del desenlace prevalencia de depresión del 32,7%. Los ancianos participantes respondieron un cuestionario estructurado e instrumentos validados para la población anciana brasileña, como el GDS-15, el WHOQOL-old y el WHOQOL-Old, la escala de Edmont, el Índice de Lawton y Katz. Los datos recolectados fueron tabulados en doble digitación en hoja de cálculo Excel, versión 2016, y los análisis estadísticos fueron realizados con el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 22.0. Al momento del inicio de la pandemia y suspensión de la recolección de datos, 450 adultos mayores. En cuanto al perfil sociodemográfico, la edad promedio de los participantes fue de 70,6(±7,6) años, la mayoría eran mujeres (63,8%), con pareja (49,1%), con instrucción básica incompleta (42,9%), color de piel blanca (51,1%). ) y la mayoría no tenía ocupación remunerada (60,4%). En cuanto a las variables de salud, la mayoría de los participantes refirió tener hipertensión arterial sistémica (60,7%) y el 33,8% dijo tener diagnóstico de Diabetes Mellitus. Considerando los síntomas depresivos, la media del instrumento GDS-15 fue de 4,2(±3,9) puntos. Generalmente, no tenían clasificación de fragilidad, ya que el promedio de la escala de Edmont fue de 3,88(±2,7). En cuanto a la funcionalidad, el índice de Katz mostró una media de 6,1(±1,1) y la escala de Lawton una media de 12,4(±2,9). Por la escala de Lawton, los individuos de esta investigación fueron clasificados como dependientes para actividades instrumentales, y por el índice de Katz, los ancianos fueron clasificados como independientes. Este estudio identificó ancianos,

predominantemente de 60 a 74 años, del sexo femenino, jubilados y con pareja. Se observó que hubo una preeminencia de adultos mayores no vulnerables e independientes, mostrando un envejecimiento activo de esta población. Se identificó buena percepción de calidad de vida, pero se identificó dependencia para actividades instrumentales. El aprendizaje reforzado en esta pandemia es que los adultos mayores tienen características y peculiaridades propias, además de la diversidad/pluralidad/complejidad del envejecimiento humano. En este escenario, a pesar de los conceptos fundamentales de epidemiología, virología, inmunología y tantos otros conceptos necesarios y recurrentes, no se puede abstenerse de los fundamentos de la teoría y práctica gerontológica, que promueven el diferencial para la adopción de medidas eficaces en la protección de los grupo de riesgo de personas mayores.

Palabras llave: Anciano; SARS-COV-19; Calidad de vida; Enfermería.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	16
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	16
2.2	ENVELHECIMENTO ATIVO E BEM ESTAR	18
2.3	QUALIDADE DE VIDA E FATORES AMBIENTAIS NA SAÚDE DO IDOSO	19
2.4	INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS	21
2.5	ATUAÇÃO DO BRASIL NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE SARSCOV-19	24
2.6	IMPACTO DA PANDEMIA NO SISTEMA DE SAÚDE	26
2.7	ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM TEMPO DE PANDEMIA	28
2.8	JUSTIFICATIVA	30
3	<b>OBJETIVOS</b>	34
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO	35
4.2	CÁLCULO AMOSTRAL	35
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	37
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
4.5	COLETA DE DADOS	37
4.6	A SELEÇÃO E TREINAMENTO DE AUXILIARES DE PESQUISA	38
4.6.1	<i>A organização da equipe de pesquisa</i>	39
4.7	RECRUTAMENTO E COLETA DE DADOS	39
4.8	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	40
4.9	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
4.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA	42
5	<b>RESULTADOS</b>	44
6	<b>DISCUSSÃO</b>	54
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	54
6.2	PERFIL CLÍNICO	55
6.3	PERFIL DOS CASOS DE COVID EM IDOSO	60

6.4	PERFIL CLÍNICO E DE SAÚDE DOS IDOSOS APÓS A PANDEMIA	62
6.5	ATENDIMENTO AO IDOSO NA PANDEMIA	69
7	<b>CONCLUSÃO</b>	74
	REFERÊNCIAS	77
	<b>APÊNDICE A</b>	87
	<b>APÊNDICE B</b>	89

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno vivenciado pelo Brasil e o mundo. O país apresenta cada vez mais uma estrutura etária envelhecida, o que traz impactos diretos na estrutura econômica e sanitária das sociedades, com implicações diretas em adequações nas políticas públicas, em especial as de saúde (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

A mudança do modelo demográfica é clara: houve mudanças significativas na faixa etária da população, com rápido envelhecimento, causado pela maior expectativa de vida. Graças a isso, logo a maior patê do país será formada por habitantes idosos (BRASÍLIA, 2018).

Considerado um grande triunfo da humanidade, o envelhecimento deve ser visto também como grande desafio, uma vez que se espera que este ciclo vital seja vivido com qualidade de vida. Embora a idade não seja sinônimo de adoecimento existe uma associação entre o envelhecimento e um aumento do grau de dependência deste indivíduo, com uma ideia de maior fragilidade e vulnerabilidade (PEREIRA-LLANO et al., 2016).

No Brasil, observa-se o crescente número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que passa de 14,2 milhões em 2000 para 19,6 milhões em 2010, podendo atingir um total de 73,5 milhões em 2060 (BORGES; CAMPOS; CASTRO e SILVA, 2015).

Nesse contexto de corresponsabilização, um estudo realizado em 2015, revela que o vínculo estabelecido entre os idosos e a equipe de saúde beneficia as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, além de auxiliar na adesão aos tratamentos e fomentar ações educativas (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Neste sentido, torna-se relevante que o enfermeiro realize ações de acompanhamento e monitoramento da saúde desses idosos, visando contribuir na identificação de dificuldades acerca da adesão, bem como no fornecimento de orientações (TAVARES et al., 2015).

Entre os papéis do profissional de saúde, o aconselhamento sobre hábitos saudáveis e mudança de estilo de vida, como redução de consumo de sal e açúcar e prática de atividade física. Essas orientações e motivações fazem parte das ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, objetivando uma vida mais saudável.

Porém, há uma dificuldade em fomentar essas mudanças, ou seja, passar elas da teoria para a prática, isto pois, observa-se resistência por parte da população, notadamente idosa, em realizar essas mudanças, ou seja há a necessidade que a população queira e mais importante seja capaz de mudar eficazmente seus hábitos (FLORES et al., 2018).

A forma como o idoso percebe sua saúde é permeada por vários fatores, que interferem direta ou indiretamente, na sua qualidade de saúde. A prática de exercícios físicos, o bom relacionamento social, bem como a autonomia para exercer suas atividades são fatores determinantes para a satisfação pessoal com a saúde. (RIGO et al., 2017).

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desvelou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) se apresenta como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, esta sinalização fundamenta-se no mais alto nível de alerta pautado no Regulamento Sanitário Internacional. E em cerca de um mês após esta declaração feita pela OMS, o surto de COVID19 foi elevado, e determinado como pandemia em 11 de março de 2020 (OMS,2020).

Estudo que avaliou 2.619 pessoas demonstrou que 84,9% dos indivíduos sentem-se “extremamente” ou “muito” nervosos com COVID-19 (ZHAN; YANG; FU, 2019). Na China 28.8% de 1.210 entrevistados consideravam-se ansiosos em relação a pandemia (WANG *et al*, 2020).

No entanto, em relação a pandemia por COVID-19, observa-se uma predominância de estudos com enfoque epidemiológico, diagnóstico e terapêutico (BAR-ON, 2020; DROSTEN, 2020; JATTTI, 2020; JIN, 2020), e poucos estudos com enfoque psicossocial (WANG, 2020). Também não há trabalhos recentes sobre a ansiedade gerada especificamente em pacientes diabéticos em pandemias.

Assim, verifica-se a necessidade de produção de conhecimento que possa subsidiar propostas para intervenções em situações pandêmicas com idosos, em especial a recente – a COVID 19

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Ao longo dos últimos 50 anos, o perfil demográfico do Brasil sofreu mudanças significativas, passando de uma sociedade majoritariamente rural cujos habitantes tinham um alto número de filhos e um risco alto de mortes na infância para uma sociedade urbana, apresentando famílias menores e reestruturadas (LEONE; MAIA; BALTAR, 2016). O número de pessoas com 60 anos ou mais cresceu substancialmente, especialmente se comparado ao passado recente, em que havia uma população jovem mais significativa (VASCONCELOS; GOMES, 2015).

Essa transição se associa a outros aspectos sociais no país, uma vez que, de várias perspectivas sociodemográficas, pode-se dizer que os idosos representam uma faixa bem diferenciada das outras faixas etárias (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

O processo de envelhecimento implica na ocorrência de alterações em diversas dimensões, e ocorre para todos os seres vivos. Deve-se ressaltar que essas alterações decorrem com contornos diferentes, em tempo cronológico e intensidade diversos, pois são dependentes de atributos genéticos, ambientais e sociais (DEZAN, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um país primordialmente é considerado envelhecido se pelo menos 7% de sua população total é constituída por idosos. Quando se realiza uma projeção para o ano de 2050, serão dois bilhões de idosos em todo o mundo (BRASIL, 2013). No Brasil, considera-se idoso como pessoa com 60 anos ou mais de acordo de acordo com a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e com o Estatuto do Idosos (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a OMS. O DATASUS que é um serviço de tecnologia da informação a serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) revela que em 2012 a população idosa correspondia a 20.889.849, cerca 10% da população brasileira, e segundo o mesmo sistema de informação em projeção para 2030 conjectura-se que esse número ultrapasse 41.541.763, equivalendo ao percentual de 18,6% de idosos considerando a população geral. Com relação ao estado de Minas Gerais, em 2012 foi constatado o número absoluto de 2.337.624 e segundo a projeção para 2030 seriam 4.610.335 idosos. Acerca da cidade mineira de Uberaba, no ano de 2012 a população de idosos correspondia a 38.202,

perfazendo 6% da população total, porém não se considerou ainda projeção para este município para 2030 (BRASIL, 2013).

Nos aspectos do declínio natural do tempo, referido como envelhecimento, evidencia-se que neste processo existem perdas, e que este declínio da saúde está associado com acometimentos incapacitante. Sobre este decréscimo da saúde dos idosos é possível citar que as perdas mais significativas estão relacionadas aos papéis sociais destes idosos. Isso vale para o âmbito funcional, pois os familiares apropriam-se do cuidado a este longevo e desconsideram sua atuação social (BAUAB; EMMEL, 2014).

Para Oliveira e Tavares (2020) o envelhecimento é um declínio natural, e os idosos, conforme seu nível de incapacidade aumenta, passam a necessitar de auxílio social e funcional em geral fornecido por familiares, que assumem seu cuidado à saúde desse idoso (BAUAB; EMMEL, 2014; OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

De modo geral o envelhecimento populacional eleva as limitações de capacidade funcional, as comorbidades, além da fragilidade, que exigem cuidados, desse modo fazendo do sujeito vulnerável. Assim, a qualidade de vida diminui, especialmente conforme a autonomia do idoso é prejudicada conforme sua necessidade por assistência de instituições de saúde cresce. (BRASIL, 2014; MAIA et al., 2020).

Para Miranda et al (2016), é urgente adotar-se medidas para lidar com o envelhecimento, já que o percentual de idosos, já relevante, tenderá a crescer segundo estimativas. Essas pessoas precisarão de serviços públicos especializados a serem desenvolvidos pelas políticas e prioridades atuais.

A maneira como se percebe o envelhecimento é construída e desenvolvida em associação a outras categorias, como gênero, geração, e classe social. Pode-se atribuir ao idoso características positivas, como sabedoria, ou negativas, como depressão, solidão, doença e morte, e graças a isso a velhice é particular a cada indivíduo, e se associa a sua trajetória de vida, levando à visão de um construto social em que cultura, política e sociedade se reúnem (HEIN, 2012; OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

A OMS em 2005 outorga a política de envelhecimento ativo, que destaca que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo, e sim um processo que deve se fundamentar em políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida de todos os indivíduos (OMS, 2005).

## 2.2 ENVELHECIMENTO ATIVO E BEM ESTAR

A política de envelhecimento ativo desenvolvida pela OMS traz em suas resoluções os principais determinantes do envelhecimento ativo, que seguem: a cultura e o gênero considerados como fatores abrangentes e transversais que moldam as pessoas e o meio em que estão inseridas ao longo da vida; comportamentos e características pessoais que são específicos de cada indivíduo; e o ambiente físico e os determinantes sociais, econômicos, serviços sociais e de saúde que constituem os fatores contextuais (WHO, 2002). Todos estes fatores se interrelacionam e formam uma rede dinâmica de condições de proteção para este processo de envelhecimento e podem favorecer o desenvolvimento de reservas para respostas mais flexíveis, mas também se relacionam a riscos que são capazes de prejudicar esse desenvolvimento. Ainda é possível relatar que cada determinante interfere de maneira individual no envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Na atualidade há uma superestimação do novo, uma cultura que valoriza somente o funcional e o produtivo, discordante com a representação social que o envelhecimento representa, uma vez que a idade avançada e o corpo envelhecido não se ajustam aos padrões de estética exigidos por esta cultura. Em contrapartida, com o passar dos anos, a sabedoria pode retratar a autoestima individualizada, e traz consigo outros elementos importantíssimos como a autonomia, o apoio social e a autoeficácia. Estas dimensões podem intervir na forma como os idosos vivenciarão este processo (JARDIM et al., 2016; MEIRA; VILELA; CASOTTI; SILVA, 2017).

Neste mesmo contexto, outros autores seguem o pensamento de que possuir um corpo envelhecido contribui para se desenvolver uma consciência do envelhecimento, sendo a velhice vista, diante do mundo, como um período extremamente delicado e aflitivo, que traria a vontade de possuir de novo as capacidades de tempos mais jovens. O processo de envelhecer é composto por fases de transformações intrínsecas e cada indivíduo, e percebe-se que a isso somam-se muitas perdas, traduzidas na percepção de finitude (ALMEIDA; BASTOS, 2017; MENESES; JÚNIOR; MELO; SILVA, 2013).

O Brasil, em 2018, apresentou a *Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa*, que tem como proposta incentivar as comunidades e cidades a implantarem políticas públicas voltadas para a população idosa, e continha como objetivos específicos

ações com intuito de promover o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável. Esta estratégia se apresentava com etapas para a adesão de cada cidade, e dentre elas está o diagnóstico das condições das localidades onde as pessoas envelhecem. Estas condições incluem o ambiente físico e a mobilidade. Esse diagnóstico situacional busca obter uma visão geral, a qual possa nortear a construção dos planos municipais de ação, planos que devem ser constituídos por ações a serem implantadas com períodos específicos. Para que se possa promover o envelhecimento ativo, deve-se realizar avaliações e reavaliações constantes, para que não se perca a meta estipulada (BRASIL, 2018)

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA E FATORES AMBIENTAIS NA SAÚDE DO IDOSO

A qualidade de vida do indivíduo idoso se relaciona diretamente ao trabalho, o que perpassa as demandas associadas somente à renda, e neste cenário é incorporada à ação laboral que é considerada como uma noção de identidade, com outros fatores intrínsecos a esta dimensão como o valor e o progresso pessoal individualizado ou em sociedade. A atividade laboral, em suma é reputada como uma ocupação que promove saúde e que possui a capacidade de prover melhor inclusão social, além de adicionar uma autonomia mais absoluta e uma maior independência (COSTA, 2018).

Para obter sucesso nesta implementação é essencial que haja um planejamento criterioso das comunidades urbanas para que aconteça uma real adaptação para os idosos. Assim para auxiliar nesta temática, OMS divulgou o modelo Cidade Amiga do Idoso, que orienta a concepção de cidades que propiciem “o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2008, p. 7).

A concepção deste modelo possui como fundamentação o envelhecimento saudável e o processo de promoção e manutenção da capacidade funcional individual. Para tal, incentiva-se à participação econômica e social em um ambiente seguro e acessível para todos (WHO, 2008). Logo em seguida foi promulgado um documento sob o título *Acción Multisectorial para un Envejecimiento Saludable Basado en el Ciclo de Vida: Proyecto de Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre el Envejecimiento y la salud* (WHO, 2016), construído durante a 69ª Assembleia Mundial da Saúde no

mês de abril de 2016, onde especificou-se as características e adaptações primordiais na infraestrutura e nos serviços das cidades para que os idosos usufruíssem de seus direitos. Esta intervenção, quando colocada em prática, desenvolveu um compromisso maior em concentrar a atenção nas necessidades e direitos dos idosos, através de metas e estratégias preestabelecidas para tornar as cidades inclusivas e com acesso para esta população (WHO, 2016).

De maneira muito particular, os idosos podem ser considerados como sendo mais suscetíveis a seu ambiente de convívio, e, pelo avançar da idade, são mais vulneráveis tanto às alterações cognitivas quanto às físicas. Com estas vulnerabilidades afloradas pelo passar dos anos, é possível inferir também se diminui a capacidade de se superar, com mais facilidade, as características inconvenientes do ambiente, tendo como consequência uma redução da capacidade de caminhar e, assim prejudicar a capacidade funcional (CLARKE; NIEUWENHUIJSEN, 2009).

Porém, estas adaptações podem significar apenas pequenas modificações no ambiente físico, e são traduzidas como extremamente úteis para preservar a independência das pessoas idosas. Ou seja, ambientes físicos adequados e mais adaptados para os idosos potencializam uma promoção do envelhecimento ativo, pois conservam a capacidade intrínseca inerente ao ser humano em seu envelhecimento, condicionando positivamente sua capacidade funcional. Assim idosos com diferentes graus de dificuldade sejam capazes da manutenção de sua independência e autonomia (TUCKETT et al., 2017).

Para Tuckett e Clarke (2017) as ações propostas para a criação de ambientes mais adequados para as pessoas longevas necessitam ter enfoque em contextos mais difusos. Os mesmos autores exemplificam que uma maneira com a qual a comunidade vizinha aos idosos promove a manutenção e melhoria da capacidade funcional seria empreendendo caminhadas ao ar livre para diferentes propósitos, abrangendo os transportes, a recreação e os exercício físicos específicos (TUCKETT; CLARKE, 2017).

Espaços públicos e privados tem como obrigação o estímulo e favorecimento do envelhecimento ativo. Assim, estudos mostram, geram condições de saúde, participação e segurança, sendo também inclusivos e permitindo o acesso de diferentes indivíduos, atendendo a suas necessidades (WHO, 2015). Contudo, estudo afirma que idosos que vivem em condições precárias de moradia, por exemplo, em ambientes de risco ou aqueles em relação aos quais à múltiplas barreiras físicas,

estão mais propensos a isolamento social, depressão, problemas de mobilidade, têm pior preparo físico (WHO, 2015).

Oliveira (2016) afirma que, além de haver poucos estudos que avaliam a qualidade do atendimento ao idoso na atenção primária, os estudos existentes tratam de ações preventivas ou daquelas de monitoração das doenças crônicas.

## 2.4 INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS

Desde os primeiros casos relatados de uma nova síndrome respiratória com evolução para pneumonia em Wuhan, Província de Hubei, China na data de 31 de dezembro de 2019; iniciou-se discussão sobre a origem do vírus causador. Após uma semana, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus (ZHOU et al., 2020).

Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causam Síndrome Respiratória Aguda Grave), MERS-COV (que causa Síndrome Respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo Coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2), cuja síndrome gripal/respiratória associada passou a ser conhecida como COVID-19 (WU et al., 2020).

Na data de 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alterou a classificação de surto epidêmico para pandemia de Covid-19, ainda que desde janeiro do referido ano, já considerasse constituir uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. As infecções do referido vírus estão agora difundidas em todo mundo, contabilizando de acordo com o Boletim da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 7 de abril de 2020, 1.353.361 casos confirmados em 207 países/territórios, com 79.235 mortes (OMS, 2020a).

Em 11 de março de 2020 como 118.319 casos confirmados e 4.292 óbitos espalhados pelo mundo a OMS declarou a doença como pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). No Brasil, a Lei 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 regularizou a quarentena e o isolamento no enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (BRASIL, 2020). Em

Minas Gerais as atividades coletivas foram suspensas por deliberação pelo Comitê Extraordinário Covid-19 do estado em 19 de março de 2020 (MINAS GERAIS, 2020).

Estudo que avaliou 2.619 pessoas demonstrou que 84,9% dos indivíduos sentem-se “extremamente” ou “muito” nervosos com COVID-19 (ZHAN, YANG, FU 2019). Na China 28.8% de 1.210 entrevistados consideravam-se ansiosos em relação a pandemia (WANG et al, 2020).

Ao lado da profunda angústia observada em muitos países que estão experimentando uma curva ascendente de casos, propagada agora por transmissão comunitária, destaca-se uma crescente compreensão sobre a importância dos Sistemas de Saúde como um todo e do bem-estar coletivo e comunitário. Os elevados índices de casos na Europa e EUA têm mostrado que adiar a preparação para o atendimento de casos graves e adiar a tomada de medidas de contenção de circulação de pessoas e isolamento social são ineficazes (OMS, 2020). No melhor dos cenários, restringindo-se as atividades econômicas aos serviços essenciais, orientando a população para isolamento domiciliar e procedendo-se às medidas cautelares de disponibilização de aparelhos de respiração artificial, construção de leitos hospitalares de tratamento intensivo para suporte vital em quantidade necessária, entre outras medidas, são estimados 45.346.000 de pessoas infectadas com COVID-19 e 158.000 óbitos em toda América Latina e Caribe (FERGUSON et al., 2020; WALKER et al., 2020).

Os sinais e sintomas do COVID-19 são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Podem, também, causar infecção do trato respiratório inferior, o que geralmente condiciona a maior gravidade da doença, podendo evoluir para óbito, como as pneumonias e suas complicações. No entanto, as investigações recentemente publicadas referem a necessidade de ainda mais estudos, com quantidade e variedade do número de casos, de diferentes faixas etárias, situações econômicas e acesso a serviços de saúde em distintos locais para caracterizar melhor os sinais e sintomas da doença. Os principais são sintomas conhecidos até o momento são: Febre, tosse e dificuldade para respirar. Como citado anteriormente, a transmissibilidade dos pacientes infectados se dá em média de sete dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares de estudo sobre a doença sugerem que a transmissão possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas (CHEN et al., 2020; WANG et al., 2020; BRASIL, 2020a).

A taxa de ataque do COVID-19 calculado por modelos matemáticos, a partir de estimativas do número básico de reprodução,  $R_0$ , de 2-3, sugere que 50-60% da população deve eventualmente ser infectado, uma vez que trata-se de uma nova cepa de coronavírus que infecta humanos, razão pela qual o sistema imunológico está totalmente susceptível e desprotegido (FLAHAUT, 2020). De acordo com estudos realizados até o momento, cabe considerar que o período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 12.5 dias. A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV-2 é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente que defina quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus (READ et al., 2020; LI et al., 2020).

O diagnóstico laboratorial considerado padrão ouro para a identificação do COVID-19, é o RT-PCR (PCR em tempo real). Trata-se de uma técnica de laboratório baseada no princípio da reação em cadeia da polimerase (PCR) para multiplicar ácidos nucleicos e quantificar o DNA obtido, onde o material genético inicial na reação de PCR é o RNA, que é transcrito no reverso em seu complemento de DNA por enzima transcriptase reversa (WANG et al., 2020). Esse exame é realizado nos Centros Nacionais de Influenza (NIC - sigla em inglês para National Influenza Center), que são referências para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN). Além disso, o diagnóstico diferencial para o SARS-CoV2 é a pesquisa de Influenza e outros vírus respiratórios. Esses exames compõem a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave e da Síndrome Gripal em unidades sentinelas e são realizados nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) de 23 Unidades Federadas e, de forma complementar, nos NIC (BRASIL, 2020a).

No entanto, devido a situação de emergência em saúde pública, excessivo número de casos num curto período de tempo, falta de estrutura física, logística, recursos materiais e pessoal capacitado nos laboratórios de saúde públicos e privados é inviável a realização de testes PCR em tempo real para todos os casos suspeitos e comunicantes. Adicionalmente, o RT-PCR possui outras desvantagens técnicas, como: variabilidade nos resultados, variação nos protocolos de extração do RNA que podem copurificar inibidores das enzimas da reação, exigir reagentes e equipamentos dispendiosos, ser uma técnica que possui vários passos e por apresentar um grande

número de resultados falso negativos provocados por uma coleta não padronizada das amostras respiratórias (LIU et al., 2020). Além disso, foi demonstrada uma acurácia entre 30 a 60% através do RT-PCR utilizando amostras coletadas da garganta de pacientes através de swabs (YANG et al., 2020). No trabalho realizado por AI e colaboradores (2020), foi realizado RT-PCR para o diagnóstico do COVID-19 em 1014 pacientes de Wuhan, China, e apenas 601 pacientes tiveram um resultado positivo, representando uma acurácia de 59%.

Dessa forma uma opção viável para avaliação dos casos assintomáticos e não graves, bem como de seus comunicantes para estimação da soroprevalência em diferentes grupos etários pode ser realizada ensaio imunoenzimático (ELISA) que verifica anticorpos no sangue. Este teste tem a vantagem de poder ser realizado após a situação de elevação da curva da doença sem tumultuar os serviços de saúde e no período em que os casos e seus contatos já terão produzido anticorpos. Com efeito, os resultados sorológicos se mostraram muito informativos para a China, e por conseguinte para toda comunidade internacional, na prevenção e tomada de providências sobre o risco de grandes ondas epidêmicas secundárias (FLAHAUT, 2020). No trabalho realizado por Liu e colaboradores (2020), foi testado a eficiência do ELISA para a detecção de pacientes infectados pelo COVID-19. Foram realizados ELISAs utilizando a proteína recombinante do nucleocapsídeo e o polipeptídeo recombinante S para sensibilizar as placas. Um total de 214 pacientes tiveram seus soros testados e foi observado uma rate positivo de 80,4% para IgM e 82,2% para IgG.

## 2.5 ATUAÇÃO DO BRASIL NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DE SARSCOV-19

No Brasil, em ações articuladas do Ministério da Saúde, desde a data de 06 de fevereiro do ano corrente, foram consideradas medidas práticas, orientações e condutas emergenciais a partir da publicação da Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. No disposto, foram descritas as medidas: isolamento; quarentena; determinação de realização compulsória de: exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas ou tratamentos médicos específicos, estudo ou investigação epidemiológica, exumação, necropsia, cremação e manejo de

cadáver, restrição excepcional e temporária, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por rodovias, portos ou aeroportos, entre outros (BRASIL, 2020a).

Posteriormente a Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência do COVID-19. Neste decreto, passa-se a considerar como medida sanitária preventiva, o isolamento, que objetiva a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local. Neste contexto, a medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica ou por recomendação do agente de vigilância epidemiológica, por um prazo máximo de 14 (quatorze) dias, podendo se estender por até igual período, conforme resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão (BRASIL, 2020b).

Da mesma forma, ficam orientadas a adoção de medidas de quarentena, que poderá ser decretada pelo prazo de até 40 (quarenta) dias, podendo se estender pelo tempo necessário para reduzir a transmissão comunitária e garantir a manutenção dos serviços de saúde no território (BRASIL, 2020b). Cabe salientar que o Brasil confirmou 13.717 casos e 667 mortes até o dia 7 de abril de 2020. O Ministério da Saúde do país declarou que há transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional (OPAS, OMS, 2020).

O município de Uberaba (MG), localizado na região Sul do Triângulo Mineiro, é Polo Regional de Saúde, sendo referência para 27 municípios para alta complexidade. É considerado de médio porte e contabiliza uma população de aproximadamente 330 mil habitantes, de acordo com a última estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; em observância à legislação referendada pelo Ministério da Saúde e em anuência com a Organização Mundial de Saúde, algumas medidas foram sancionadas a nível central para diminuir as possibilidades de contágio pelo COVID-19.

A partir do Decreto Municipal nº. 5350 de 17 de março de 2020, que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus, considerando orientações da OMS, estabeleceu medidas como: suspensão/cancelamento dos eventos que acarretem aglomeração, a restrição de visitas e lotação máxima nos asilos, suspender as aulas nas escolas e Centros Municipais de Educação Infantil da Rede Pública Municipal de Ensino; dentre outros.

Já no dia 20 do mesmo mês, previu a adoção de medidas mais restritivas, que incluíram: a suspensão do atendimento presencial em todos os órgãos públicos municipais; o fechamento de parques, matas, bosques, zoológicos e similares; bem como de todos os estabelecimentos comerciais, de serviços e similares do Município, até o dia 30 de abril de 2020, à exceção de serviços essenciais como hospitais, supermercados, drogarias e postos de combustíveis (PORTA VOZ, 2020). Em nota à imprensa divulgada em 07 de abril de 2020, a Prefeitura Municipal de Uberaba confirmou a existência de 15 casos confirmados de COVID-19, além de 85 casos suspeitos, dois pacientes positivos internados, 6 internações sob suspeita com amostra coletada e um óbito local sob investigação (PMU, 2020).

Conforme previsto na Portaria nº 356 do Ministério da Saúde (MS), se faz necessário o acompanhamento da evolução dos casos sintomáticos ou não, bem como daqueles sob investigação (casos suspeitos) no período de isolamento de 14 dias. Tal acompanhamento se configura a partir da evolução clínica dos casos suspeitos de COVID-19, realizado pelo profissional médico ou enfermeiro atuante na Atenção Primária à Saúde (APS) e inclui além dos dados clínicos do paciente, as medidas adotadas de precaução de contato com outras pessoas que convivem naquele domicílio, histórico de contato, viagens, lugares de comum acesso destes casos, entre outros (BRASIL, 2020b).

## 2.6 IMPACTO DA PANDEMIA NO SISTEMA DE SAÚDE

Uma outra perspectiva atrelada à ampliação dos casos de COVID-19 a nível mundial, se refere à vulnerabilidade dos Sistemas de Saúde para enfrentar uma doença que condiciona casos de pneumonia severa e altas taxas de pacientes graves e com complicações. Mais ainda, se consideram os riscos para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente de combate ao vírus, assim como mostra a experiência internacional, em que o adoecimento pode chegar a 30% da equipe de saúde. O COVID-19 é a primeira nova doença ocupacional a ser descrita nesta década. Embora o aumento explosivo dos casos sobrecarregue o sistema de saúde inicialmente, sabemos que medidas de saúde pública, como detecção precoce, quarentena e isolamento dos casos podem ser eficazes na contenção do surto (XIANG et al., 2020; KOH, 2020).

Com efeito, todos os profissionais de saúde devem estar atentos ao risco de COVID-19 em uma ampla variedade de ocupações e podem ser protegidos por boas práticas de controle de infecções, além de receber suporte adequado à saúde social e de saúde mental, que são necessários, ainda que às vezes sejam negligenciados. Ainda são incipientes as pesquisas em saúde mental com profissionais de saúde englobando os efeitos da epidemia de coronavírus. Em um destes estudos foram identificados níveis elevados de estresse e depressão, além da presença de ansiedade e insônia (LIU et al., 2020).

Além disso, destaca-se o processo de reorganização e universalização de ações para o enfrentamento de várias doenças transmissíveis de interesse para a Saúde Pública implementado pelo SUS, agora direcionado para o combate ao COVID-19, mediante integração da rede de serviços que hoje compõe o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) com as demais áreas da rede de atenção à saúde. Tal prática, vem permitindo conferir a este sistema uniformidade técnica e operacional às ações, fluxos de informações contínuos entre as distintas esferas de gestão, registros de notificações desse grupo de doença de forma regular para o país como um todo. A incorporação gradativa de um escopo mais amplo de ações de vigilância, prevenção e controle; a celeridade dos Sistemas de Informações do setor saúde, especialmente os de base epidemiológica, tendo como base o município de residência, também aumentam sobremaneira a cobertura dos serviços de saúde para uma maior parcela da população (TEIXEIRA et al., 2018; BRASIL, 2020c).

Como parte das ações de enfrentamento ao novo coronavírus, o Ministério da Saúde elaborou e publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, que prevê a necessidade de avaliação do impacto da referida pandemia na estrutura logística, de recursos humanos, materiais, de treinamento, de fluxos e rotinas nos serviços de saúde vinculados ao SUS. Entre as ações sugeridas neste contexto de Gestão no referido plano, citam-se: Organizar os fluxos e atualizações das informações diárias; Promover ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle do novo coronavírus (COVID-19); Monitorar os estoques dos insumos existentes ao nível nacional e estadual (medicamentos e insumos laboratoriais); Emitir instruções para os órgãos de governo sobre diretrizes de controle de infecção e o uso adequado de equipamento de proteção (EPI); Solicitar apoio aos gestores estaduais no acompanhamento da execução dos Planos de Contingência; Apoiar a divulgação de materiais

desenvolvidos pela área técnica (protocolos, manuais, guias, notas técnicas), entre outros (BRASIL, 2020d).

## 2.7 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM TEMPO DE PANDEMIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Esse nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem eficiência comprovada e se caracteriza pelos seguintes atributos: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade ou abrangência; coordenação do cuidado; centralidade na família; orientação para a comunidade e competência cultural (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

As agendas dos profissionais foram reorganizadas de forma a ampliar o acesso à demanda espontânea, grupos foram suspensos e consultas eletivas foram bloqueadas. As consultas programadas foram desmarcadas após contato da equipe de saúde com o usuário e análise da demanda, mantendo-se apenas a rotina de pré-natal e puerpério. O fluxo de atendimento das equipes foi organizado visando a identificação imediata do sintomático respiratório ainda na recepção da UBS, local diferenciado para a espera da consulta e prioridade no atendimento. Notas técnicas foram elaboradas pela gestão municipal para orientação de fluxos e protocolos de atendimentos e vídeos foram disponibilizados para treinamento quanto ao uso correto dos EPIs.

Com vistas a de identificar e isolar precocemente os casos suspeitos de COVID-19, as equipes realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem contato por telefone ou aplicativo de mensagens com as famílias de sua microárea indagando quanto à presença dos sinais e sintomas de gripe. Os pacientes identificados com sintomas gripais são encaminhados para o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe para atendimento telefônico, que determinará a conduta com base no primeiro atendimento. (FERNANDEZ et al., 2020)

A ansiedade é uma experiência subjetiva angustiante que pode apresentar importantes implicações prognósticas, é uma condição emocional caracterizada por estresse, nervosismo, preocupação e medo (ROY-BYRNE, 2015).

No entanto, em relação a pandemia por COVID-19, observa-se uma predominância de estudos com enfoque epidemiológico, diagnóstico e terapêutico

(BAR-ON, 2020; DROSTEN, 2020; JATTTI, 2020; JIN, 2020), e poucos estudos com enfoque psicossocial (WANG, 2020). Não encontrou-se publicação sobre a ansiedade gerada especificamente em pacientes diabéticos em pandemias.

Idosos, crianças, portadores de doenças crônicas não estabilizados ou de risco alto, imunossuprimidos e gestantes foram classificados como usuários do grupo de risco e são monitorados com maior frequência. Instituições de longa permanência para idosos, unidades penitenciárias e casas de acolhimento institucional também são foco de monitoramento intensivo. Para os casos que o contato remoto não é possível, o ACS realiza a visita domiciliar. (FERNANDEZ et al., 2020)

O risco de morrer de COVID-19 aumenta com a idade, já que a maioria das mortes ocorrem em idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas (LLOYD-SHERLOCK et al., 2020). A imunossenescência aumenta a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e os prognósticos para aqueles com doenças crônicas são desfavoráveis (NUNES, 2020).

Os idosos são destaque na pandemia COVID-19, em grande parte por apresentar alterações decorrentes da senescência ou senilidade (VALENÇA et al., 2017). Apesar do envelhecimento populacional, infelizmente há pouca visibilidade e valorização dessa parcela da população. Verifica-se continuamente visão preconceituosa, estigmatizada e estereotipada, instigando o ageísmo, que legitima a idade cronológica como diferenciador de classes, inclusive com envolvimento de crenças e atitudes que ridicularizam o idoso (GOLDANI, 2010). A pandemia COVID-19 aflorou o destaque aos idosos, principalmente devido ao potencial de risco dessa população, com direcionamento de ações e estratégias de distanciamento social especificamente para esse grupo.

As ações de proteção à pessoa idosa na pandemia incluíram a estratificação etária, que apesar de positiva como organização do serviço, reforçou os preconceitos da sociedade, mediante a criação de diversos vídeos, imagens, frases, músicas, com exposição dos idosos e supervalorização de características eminentemente negativas. Como exemplo, pode-se destacar o emblemático caso brasileiro do “carro do ‘cata véio’”, que além do ageísmo, evidencia a dificuldade dos idosos cumprirem o distanciamento social. Estas situações também afetaram as relações familiares, com conflitos intergeracionais, principalmente devido às medidas adotadas pelos familiares para impor o distanciamento social. (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020)

## 2.8 JUSTIFICATIVA

Diante das mudanças na pirâmide etária e no perfil epidemiológico, observa-se que o processo de envelhecimento se apresenta como um desafio para a sociedade. Isso porque este é o grupo etário que demanda de maior auxílio previdenciário e assistência nos serviços de saúde (BORGES; CAMPOS; CASTRO e SILVA, 2015).

O aumento da idade, quando acompanhado de problemas de saúde, pode causar grande impacto aos cofres públicos, o que faz com que as políticas públicas direcionadas aos idosos sejam revistas, possibilitando em um envelhecimento saudável e reduzindo o ônus decorrente do processo de envelhecimento na economia do país.

Para Miranda, Mendes e Silva (2016) o processo de envelhecimento não leva consigo a ato determinado do adoecer. O envelhecer deve estar relacionado a um bom nível de saúde, salvo se existir uma doença de base associada. Ressalta-se que os avanços tecnológicos na área da saúde proporcionam uma melhoria da qualidade de vida durante todos os seguimentos do desenvolvimento dos ciclos vitais e, em especial, no envelhecimento (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O princípio fundamental da promoção da saúde é o empoderamento, entendido como a aquisição da capacidade, por parte dos idosos, de dominar o processo de mudança que visa um padrão mais elevado de saúde. O autocuidado, visando um incremento da autonomia; a participação em atividades grupais, que atua como reforço na aquisição de novos hábitos, mais saudáveis; a possibilidade de atuação comunitária na busca de soluções para os problemas que estão diminuindo sua qualidade de vida podem ser os pilares sobre os quais se constrói a promoção da saúde (OMS, 2005).

Neste ponto, vale destacar um paradoxo que está posto em nossa sociedade: ao idoso não está reservado papel social definido, mas ele deve manter-se ativo. A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra; perdendo a força de trabalho, ele já não é produtor, nem reproduzidor. A velhice, que é fator natural como à cor da pele, é tomada preconceituosamente pelo outro. Há, no transcorrer da vida, momentos de crise de identificação: na adolescência também a imagem se quebra, mas o adolescente vive um período de transição, não de declínio (BOSI, 1987).

Existe relação entre o sentimento de segurança e a avaliação positiva do ambiente, conforme uma pesquisa verifica, que, a percepção que idosos têm do meio pela qual se inserem é determinado pela sensação de segurança, e pelas relações sociais estabelecidas (NAVARRO et al., 2015). Estudos afirmam que o idoso que, pela falta de uma estrutura urbana adequada, não tem oportunidades de participação ou mobilização que lhe proporcionem segurança, tem mais chances de isolamento social e insatisfação com o ambiente físico (NAVARRO et al., 2015; TIRAPHAT et al., 2017).

O fato de que a COVID-19 se transmite com grande velocidade, é significativamente letal, e sobrecarrega o sistema de saúde, impactando-o fortemente, faz com que seja essencial esclarecer como a doença se propaga, determinar seus sintomas, e o impacto de quaisquer estratégias para se enfrentá-la (CHEN et al., 2020; WANG et al., 2020; BRASIL, 2020a). Com esse objetivo, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo COVID-19 foi criado considerando o preconizado pela OMS e pela OPAS no que diz respeito às metas e estratégias para se enfrentar o novo coronavírus, entre as quais pode-se destacar: análise completa de casos novos e/ou em acompanhamento; registrar a evolução da pandemia, sua propagação geográfica, bem como suas tendências e seu impacto, especialmente no que diz respeito ao impacto nos serviços de saúde público; registrar mudanças epidemiológicas e clínicas do vírus. Essas diretrizes indicam o quanto são relevantes os estudos que, nessa época, avaliem a eficiência do acesso e da organização à rede de saúde, bem como das ações implementadas para fornecer assistência durante a pandemia e prevenir novos casos, além daqueles que avaliem a atenção à saúde, o atendimento pré-clínico e clínico na APS, as estratégias para se melhorar o processo de cuidado, a efetividade do teleatendimento no nível primário de saúde, isso associado à necessidade de se determinar o tempo de isolamento domiciliar e hospitalar necessário para pacientes que tenham casos de COVID-19 suspeitos ou confirmados (BRASIL, 2020d).

Os idosos são um dos principais grupos de risco para COVID-19, razão pela qual receberam destaque nas notícias a respeito da doença nos jornais analisados no que diz respeito à situação de casos e da evolução ao óbito dos casos mais graves, o que se associava aos dados divulgados por órgãos epidemiológicos. Segundo a Sala de Situação da FS na Universidade Federal de Brasília, no Distrito Federal, a maioria dos casos de COVID-19 estavam concentrada naqueles de 30 a 39 e 40 a 49 anos de idade até 29 de maio de 2020. Contudo, casos mais graves e mortes acontecem, em

sua maioria, entre pessoas acima dos 60 anos de idade (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2020). Essa distribuição etária de casos, agravamentos e mortes se refletiu na distribuição nacional dos casos da doença. Nacionalmente, 69.3% das mortes por COVID-19 eram de pessoas acima de 60 anos, 64% das quais apresentavam ao menos um fator de risco. O principal desses fatores era a cardiopatia, presente em 5.236 mortes, seguida da diabetes, com 4.035, doença renal, 917, doença neurológica, 851, e pneumopatia, 784. A maioria dos indivíduos em grupos de risco tinha 60 anos ou mais, exceto no que diz respeito ao grupo de pessoas obesas, que incluía um número maior de jovens. Todas essas informações estão contidas nas reportagens analisadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A estratégia nacional de enfrentamento determina que a APS deve ser responsável por acompanhar a evolução de todos os casos durante seu período de isolamento, sejam eles sintomáticos ou não; o mesmo vale para casos suspeitos. Assim, este projeto busca executar um detalhamento histórico dos contatos de tais casos, verificando viagens realizadas, lugares de comum acesso, doenças pré-existentes, e identificando quais ações de prevenção contra a COVID-19 foram implementadas segundo as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde de Uberaba/MG, da perspectiva dos coordenadores de tais serviços.

Percebe-se, assim, o quanto não só os idosos, mas a população mundial como um todo, têm sido afetados psiquicamente pela incerteza gerada pela pandemia do coronavírus. Contudo, os idosos, tanto por sua condição física quanto pela psicológica, acabam por ser mais vulneráveis. Se as consequências negativas desse contexto podem ser grandes para a saúde mental dos indivíduos, isso é mais intenso ainda no caso dos idosos, especialmente considerando-se também a maneira como o envelhecimento em si é um fator de risco para a COVID-19.

A pandemia do COVID-19 influenciou diretamente na saúde toda a população principalmente dos mais vulneráveis a casos graves da doença, como os idosos. O perfil antes conhecido desta população passa então por alterações, que precisam ser estudadas, seus perfis comparados, discutidos e analisados para que se possa gerar novas políticas públicas que absorvam as novas demandas e características desta população.

Assim, conhecer quem e quantos são, como se percebem e como vivem os idosos, parece algo importante por si só, na medida em que tais informações podem

instrumentalizar práticas sociais em favor deste grupo etário. Principalmente considerando a atual situação pandêmica que o mundo vive, é essencial entender como o perfil desses idosos mudou, quais suas novas demandas e como os profissionais de saúde podem atuar para atender as atuais necessidades da população idosa.

### 3 OBJETIVOS

Avaliar condições de vulnerabilidade para SARS-COV-19, com base em dados parciais do estudo Perfil de Saúde da População Idosa dos Municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais (ELSIM) considerando perfil demográfico, social e clínicos achados neste estudo e os resultados de estudos com idosos durante a pandemia.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil sociodemográfico, clínico e de saúde dos idosos da microrregião do triângulo sul;
- b) Avaliar a qualidade de vida dos idosos da microrregião do triângulo sul;
- c) Avaliar a capacidade funcional e presença de sintomas depressivos dos idosos da microrregião do triângulo sul;
- d) Identificar a presença de Fragilidade dos idosos da microrregião do triângulo sul;
- e) Discutir o perfil encontrado pelo ELSIM, conduzido pré pandemia, com estudos sobre o perfil de idosos, conduzidos durante a pandemia.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro número CAAE 65949117.1.0000.5154, cuja amostra é representativa da população idosa residente na Macrorregião do Triângulo Sul de Minas Gerais, sendo esta a etapa preliminar de uma análise longitudinal que incluirá novas coortes a cada cinco anos. Importante destacar que neste momento os dados serão tratados parcialmente, devido ao quadro pandêmico, que se instaurou na metade do cronograma previsto para a pesquisa inicial. Os dados foram coletados em 27 municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, localizada na Macrorregião Triângulo do Sul, parte do Triângulo Mineiro (Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo).

Reforça-se que esta tese é um recorte do estudo ELSIM, avaliando instrumentos específicos descritos a seguir.

### 4.2 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência do desfecho principal do projeto, isto é, a prevalência de depressão de 32,7%, considerando uma margem de erro de 1,5% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 82.134, chegando-se a uma amostra mínima de 3593. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas, ausência no domicílio) o número máximo previsto de tentativas de entrevistas alcançaria 4492.

Quadro 1 – Relação amostral de acordo com proporção de representatividade populacional de cada município

<b>Município</b>	<b>Número de idosos</b>	<b>Percentual de idosos (%)</b>	<b>Amostra calculada</b>
Água Comprida	305	0,37	14
Araxá	10.820	13	469
Campo Florido	699	0,84	30
Campos Altos	1.467	1,76	64
Carneirinho	1.272	1,53	56
Comendador Gomes	345	0,41	16
Conceição das Alagoas	1.961	2,36	86
Conquista	883	1,06	39
Delta	522	0,63	24
Fronteira	1.402	1,69	62
Frutal	6.563	7,89	285
Ibiá	2.645	3,18	115
Itapagipe	1.775	2,14	78
Iturama	3.544	4,26	155
Limeira do Oeste	758	0,91	34
Pedrinópolis	463	0,56	21
Perdizes	1.269	1,53	56
Pirajuba	465	0,56	34
Planura	975	1,17	43
Pratinha	513	0,62	23
Sacramento	3.033	3,65	132
Santa Juliana	1.069	1,29	47
São Francisco de Sales	619	0,74	28
Tapira	429	0,52	20
Uberaba	37.365	44,9	1616
União de Minas	510	0,61	23
Veríssimo	463	0,56	21

<b>Total</b>	<b>82.134</b>	<b>3593</b>
--------------	---------------	-------------

Na seleção dos idosos, foi considerado no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários, levantados dois meses antes da coleta para maior fidedignidade, de cada município através de amostragem sistemática, organizando uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertence. O intervalo amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir:

$$IA = \frac{\text{Número total de setores censitários (Ncs)}}{\text{número setores censitários sorteados (ncs)}}$$

No segundo estágio, a quantidade de domicílios foi dada pelo número de tentativas calculado anteriormente. Posteriormente, foi dividido esta quantidade de domicílios pela quantidade de setores censitários sorteados de forma que se obteve uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário. Por fim, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais, de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, a coleta ocorreu até saturar a amostra daquele setor.

As ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e sorteadas aleatoriamente a rua na qual deveria iniciar a busca do idoso. A coleta de dados iniciou na primeira residência da rua de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou pelo Google Earth, quando disponível, seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Residir no município onde será realizada a pesquisa no período em questão.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Ser dependente de cadeira de rodas;
- Estiver acamado provisório ou definitivamente;

- Possuir déficit grave de audição ou visão;
- Atingir pontuação mínima definida pelo MEEM.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos 27 municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e foi feita por acadêmicos de graduação, pós-graduação e docentes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), além de profissionais da área da saúde, que foram previamente treinados e receberam um manual de apoio.

Os idosos participantes responderam a um questionário estruturado, aplicado em forma de entrevista individual, composto por informações sociodemográficas, saúde e hábitos. A pesquisa estava prevista para ser desenvolvida em 24 meses e a coleta tinha de ocorrer no período de um ano. Destaca-se que devido a pandemia a coleta foi pausada com 6 meses de andamento, e com cerca de 30% dos dados coletados. O período em que a coleta ocorreu foi de julho de 2019 a março de 2020.

#### 4.6 A SELEÇÃO E TREINAMENTO DE AUXILIARES DE PESQUISA

Foi priorizado alunos dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social, matriculados na UFTM a partir do 2º período, após ampla divulgação no Campus e cursos relacionados. A seleção dos acadêmicos foi realizada por meio de entrevistas para análise de disponibilidade de horário, interesse em pesquisa científica, afinidade com a área temática e participação na confecção de relatório parcial no município pesquisado.

O treinamento consistiu na leitura de textos sobre envelhecimento de forma a colocar o auxiliar de pesquisa em contato com a população a ser estudada. Isto feito, foram introduzidos os conceitos de pesquisa e repassado todo o manual de coleta de dados com informações detalhadas sobre o protocolo. Quando os auxiliares estiveram complementemente informados sobre o contexto da pesquisa, passaram ao treinamento de aplicação de instrumentos, além da aferição de medidas antropométricas. Uma vez calibrados nesta etapa, os auxiliares foram treinados para o recrutamento da amostra, atividade que foi realizada por telefone. E, finalmente, o treinamento em controle de

qualidade, armazenamento de dados em um banco específico e organização de planilhas. Durante o treinamento os supervisores observaram e avaliaram o desempenho dos auxiliares de pesquisa em cada tarefa para ao final dividi-los nas tarefas conforme a demonstração de maior habilidade. O processo de treinamento e organização de equipe ocorreu durante um período seis meses.

#### *4.6.1 A organização da equipe de pesquisa*

A equipe de pesquisa apresentou a seguinte configuração: a) supervisores de campo – responsáveis por acompanhar todo o processo de trabalho, identificando os problemas e sugerindo e adotando medidas de resolução; b) recrutadores – equipe encarregada de fazer o contato telefônico com a amostra selecionada para agendamento da entrevista no domicílio e organização de planilhas com todo o histórico do recrutamento; c) auxiliares de campo – grupo destinado a realizar as visitas domiciliares para a aplicação do protocolo de coleta de dados; d) equipe de controle de qualidade – responsáveis por receber os questionários de campo e fazer toda a revisão junto ao entrevistador de forma a não deixar questões geradoras de dúvidas no protocolo, diminuindo a chance de dados faltantes; e) digitadores – responsáveis pelo armazenamento de dados.

### 4.7 RECRUTAMENTO E COLETA DE DADOS

O recrutamento compreendeu duas fases. Na primeira, que antecedeu as visitas domiciliares, foi buscada parcerias com emissoras de rádio e TV e nos jornais. Líderes religiosos e comunitários, coordenadores de centros de convivência e agentes de saúde foram envolvidos na divulgação, depois de serem informados quanto aos objetivos e aos cuidados éticos da pesquisa. Os coordenadores locais e a coordenadora geral da pesquisa realizaram palestras de sensibilização dirigidas ao público idoso em geral e aos docentes e alunos das universidades envolvidas.

Como segunda fase os recrutadores realizaram contato telefônico, após consulta no índice telefônico online, com o morador objetivando o rastreamento da presença de idosos na residência e orientação em relação as entrevistas nos domicílios. Foram realizadas até oito tentativas telefônicas para encontrar o idoso, sujeito da pesquisa, ou o responsável pelo domicílio no caso de incapacidade do próprio idoso. Os contatos

foram feitos em horários comerciais. Encontrando dificuldade neste processo, uma equipe de recrutadores realizou contatos telefônicos em horários noturnos e nos finais de semana até que fosse encontrada a pessoa.

A terceira fase do recrutamento compreendeu visitas aos domicílios por duplas de recrutadores, que foram previamente treinados conforme as regras estabelecidas no manual de recrutamento construído para a pesquisa. Todos foram identificados por um crachá contendo nome e fotografia, além de bolsa, camiseta, pasta, formulários, canetas, cartões de visita e folhetos de divulgação da pesquisa com elementos de identificação visual do projeto ELSIM e da UFTM. Os recrutadores anunciaram sua presença em todos os domicílios das ruas percorridas, numa sequência previamente demarcada num mapa e investigaram se neles havia um ou mais idosos que cumpriam os critérios de inclusão para aqueles que o contato telefônico não foi eficaz, e para os demais foi reforçada as informações fornecidas pelo telefone.

#### 4.8 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

As variáveis analisadas especificamente para esta tese, acerca dos aspectos sociodemográficos foram: faixa etária; sexo; situação conjugal; escolaridade; cor; aposentadoria; ocupação remunerada.

As variáveis analisadas em relação aos hábitos foram: consumo de bebida alcoólica; tabagismo;

Em relação ao estado de saúde, as variáveis analisadas foram: doenças/agravos/enfermidades autorreferidas; quedas; número médio de quedas.

Os aspectos analisados em relação ao consumo de medicamentos foram: uso de medicamentos.

A avaliação da função cognitiva foi um dos critérios de inclusão para participação do estudo. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento composto por questões distribuídas em sete categorias: orientação temporal; orientação espacial; memória imediata; atenção e cálculo; evocação e linguagem (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). O score do MEEM varia de 0 a 30 pontos. Será considerado o grau de escolaridade dos indivíduos, de acordo com os pontos de corte a seguir: baixa escolaridade (13 a 17 pontos), média escolaridade [1 a 8 anos incompletos (18 a 25 pontos)] e alta escolaridade [(8 anos ou mais (26 a 30 pontos)] (BERTOLLUCI et al., 1994).

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio dos instrumentos WHOQOL-BREF, validado em idosos brasileiros (FLECK et al., 2000) e pelo módulo WHOQOL-OLD (POWER; QUINN; SCHIMIDT, 2005), validado para a população de idosos brasileiro (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

O WHOQOL-BREF foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e tem como referência as duas semanas anteriores à aplicação do questionário. Este instrumento é composto por 26 questões, sendo duas perguntas gerais e outras 24, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O módulo WHOQOL-OLD é utilizado especificamente para a população idosa. Este instrumento possui 24 itens atribuídos em um *score* total e seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte ou morrer e intimidade.

A avaliação da capacidade funcional foi feita pela autopercepção de incapacidade na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) por meio do Índice de Katz (KATZ et al., 1963), adaptado no Brasil por Lino et al. (2008). Foram considerados independentes os sujeitos que não necessitem de ajuda parcial ou total em nenhuma das atividades avaliadas.

As incapacidades relacionadas às atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foram avaliadas pela Escala de Lawton (LAWTON; BRODY, 1969), adaptada no Brasil por Lopes e Virtuoso-Júnior (2008). Foram considerados independentes os sujeitos com pontuação maior ou igual a 11 pontos (VIRTUOSO-JÚNIOR et al., 2015).

O indicativo de depressão foi classificado de acordo com a escala de depressão geriátrica. É um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos, e foi validado por Paradelo, Lourenço e Veras (2005). A Escala Geriátrica para Depressão com 15 itens foi utilizada para investigar os sintomas depressivos. A pontuação de 6 a 10 será indicativo de depressão e a partir de 11 depressão grave. (PARADELA, LOURENÇO E VERAS, 2005).

O último instrumento a ser aplicado foi a Escala de Edmont, que possui como objetivo avaliar a fragilidade do idosos, também validada no Brasil por Frabício-Wehbe e colaboradores (2009). A EFS avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A cognição é avaliada por meio do “Teste do Relógio”. Os domínios ‘estado geral de saúde’, ‘independência funcional’ e ‘suporte social’ são avaliados por meio de questões de múltipla escolha (três ou cinco

itens de resposta - escala tipo Likert). Os domínios 'uso de medicamentos', 'nutrição', 'humor' e 'continência' são avaliados por meio de respostas dicotômicas autoexcludentes ("sim" ou "não"). O domínio 'desempenho funcional' é medido por meio do teste "Levante e Ande Cronometrado".

#### 4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto "Perfil de Saúde da População Idosa dos Municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais" (ELSIM) foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Todos os idosos que concordaram em participar do estudo receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa, destino dos dados coletados e contribuição dos resultados obtidos para a implementação de intervenções públicas para a referida população. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), e receberam esclarecimentos sobre a garantia do sigilo das informações e de que a qualquer momento poderiam retirar o consentimento sem que haja quaisquer prejuízos em relação à assistência prestada ao município. O presente estudo pauta-se nas determinações da Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

#### 4.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados em dupla digitação em uma planilha do *software Excel*, versão 2016 e as análises estatísticas, realizadas no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. Os dados foram apresentados em estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão).

As variáveis categóricas (Apêndice B) foram resumidas empregando-se tabelas de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana), bem como medidas de variabilidade (amplitudes e desvio padrão). Cada instrumento foi analisado individualmente de acordo com as orientações descritas nos respectivos artigos de validação.

Para análise da qualidade de vida, foi feito o agrupamento das questões de acordo com os domínios do WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD. Os

escores foram transformados em uma escala de 0 a 100, sendo 0 (baixa percepção de qualidade de vida) e 100 (alta percepção de qualidade de vida). Quanto maior o escore, melhor a percepção de qualidade de vida.

Em relação à capacidade funcional (ABVD e AIVD), os indivíduos foram classificados em independentes (indivíduos que necessitem de ajuda parcial ou total em nenhuma das atividades avaliadas) e dependentes (indivíduos que necessitam de qualquer tipo de ajuda).

Para a análise da escala de Edmonton as respostas possíveis são divididas em três colunas, A, B e C. A coluna A representa respostas que expressam condições favoráveis, cuja pontuação é igual a zero. A coluna B reúne respostas que demonstram condições intermediárias de fragilidade e valem um ponto. A coluna C representa condições severas de fragilidade e que recebem dois pontos. Considera-se que indivíduos com pontuação entre zero e quatro não apresentam fragilidade, entre cinco e seis são aparentemente vulneráveis, de sete a oito, apresentam fragilidade leve, de nove a dez, fragilidade moderada e 11 ou mais, fragilidade severa (FRABÍCIO-WEHBE et al., 2009).

## 5 RESULTADOS

Considerando a atual situação pandêmica, participaram da pesquisa, até o momento do início da pandemia e suspensão da coleta de dados 450 idosos. Na tabela 1 é possível ver a relação entre os municípios e as amostras coletadas em cada cidade.

Tabela 1 – Idosos pesquisados do projeto ELSIM, Uberaba/MG, 2022.

MUNICÍPIO	N
ÁGUA COMPRIDA	14
CAMPO FLORIDO	19
CAMPOS ALTOS	3
CARNEIRINHO	25
COMENDADOR GOMES	16
CONQUISTA	37
IBIA	2
PEDRINOPOLIS	21
PERDIZES	33
PLANURA	43
SACRAMENTO	5
SANTA JULIANA	27
SÃO FRANCISCO DE SALES	28
UBERABA	133
UNIÃO DE MINAS	23
VERISSIMO	21
Total	450

Fonte: dos autores, 2022.

Referente ao perfil sociodemográfico a idade média dos participantes foi 70,6(±7,6) anos, a maioria eram mulheres (63,8%), com companheiro (49,1%), com ensino fundamental incompleto (42,9%), cor da pele branca (51,1%) e a maioria não possuía ocupação remunerada (60,4%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico de idosos moradores dos municípios da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	151	33,6
FEMININO	287	63,8
<b>ESTADO CONJUGAL</b>		
COM COMPANHEIRO	221	49,1
SEM COMPANHEIRO	211	46,9
<b>ESCOLARIDADE</b>		
SEM ESCOLARIDADE	52	11,6
FUNDAMENTAL COMPLETO	71	15,8
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	193	42,9
ENSINO MEDIO COMPLETO	29	6,4
ENSINO MEDIO IMCOMPLETO	6	1,3
SUPERIOR COMPLETO	23	5,1
SUPERIOR IMCOMPLETO	2	0,4
<b>COR DA PELE</b>		
PRETA	44	9,8
PARDA	143	31,8
BRANCA	230	51,1
AMARELA	5	1,1
<b>OCUPAÇÃO REMUNERADA</b>		
SIM	127	28,2
NÃO	272	60,4

Fonte: dos autores, 2022. Nota: variáveis que não alcançaram os 100% são devido a preenchimentos em branco ou inválidos.

Em relação as variáveis de saúde, a maioria dos participantes referiram possuir hipertensão arterial sistêmica (60,7%), e 33,8% disseram possuir diagnóstico de Diabetes Mellitus. Quanto a hábitos de saúde, 16,2% disseram fumar, 16,7% faziam uso de bebida alcóolica. Grande parte dos idosos referiu tem uma boa percepção de

sua saúde nos últimos 12 meses (46,2%) e 18,4% disseram que sofreram algum tipo de queda nos últimos 12 meses (Tabela 3)

Tabela 3 – Perfil dos idosos referente as variáveis de saúde, dos moradores da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PRESENÇA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</b>		
SIM	273	60,7
NÃO	152	33,8
<b>PRESENÇA DE DIABETE MELLITUS</b>		
SIM	106	23,6
NÃO	326	72,4
<b>FAZ USO DE CIGARRO?</b>		
SIM	73	16,2
NÃO	292	64,9
<b>FAZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA</b>		
SIM	75	16,7
NÃO	342	76,0
<b>PERCEPÇÃO DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>		
ÓTIMA	59	13,1
BOA	208	46,2
REGULAR	128	28,4
RUIM	38	8,4
<b>SOFREU QUEDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>		
NÃO	349	77,6
SIM	83	18,4

Fonte: dos autores, 2022. Nota: variáveis que não alcançaram os 100% são devido a preenchimentos em branco ou inválidos.

Em relação a qualidade de vida, pode-se observar uma percepção melhor do domínio psicológico e da faceta habilidades sensoriais. A percepção negativa foi identificada no domínio ambiental e na faceta autonomia (tabela 4).

Tabela 4 – Percepção de qualidade de vida de acordo com o WHOQOL-OLD e WHOQOL-Bref, idosos moradores dos municípios da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

DOMÍNIOS	MÉDIA (DP)
FÍSICO	63,07(±17,6)
PSICOLÓGICO	68,7(±15,4)
SOCIAL	67,5(±19,4)
AMBIENTAL	61,3(±14,8)
TOTAL QV (WHOQOL BREF)	65,1(±13,6)
AUTONOMIA	60,1(±20,0)
ATIVIDADES PASSADAS, PRESENTES E FUTURAS	67,1(±20,6)
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	62,5(±24,8)
MORTE E MORRER	68,1(±27,7)
INTIMIDADE	65,9(±23,2)
HABILIDADES SENSORIAIS	75,9(20,3)
TOTAL QV (WHOQOL OLD)	66,6(±14,2)

Fonte: dos autores, 2022.

Considerando os sintomas depressivos, a média do instrumento GDS-15 foi de 4,2(±3,9) pontos, o que não indica a presença de depressão de uma forma geral na população. Porém ao analisar as perguntas do questionário individualmente é importante destacar que 59,1% referiram diminuição das atividades e interesses, 32,7% sentem aborrecido frequentemente, 34,2% teme que algo de ruim possa acontecer, 28% prefere ficar em casa que sair e 68,7% acha que as outras pessoas possuem situações melhores de vida (tabela 5).

Tabela 5 – Perguntas do instrumento GSD-15 para rastreamento de indicativo de depressão em idosos moradores dos municípios da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

PERGUNTA GDS-15	SIM	NÃO
Está satisfeito (a) com sua vida?	397(88,2%)	37(8,2%)

Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	266(59,1%)	166(36,9%)
Sente que a vida está vazia?	119(26,4%)	315(70%)
Aborrece-se com frequência?	147(32,7%)	287(63,8%)
Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (	388(86,2%)	47(10,4%)
Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	154(34,2%)	280(62,2%)
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	385(85,6%)	50(11,1%)
Sente-se frequentemente desamparado (a)?	49(10,9%)	385(85,6%)
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	305(67,8%)	126(28,0%)
Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	108(24,0%)	325(72,2%)
Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	415(92,2%)	20(4,4%)
Vale a pena viver como vive agora?	411(91,3%)	24(5,3%)
Sente-se cheio(a) de energia?	315(70,0%)	120(26,7%)
Acha que sua situação tem solução?	364(80,9%)	64(14,2%)
Acha que tem muita gente em situação melhor?	309(68,7%)	122(27,1%)

Fonte: dos autores, 2022. Nota: variáveis que não alcançaram os 100% são devido a preenchimentos em branco ou inválidos.

Considerando outra variável importante para a avaliação multidimensional do idoso, nesta pesquisa pode-se observar que os idosos participantes, de uma maneira geral não possuíam classificação de fragilidade, uma vez que a média da escala de Edmont foi de 3,88(±2,7).

Avaliando as perguntas do questionário individualmente é importante destacar que 22% dos participantes foram reprovados com erros significantes na avaliação cognitiva, o que indica uma redução nas funções cognitivas desta população, 29,6% classificaram a sua saúde como razoável, 22,4% destacaram que nem sempre possuem ajuda ou suporte para realizar atividades que precisam, 23,3% usam mais de 5 medicamentos por dia e 49,6% foram classificados como medianos na avaliação de desempenho funcional (tabela 6).

Tabela 6 – Resultado da Escala de Edmont dos idosos moradores dos municípios da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

<b>PERGUNTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>COGNIÇÃO</b>		
APROVADO	190	42,2
REPROVADO COM ERROS MÍNIMOS	82	18,2
REPROVADO COM ERROS SIGNIFICANTES	99	22,0
<b>NOS ÚLTIMOS 12 MESES FOI INTERNADO?</b>		
0	361	80,2
1-2	48	10,7
MAIS DE 2 VEZES	7	1,6
<b>COMO DESCREVERIA SUA SAÚDE</b>		
EXCELENTE/MUITO BOA/BOA	271	60,1
RAZOÁVEL	133	29,6
RUIM	25	5,6
<b>EM QUANTAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA VOCÊ TEM DIFICULDADE</b>		
0-1	342	76,0
2-4	67	14,9
5-8	18	4,0
<b>QUANDO PRECISA, POSSUI AJUDA DE ALGUÉM</b>		
SEMPRE	312	69,3
ALGUMAS VEZES	101	22,4
NUNCA	18	4,0
<b>USA CINCO OU MAIS MEDICAMENTOS POR DIA</b>		
NÃO	310	68,9
SIM	105	23,3
<b>ALGUMAS VEZES ESQUECE DE TOMAR A MEDICAÇÃO?</b>		
NÃO	335	74,4
SIM	82	18,2
<b>TEM PERDIDO PESO?</b>		

NÃO	351	78,0
SIM	82	18,2
<b>TEM SE SENTIDO DEPRIMIDO COM FREQUENCIA?</b>		
NÃO	350	77,8
SIM	84	18,7
<b>TEM PERDIDO URINA SEM QUERER?</b>		
NÃO	367	81,6
SIM	65	14,4
<b>DESEMPENHO FUNCIONAL</b>		
0-10SEG	96	21,3
11-20SEG	223	49,6
MAIS DE 20 SEG	103	22,9

Fonte: dos autores, 2022. Nota: variáveis que não alcançaram os 100% são devido a preenchimentos em branco ou inválidos.

Em relação a funcionalidade, o índice Katz apontou uma média de 6,1( $\pm$ 1,1) e a escala de Lawton uma média de 12,4( $\pm$ 2,9). Pela escala de Lawton os indivíduos desta pesquisa foram classificados como dependentes para as atividades instrumentais, e pelo índice Katz os idosos foram classificados como independentes para suas atividades de vida diária. Os resultados dos índices podem ser verificados nas tabelas abaixo.

Tabela 7 – Índice de Katz dos idosos moradores dos municípios da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

<b>PERGUNTA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Banho – Banho de leito, banheira ou chuveiro.</b>		
não recebe assistência	432	96,0
recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo	6	1,3
recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.	5	1,1
<b>Vestir-se</b>		

pega as roupas e se veste completamente, sem assistência	425	94,4
pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	9	2,0
recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido	8	1,8
<b>Ir ao banheiro</b>		
sem assistência	436	96,9
recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se	6	1,3
não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	0	0
<b>Transferência</b>		
deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência	434	96,4
deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	6	1,3
não sai da cama	0	0
<b>Continência</b>		
tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	401	89,1
tem “acidentes” ocasionais - *acidentes: perdas urinárias ou fecais	40	8,9
supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente	0	0
<b>Alimentação</b>		
alimenta-se sem assistência	431	95,8
alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	7	1,6
recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda	2	0,4

Fonte: dos autores, 2022. Nota: variáveis que não alcançaram os 100% são devido a preenchimentos em branco ou inválidos.

Tabela 8 – Índice de Lawton dos idosos moradores dos municípios da microrregião do triângulo sul, Uberaba/MG, 2022.

<b>ÍNDICE DE LAWTON</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>O(a) Sr(a) usa o telefone</b>		
Sem ajuda	373	82,9
Com certa ajuda	56	12,4
completamente incapaz de usar o telefone	11	2,4
<b>O(a) Sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução</b>		
Sem ajuda	344	76,4
Com alguma ajuda	90	20,0
não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais	8	1,8
<b>O(a) Sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais</b>		
Sem ajuda	365	81,1
Com alguma ajuda	66	14,7
não pode ir fazer as compras de modo algum	9	2,0
<b>O(a) Sr(a) consegue a sua própria refeição:</b>		
Sem ajuda	401	89,1
Com certa ajuda	24	5,3
não consegue preparar a sua refeição de modo algum	18	4,0
<b>O(a) Sr(a) consegue fazer a limpeza e arrumação da casa</b>		
Sem ajuda	344	76,4
Com alguma ajuda	69	15,3
não consegue fazer trabalho de casa de modo algum	28	6,2
<b>O(a) Sr(a) consegue tomar os medicamentos receitados</b>		
Sem ajuda	411	91,3
Com alguma ajuda	25	5,6
não consegue tomar por si os remédios receitados	2	0,4
<b>O(a) Sr(a) lida com suas próprias finanças</b>		
Sem ajuda	368	81,8
Com alguma ajuda	55	12,2

---

não consegue mais lidar com suas finanças	16	3,6
---	----	-----

---

Fonte: dos autores, 2022. Nota: variáveis que não alcançaram os 100% são devido a preenchimentos em branco ou inválidos.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Um estudo com idosos cadastrados e acompanhados pela equipe saúde da família, identificou que a maior parte daqueles cadastrados no programa em questão eram mulheres e idosos (SILVA; SUTO; COSTA, 2016) sendo 51 (75%) participantes do sexo feminino a 17 (25%) do masculino de um total de 68. (LEITE et al., 2015), resultados semelhantes ao desta pesquisa onde a maioria também era feminina.

Há uma tendência nacional, de fato, que a terceira tem uma representação maior de mulheres, o que esse estudo corrobora, embora seja relevante considerar que a maioria dos frequentadores de Programas de Saúde da Família (PSF) são mulheres, de modo que essa pesquisa, ao ser feita utilizando uma amostra ligada ao PSF, carrega esse viés. Sempre que uma variável diz respeito ao autocuidado, deve-se considerar a questão de gênero. (SILVA; SUTO; COSTA, 2016)

Estudo aponta que 37.5% dos idosos incluídos numa pesquisa não estão aposentados, sendo que 23% deles não possuem renda, razão pela qual permanecem ativos no mercado de trabalho (CODEPLAN, 2020), nesta pesquisa foi identificado resultados semelhantes onde 28,2% referiram possuir ocupação remunerada.

Ainda na pesquisa do Codeplan (2020) maioria deles, 52.6%, não possui plano de saúde privado e, quando as RA (regiões administrativas) são comparadas, percebe-se uma desigualdade ainda maior, uma vez que idosos 97.9% dos nas regiões Lago Sul, Plano Piloto e Lago Norte têm plano de saúde, enquanto isso é verdade para apenas 13.7% dos moradores de regiões cuja renda é mais reduzida, tais como Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA–Estrutural e Varjão (CODEPLAN, 2020).

Quanto à escolaridade, uma pesquisa com idosos indicou que 61.63% (n=53) dos participantes tiveram acesso à escola, enquanto os outros 38.37% (n=33) não puderam fazê-lo graças às necessidades impostas. Daqueles que tiveram esse acesso, 83,01% (n=44) apresentavam ensino fundamental incompleto; 13,21% (n=7) ensino médio; 1,89% (n=1) curso técnico; e finalmente, 1,89% (n=1) apresentaram ensino superior completo. (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017). Resultado semelhante pode ser observado nesta pesquisa, onde a maioria dos idosos possui ensino fundamental incompleto.

Quanto à renda 48,84% (n = 42) dos moradores da comunidade Santo Onofre recebem até um salário mínimo por residência; 38,37% (n = 33) contam com até dois salários mínimos; 8,14% (n = 7), com até três; e 4,65% (n = 4) recebem mais de quatro salários mínimos. (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017)

A amostra que incluiu 468 idosos de Casas de Convivência, Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica dos Usuários das Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro, contando com uma maioria de participantes femininos (89%). A média de idade dos participantes foi de 72.76 (7.06), enquanto sua média de escolaridade é 9,54 (5,32). (VERAS *et al.*, 2020)

Outro estudo, contando com 35 idosos de um programa de extensão universitária que lhes oferece a possibilidade de realizar atividades físicas, também mostrou uma participação mais elevada de mulheres (87.4%), a maioria das quais eram casadas (43.7%) e residia com seu cônjuge (43%). 75.5% delas eram aposentadas e 18.5% ainda trabalhavam, obtendo renda, na maioria, de 4 a 6 salários mínimos (47.4%). Sua escolaridade variou de 4 a 7 anos de estudo (47,4%). (POSSAMAI *et al.*, 2019). Confirmando os dados apresentados por esta tese.

Outro estudo com 51 idosos de ambos os sexos, também encontrou resultados semelhantes com os desta pesquisa, como idosos com idade entre 60 e 85 anos (62.7% masculino e 37.3% feminino), com idade média de 66.33 anos ( $\pm 6.89$ ). Todos os idosos participantes praticavam dança de salão numa instituição particular em Belo Horizonte. A maioria deles era casada (29.4%) ou viúva (29.4%), 33.3% viviam sós, 15.7% não tinham filhos, e 23.5% ainda eram profissionalmente ativos. No que diz respeito aos seus hábitos religiosos, a maioria deles era católica (72.5%). A mesma proporção deles (72.5%) passou por uma situação trágica ou muito triste ao longo dos últimos anos. 45.1% dos participantes afirmaram sofrer de alguma doença, enquanto 31.4% deles indicaram que alguém em sua família sofria de depressão. (DE MELO; DE FREITAS, 2017)

Estudo com idosos acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo (SP) identificou que entre os 110 indivíduos do estudo, 71 eram do gênero feminino (64,5%), média de idade foi de 70,8 anos  $\pm 6,5$  anos, nível de escolaridade formal de até oito anos (69,1%). A autopercepção de saúde classificada como ruim (regular e ruim) foi relatada por 44,5% dos participantes (n=49), também resultados semelhantes ao desta pesquisa.

## 6.2 PERFIL CLÍNICO

No que diz respeito à saúde, uma pesquisa com moradores da Comunidade Santo Onofre que têm acesso a serviços públicos, 54,65% (n = 47) afirmem encontrar dificuldades ao serem atendidos, 45,35% (n = 39) não afirmam o mesmo. 60,47% (n = 52) dos idosos afirmam fazer lá exames de rotina. (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017). Esses mesmos autores identificaram que 46.51% (n=40) dos idosos participantes apresentaram sintomas depressivos. Deles, 72.50% eram mulheres e 27.50% (n=11), homens (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017). Este resultado apresenta um valor um pouco maior para a presença de depressão que o estudo apresentado nesta tese, porém reforça também que mulheres se encontram mais vulneráveis a sintomas depressivos.

Outro estudo com intuito de avaliar o nível da Depressão entre os pesquisados, obteve-se os seguintes resultados: 53,49% (n = 46) sem Depressão, 45,35% (n = 39) com nível de Depressão de leve a moderado e 2,33% (n = 2) Depressão severa. (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017), resultado semelhante ao desta pesquisa.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, mostra a distribuição por frequência e a curva normal da pontuação do GDS-15 para os 468 sujeitos do estudo. A maioria dos participantes (81,6% n=382) apresentou pontuação entre 0 e 5, que não sugere a presença de depressão (VERAS *et al.*, 2020), resultado também semelhante ao desta pesquisa onde a maioria do idosos não apresentou indicativo de depressão.

O mesmo estudo conduzido por Veras et al. (2020) demonstrou pela correlação de Pearson haver correlações fracas entre a pontuação no GDS-15 e os anos de escolaridade, indicando que uma escolaridade menor levava a mais sintomas depressivos ( $r(468) = -0.096, p = 0.038$ ). A análise também mostrou que as variáveis problemas de saúde e dependência funcional também apresentaram relação, indicando que quanto maiores essas variáveis, maiores os sintomas depressivos, com resultados de ( $r(468) = 0.189, p < 0.001$ ) e ( $r(468) = -0.204, p < 0.001$ ), respectivamente (desempenho funcional medido por autorrelato). Idade ( $r(468) = -0.075, p = 0.104$ ) e gênero ( $t(57.143) = -1.493, p = .141$ ) não apresentaram correlação na pontuação do GDS-15. (VERAS *et al.*, 2020)

Andrade et al. (2016) indica que, dos 1.862 participantes do projeto SABE no ano 2000, 21,8% (IC 95% 19,7–24,0) classificaram-se como depressivos (6 ou mais pontos na escala GDS), resultado semelhante ao desta pesquisa, onde poucos idosos demonstraram indicativo de depressão de acordo com o GDS-15. Essa taxa pouco

mudou com o tempo: em 2010, classificaram-se 21,1% (IC95% 18,8–23,6) dos 1.280 idosos da amostra como portadores de depressão. Os modelos de regressão logística (que o trabalho de Andrade não mostra, mas se dispõe a disponibilizar caso haja solicitação) indicaram a depressão como algo mais comum entre mulheres que homens em ambos os períodos analisados, mesmo depois que o controle de idade foi aplicado ( $p < 0,0001$ ). A taxa entre as mulheres atingiu cerca de um quarto da população em ambos os anos (25.7% em 2000 e 25.2% em 2010), enquanto, entre os homens, os resultados foram de 16.3% em 2000 e 14.4% em 2010. (ANDRADE *et al.*, 2016)

Possamai *et al.*, por sua vez, ao avaliar os sintomas depressivos, apresenta uma média de 2,43 ( $\pm 2,55$ ) pontos, indicando que sua amostra não apresentava sintomas depressivos, número mais baixo que o identificado por esta pesquisa. Ainda assim, o estudo indicou relação entre o GDS e todos os domínios da qualidade de vida, além de haver uma correlação significativa entre a pontuação total do questionário e os sintomas depressivos. (POSSAMAI *et al.*, 2019)

Uma pesquisa de campo exploratória e descritiva estudou a depressão num grupo de idosos participantes do Projeto de Extensão “Qualidade de Vida na Terceira Idade” no CRAS Vila Nova –Gurupi-To. Dentre os idosos participantes, nove (45%) apresentaram depressão leve, oito (40%) depressão moderada, e três (15%) depressão mínima (TELES, 2019), resultados mais elevados que os apresentados por esta pesquisa. Daqueles que apresentaram depressão moderada, seis (30% da amostra total) eram do sexo feminino e dois (10% do total) eram do sexo masculino. Quanto à escolaridade, três idosos (15%) eram analfabetos, quatro (20%) tinham ensino fundamental incompleto, e um (5%) tinha ensino médio completo (TELES, 2019).

Em estudo de Melo *et al.* (2017) envolvendo uma população idosa, 60.8% dos participantes tinham algum nível de depressão, resultados bem mais elevados que o desta pesquisa. Avaliaram-se as variáveis sexo, renda mensal familiar, ser profissionalmente ativo, viver sozinho, e ter passado por situação trágica ou muito triste. Em seguida, comparou-se tais variáveis com o escore de depressão, o que revelou como variáveis indicativas de risco para depressão no grupo analisado a inatividade profissional ( $p \leq 0.001$ ), experiências trágicas recentes ( $p \leq 0.001$ ), e sofrimento atual com alguma doença ( $p \leq 0.05$ ). (DE MELO; DE FREITAS, 2017)

Outra variável importante, que se relaciona ao perfil clínico e de saúde do idoso, é a qualidade de vida. Uma pesquisa com essa população em Mogi das Cruzes, SP, descobriu que os idosos apresentavam, globalmente, satisfação com sua qualidade de vida genérica ou específica, segundo o WHOQoL. Os autores notam, ainda assim, que os seguintes domínios apresentaram menores valores quando comparados ao escore global: Ambiente, Autonomia, Participação Social e Atividades Passadas Presentes e Futuras. A média geral, na versão Bref, foi 3,64, enquanto, para a extensão OLD, foi de 3,75. (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018), resultados semelhantes ao desta pesquisa.

Em 2018 foi realizado estudo sobre qualidade de vida cujo instrumento foi o WHOQOL, na localidade de Ibiaí, no norte do estado de Minas Gerais, e, a população era de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, e com fatores de inclusão de idade igual ou superior a 60 anos completos em 1º de janeiro de 2010, residentes e domiciliados na zona urbana deste município. Os dados demonstram que maior ocorrência de qualidade de vida ruim no domínio social com um percentual de 58,4% e do físico com 45,2% do WHOQOL-bref, os demais domínios representaram 43,8% no ambiente e 36,8% no psicológico. Quando analisada a Qualidade de Vida Geral os números retrataram uma qualidade de vida ruim para 41,3% dos anuentes (SOUSA *et al.*, 2018).

Com a utilização do mesmo instrumento, o WHOQOL, pesquisa realizada com idosos do município de Vinhedo, no estado de São Paulo, os resultados evidenciaram que a qualidade de vida relacionada ao domínio das relações sociais apresentou a maior mediana no cluster 1 com 66,7, resultados semelhantes ao desta pesquisa. Os idosos que representaram a pior autopercepção de saúde, foram do gênero feminino, possuíam uma menor escolaridade onde foram incluídos os analfabetos e os que apresentaram até oito anos de estudo formal, ainda sobre estes idosos com a pior autopercepção da saúde, os autores revelam que neste grupo foi observada uma acentuada ou moderada redução da ingestão alimentar com consumo inadequado de líquidos o que equivale a até cinco copos ao dia, além de uma menor pontuação nos quatro domínios e na qualidade de vida global do WHOQoL-bref (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018).

Três dimensões possuem seus resultados associados ao estado de saúde e os aspectos sociais e psicológicos dos idosos. Estas dimensões são a autopercepção de saúde, a qualidade de vida e o estado nutricional e por serem afetadas em inúmeros aspectos desta população devem possuir um olhar diferenciado para que assistência

prestada ao cuidado humano seja a mais eficaz possível (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018).

Segundo o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), realizado entre 2015 e 2016, com uma população de 8424 participantes onde respondendo a um critério de inclusão específico efetivamente participaram 7651 idosos. Com relação a qualidade de vida, deste total, 2.227 foram classificados com boa QV (NERI *et al.*, 2018).

O pior escore de QV foi encontrado entre os mais idosos, entre os com nível mais alto de escolaridade e entre os anuentes com dificuldade na mobilidade. Já a melhor QV foi evidenciada entre os que encontravam os amigos com uma frequência maior; que dispunham de apoio de cônjuges para a rotina do cuidado e apoio emocional de outros parentes ou de descendentes da primeira geração. Ressalta-se que essas associações permaneceram mesmo após ajustamentos mútuos e por outras características consideradas relevantes (NERI *et al.*, 2018).

Para FHON *et al.* (2018) outra variável é considerada fundamental para a avaliação multidimensional do idoso. Esta variável é a fragilidade que também se comporta de maneira ímpar para a percepção de saúde desta população. A análise da literatura científica indica que antes da pandemia o perfil relacionado a fragilidade, segundo um estudo realizado em Ribeirão Preto, município do Estado de São Paulo, investigou em uma coorte de 262 idosos que 50,4% foram evidenciados como frágeis, 21,0% como vulneráveis e 28,6% não frágeis, resultados maiores que os encontrados nesta pesquisa, onde a maioria se encontrava em estado não frágil. Os resultados ainda trazem que o escore total da fragilidade obteve uma relação com algumas variáveis sociodemográficas como a idade, ou seja, para cada ano a mais se estimou um aumento médio de 0,8% no escore de fragilidade. Os participantes que não possuíam companheiro(a) manifestaram um escore médio de fragilidade de 10,4%, maior quando comparados com os que possuíam companheiro(a). Por outro lado, estimou-se existir uma redução de 1,2% no escore de fragilidade para cada ano de escolaridade a qual o idoso estudou. Foi encontrada uma elevação do escore médio de fragilidade de 1,7% para cada medicamento utilizado pelo idoso. O escore médio da fragilidade também se elevou em 14,1% para cada queda que o idoso sofreu e 3,2% para cada doença apresentada pelo idoso (FHON *et al.*, 2018).

Um estudo intitulado “A saúde do idoso na atenção primária” desenvolvido pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí),

constatou que dentre uma população de 555 idosos, a prevalência de fragilidade identificada foi de 17,7%, sendo que 45,4% se encontravam na classificação de pré-frágil e 36,9% não apresentavam esta vulnerabilidade condição. Quando analisada a fragilidade relacionado ao gênero dos idosos não foi observada desproporções significativas. O gênero feminino apresentou fragilidade de 18,0% e pré-fragilidade de 47%. Em relação ao masculino a fragilidade foi de 17,1% e a pré-fragilidade foi de 42,9% (GROSS *et al.*, 2018).

Pesquisa realizada por Sousa et al. (2018) cujo objetivo foi analisar as às Atividades Instrumentais de Vida Diária em idosos encontrou 29,1% estavam classificados em Dependência total, 63,2% em Dependência parcial, 98,6% dos idosos foram categorizados como Mais Funcional, 0,6% como Funcionalidade Intermediária e 0,8% como Menos Funcional 0,8%. Ao identificar a capacidade funcional dos idosos é possível desenvolver uma melhor plano de cuidado pautado na realidade de suas necessidades (SOUSA *et al.*, 2018).

### 6.3 PERFIL DOS CASOS DE COVID EM IDOSO

Segundo Bezerra et al (2020), a pandemia do coronavírus tem apresentado um impacto significativo na economia mundial, especialmente no Brasil. Dados recentes indicam que o desemprego já aumentou substancialmente, Em 20 de abril de 2020, já havia 39 mil casos e 2.507 mortes confirmados pela COVID-19; contudo, o número real de contaminados pode variar de nove a quinze vezes mais que os casos notificados, segundo estimativas. Como se não bastasse, projeções recentes indicam que surtos recorrentes da doença emergirão nas estações mais frias mesmo após o fim da onda inicial e mais severa da pandemia. Para evitar o esgotamento da capacidade dos hospitais, seria necessário prolongar o isolamento social ou voltar a realizá-lo de modo intermitente até 2022.

A Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Estadual de Campinas realizou um estudo descritivo baseado nos dados da pesquisa de comportamentos ConVid 11 — um inquérito de saúde transversal de âmbito nacional. O estudo feito durante o distanciamento social/quarentena advindos da pandemia, mostrou que, dos 9.173 indivíduos idosos que participaram da pesquisa ConVid, 3.969 foram homens e 5.204, mulheres. (ROMERO *et al.*, 2021)

30,9% (IC95%: 27,8; 34,1) dos idosos adotaram distanciamento social, sendo que 56,9% (IC95%: 53,5; 60,3) fizeram distanciamento social intenso e 12,2% (IC95%: 10,1; 14,7) ou não aderiram ou aderiram de forma reduzida às medidas de distanciamento. Houve mais distanciamento total entre mulheres (39,1%; IC95%: 35,3; 42,9) que entre homens (20,2%; IC95%: 15,6; 25,8). Destaca-se que o distanciamento pouco ou inexistente só foi uma realidade para 7% das mulheres (ROMERO *et al.*, 2021)

A maioria dos idosos aposentados ou que já não tinham trabalho antes da pandemia aderiram de maneira mais substancial ao distanciamento social total (40,4%; IC95%: 34,8; 46,3 e 41,7%; IC95%: 33,8; 50,0). Dentre os idosos que continuaram seus trabalhos em home office, cerca de 10%, ainda assim, não aderiram ao distanciamento social (IC95%: 5,4; 17,4). O mesmo foi verdade para 44,2% daqueles que exerceram alguma atividade essencial durante a pandemia| (IC95%: 33,9; 55,1). Nenhuma das faixas de renda analisadas apresentou associação significativa com o distanciamento social, que permaneceu mais ou menos estável em todas elas (ROMERO *et al.*, 2021).

Quanto às condições de saúde dos idosos durante a pandemia, a doença crônica não transmissível (DCNT) mais comum é a hipertensão (43,8%; IC95%: 38,5; 45,2), sendo que mais de 58% deles tem ao menos uma DCNT que é fator de risco para casos mais graves de COVID-19; esse dado, associado ao uso do tabaco como fator de risco para casos graves, eleva a porcentagem de idosos em risco acentuado — ou seja, aqueles que, além da idade, tem ao menos uma DCNT ou o hábito do tabagismo como fatores de risco — para 64,1% (IC95%: 60,8; 67,3). Percebe-se também que os homens apresentam mais comorbidades que as mulheres, 7,1% deles apresentando três doenças ou mais (IC95%: 4,3; 11,7). (ROMERO *et al.*, 2021)

Quanto a fatores psicossociais, metade dos idosos relatou sentimentos de solidão graças ao distanciamento (IC95%: 47,1; 54,0), algo mais comum entre as mulheres 57,8% (IC95%: 53,9; 61,7) que entre os homens (41%; IC95%: 35,4; 46,9). 31,7% (IC95%: 28,6; 34,9) da população idosa relataram ansiedade ou nervosismo na maior parte do tempo, outro fator mais comum entre as mulheres que entre os homens (23,2; IC95%: 18,8; 28,4). Os sentimentos de tristeza e depressão (27,5%; IC95%: 24,6; 30,6) também foram apresentados pela população feminina 35,1%; IC95%: 31,3; 39,1) com mais frequência que pelos homens (17,5%; IC95%: 13,7; 22,1). 13,6% dos idosos relataram casos graves da COVID-19 em seus familiares,

amigos próximos ou em colegas de trabalho (IC95%: 11,4; 16,1). (ROMERO *et al.*, 2021)

Numa pesquisa o sentimento de ansiedade, solidão e tristeza durante a pandemia foi mais acentuado entre mulheres idosas do que entre homens idosos. Esses resultados podem ser consequência da carga que a mulher tem no cuidado do ambiente domiciliar, aumentado durante a pandemia, quando muitas idosas são responsáveis pelo cuidado de netos, marido, outros idosos e inclusive de filhos 31. A maior vulnerabilidade econômica da mulher, decorrente da experiência em seu curso de vida, da desvalorização da sua mão de obra e menor chance de empregos formais 32, quando comparada aos homens, também pode levar ao maior sentimento de ansiedade em períodos em que há um aumento do desemprego e da pobreza (ROMERO *et al.*, 2021).

Percebeu-se uma associação entre o isolamento em relação a familiares e amigos e a tristeza e a depressão da população idosa, uma vez que, dentre os idosos que nunca se sentiram isolados 66,3% (IC95%: 51,1; 74,4) também não afirmaram se sentir tristes ou deprimidos, e apenas 3,5% (IC95%: 1,8; 6,9) daqueles que nunca se sentiram isolados socialmente relataram se sentirem tristes sempre ou muitas vezes. Quanto à associação da tristeza com o nível de distanciamento, idosos cujo distanciamento social foi total relataram sentirem-se tristes mais frequentemente (30,5%; IC95%: 25,9; 35,6). (ROMERO *et al.*, 2021)

A partir desse contexto, pode-se dizer que, embora a OMS e outros órgãos públicos como o Ministério da Saúde e os governos estaduais e municipais tenham recomendado as medidas de isolamento social enquanto maneira de se prevenir contra infecções da COVID-19, filhos e demais familiares continuam sendo responsáveis por garantir o bem-estar físico e social dos idosos, independente dessa distância.

Para Costa e Mendes (2020) a pandemia não fez mais que mostrar de maneira mais radical o fato de que o problema era, justamente, a situação até então considerada normal. Os autores questionam, com razão, por que deveríamos voltar a um “normal” em que seres sociais que vivem em nosso meio são isolados e individualizados diariamente

#### 6.4 PERFIL CLÍNICO E DE SAÚDE DOS IDOSOS APÓS A PANDEMIA

Antes da pandemia a saúde do idoso já era grande foco de estudos, uma vez que cada vez mais busca-se um envelhecimento saudável. Nesse contexto uma das áreas de grande destaque na literatura é a saúde mental dos idosos. A depressão, como grande destaque da área da saúde mental, pode ser desencadeada por causas multifatoriais, como a genética, que pode ser determinante no aparecimento e vulnerabilidade a quadros depressivos. Além dos fatores biológicos, também podemos citar os psicológicos que geram perda de autonomia e agravamento de quadros patológicos pré-existente nos idosos, e há também os fatores sociais que interferem diretamente na capacidade funcional, autocuidado e relações sociais (NÓBREGA et al., 2015).

Há um subdiagnóstico de depressão em idosos, a literatura estima que 50% dos idosos não são diagnosticados pelos profissionais de saúde, mesmo quando os mesmo estão dentro do seu exercício profissional, como na atenção primária. Isso se deve principalmente ao fato que os sintomas depressivos são geralmente associados ao processo de envelhecimento, como queixas de fadiga e cansaço, sono, falta de apetite e indisposição (SOUZA et al., 2017).

Uma investigação ainda destaca que devido ao grande impacto da pandemia na saúde mental dos idosos, é essencial discutir o suicídio nessa população. O suicídio já era um risco enorme nessa faixa etária, com o advento da pandemia, aumento dos níveis de depressão e isolamento social, o suicídio se torna ainda mais importante. Essa situação é destacada como o ápice da inibição global da pessoa, afetando sua função mental, comprometendo o indivíduo em sua totalidade. Geralmente nesses quadros os idosos apresentam uma tristeza profunda, pensamento constante de morte, perda de autoestima e desespero em relação a vida (VIANA; SILVA; LIMA, 2020).

A literatura aponta que episódios de depressão se relacionam a processos de perda de entes queridos, perda da capacidade de aprendizagem e realizar atividades diárias, atividades físicas e outras atividades. As práticas sociais, atividade física, participação em eventos são tidas como positivas para a prevenção de quadros depressivos e ansiosos (GULLICH et al., 2016). Porém com o quadro pandêmico atividades sociais em grupo foram canceladas e a convivência social sofreu grandes impactos, gerando assim maiores vulnerabilidades a quadros depressivos.

Um estudo alerta para a emergência de problemas mentais durante a pandemia, muitos dos quais destacam que pessoas com transtornos mentais prévios são mais vulneráveis a patologias mentais. O estudo aqui apresentado corrobora essa preocupação, uma vez que as análises realizadas aqui e ajustadas por sexo e idade revelam que 87% dos brasileiros previamente diagnosticados com depressão relataram se sentirem sempre tristes durante o período. Um resultado similar pode ser visto no que diz respeito à ansiedade, sendo que o número de pessoas com depressão que se sentiram ansiosas por toda a pandemia foi mais de duas vezes superior àquele de quem não possuía esse diagnóstico. (BARROS et al., 2020). É importante destacar que antes da pandemia o nível de indicativo de depressão era menor dos que os índices encontrados na literatura após a pandemia e aqui apresentados na discussão.

As mudanças nos hábitos foram repentinas. Rotinas foram alteradas graças ao isolamento social, incluindo a transferência de trabalhos para o *home office*, o uso de máscaras, a permanência maior das crianças em casa, todos estes fatores relevantes para o aumento da ansiedade, especialmente considerando que muitas pessoas não foram capazes de se adaptar bem a esse estilo de vida que passou a ser exigido delas. (ROLIM; OLIVEIRA; BATISTA, 2020)

Durante o período da pandemia estudado por Barros, os casos confirmados de Covid-19 no Brasil. Nesse ponto, 40% dos adultos brasileiros eram tomados frequentemente pelo sentimento de tristeza/depressão, com 50% ou mais apresentando sensação frequente de ansiedade e nervosismo. (BARROS et al., 2020), resultados maiores dos que os encontrados na pesquisa previamente a pandemia.

Em relação aos estudos sobre variáveis de saúde durante a pandemia, um estudo transversal e quantitativo, desenvolvido em todas as regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), identificou como resultados, dos 900 idosos participantes, uma média de idade de 65 anos (Mínimo=60, Máximo=94), predominantemente do sexo feminino (n=661/73,4%), casados (n=513/57,0%), com pós-graduação (n=506/56,2%) e que não exerciam ocupação na área da saúde (n=581/64,6%), 259 (28,8%) relataram pouco interesse ou prazer em fazer as coisas; 297 (33,0%) sentiram-se “para baixo” ou deprimidos; 328 (36,5%) tiveram dificuldade para adormecer ou manter o sono, ou dormiam demais; 322 (35,8%) sentiam-se cansados ou com pouca energia; 225 (25,0%) tinham falta de apetite ou comiam demais; 134 (14,9%) se sentiram mal consigo mesmos ou se acharam um fracasso

ou que decepcionaram a família ou a si mesmos; 228 (25,3%) tinham dificuldade de concentração; 113 (12,6%) eram lentos para se mover ou falar ou estavam tão inquietos que andavam de um lado para o outro mais do que o habitual; 20 (2,2%) pensaram em se machucar de alguma forma, ou que seria melhor estar morto, quase diariamente. Ressalta-se que, embora não seja a maioria, uma parcela importante dos idosos referiu esses sintomas à depressão por vários dias (PEREIRA-ÁVILA *et al.*, 2021)

Também identificaram que a média do escore total de sintomas de depressão entre idosos foi de 3,8 (DP=4,4). A maioria 818 (91,9%) não apresentava sintomas ou sintomas depressivos leves, seguido de 51 (5,7%), que apresentavam sintomas moderados, 18 (2,0%), sintomas moderadamente graves e 13 (1,4%), sintomas de depressão grave. Ressalta-se que 27 (2,9%) idosos foram identificados como risco de ideação suicida em diferentes níveis de frequência com referência ao item 9 do PHQ-9. (PEREIRA-ÁVILA *et al.*, 2021)

O quadro de ansiedade também parece ter sido afetado pelo medo e pela insegurança sentidos pelas pessoas no que diz respeito ao medo de se estar infectado e à quantidade de informações a respeito da Covid-19. Várias pessoas têm se concentrado mais no número de mortos que no número de recuperados, e basta uma mudança nesse foco para que a ansiedade possa ser amenizada (ROLIM; OLIVEIRA; BATISTA, 2020)

Outro motivo de preocupação são os arranjos familiares, uma vez que alguns idosos vivem sozinhos, enquanto outros vivem com seus descendentes, caso em que o ambiente familiar inclui mais de uma geração, cujos membros podem dar apoio ativo ou passivo ao idoso. Filhos, netos, bisnetos, cônjuges, e outros membros podem oferecer diversos tipos de apoio, incluindo apoio instrumental (relacionado à funcionalidade, ou seja, às atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária), emocional (que auxilia na redução do estresse) ou financeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Idosos trabalhadores também podem ser motivo de preocupação, uma vez que, para muitas famílias, eles são a única fonte de renda; embora seja senso comum supor que a maioria dos idosos são aposentados e pensionistas, na realidade brasileira, muitos idosos têm responsabilidades financeiras essenciais para suas famílias (FAUSTINO *et al.*, 2020), esse fato é importante uma vez que cerca de 30% dos idosos foram identificados tendo alguma ocupação remunerada antes da

pandemia, o que pode colocar os mesmo em maiores riscos para a contaminação pelo COVID.

No que diz respeito aos transtornos de ansiedade, Santos mostra que pacientes diabéticos mostraram mais ansiedade que aqueles do grupo controle independente do tipo de transtorno de ansiedade analisado, apresentando, também, qualidade de vida menor nos domínios físico, social, psicológico e ambiental (SANTOS, 2013).

Os pacientes com diabetes tipo 2 realizando tratamentos com insulina apresentaram alta prevalência de ansiedade e baixa qualidade de vida, sendo uma redução na qualidade de vida associada à prevalência de ansiedade em pacientes diabéticos. Como o autor indica, seus achados mostram a necessidade de se diagnosticar e tratar os transtornos de ansiedade em pacientes diabéticos, de modo a evitar complicações mais graves associadas a suas comorbidades (SANTOS, 2013). E a diabete encontra-se como um dos fatores de risco para a contaminação pelo COVID, uma vez que atua diretamente no sistema imune, e quanto mais comorbidade o paciente tem maiores a chances de desenvolvimento de quadros graves do COVID.

Maia e colaboradores também relataram haver prevalência de comorbidades psiquiátricas no diabetes tipo 1, destacando-se entre elas ansiedade e depressão. Comorbidades psiquiátricas em geral, seja como transtornos ou como conjuntos de sinais e sintomas, foram significativamente maiores em pacientes diabéticos do que na população geral. (MAIA et al., 2014)

Maia ressalta ainda que, uma vez que ansiedade e depressão afetam não só o quadro do diabetes, como também a adesão ao tratamento, torna-se claro como a saúde mental desses pacientes é comprometida — especialmente quando apenas 28,2% dos pacientes com essa morbidade não apresentam ansiedade ou depressão segundo a HADS, sendo que 41.8% deles apresentam ambas. (MAIA et al., 2014). Considerando assim o impacto das doenças crônico degenerativas tanto como fatores de risco para a contaminação do COVID, há também o impacto na saúde mental da população, que também é um grande fator protetivo quando discutimos a questão da pandemia.

Barros, por sua vez, revela que o impacto psicológico da quarentena foi mais forte entre as mulheres que entre os homens, uma vez que elas, além de relatar mais comumente sentimentos de depressão/tristeza e ansiedade/nervosismo, manifestaram com mais frequência sintomas como problemas do sono, ou tiveram agravado um problema de sono pré-existente. (BARROS et al., 2020)

Para Fakoya e colaboradores, a solidão pode atenuar a resistência às infecções e levar à demência, e, embora seja natural e afete a todos os indivíduos em alguns momentos de suas vidas, afeta mais fortemente os idosos. Segundo os pesquisadores, ainda que o isolamento e a solidão estejam de fatos correlacionados a uma redução da qualidade de vida e sejam inegavelmente associados a morbidades e comorbidades, eles são fatores independentes, e a presença de um não necessariamente indica a presença do outro. (FAKOYA; MCCORRY; DONNELLY, 2020)

Idosos podem estar isolados socialmente sem relatar sentimento de solidão e podem estar sozinhos mesmo sem isolamento social, mas ambas as condições podem causar danos à sua saúde física e mental. Assim, distanciamento social não deve ser confundido com solidão. O sentimento de tristeza é o que mais contribui para a solidão e se sentir sozinho não é apenas a ausência de acompanhante no lar. Neste trabalho, verificou-se que é frequente idosos brasileiros se sentirem muitas vezes ou sempre sozinhos. Esse sentimento está associado, geralmente, com o problema estrutural sobre luto, abandono social e estigma da velhice, os quais podem agravar na pandemia, quando idosos vivenciam luto coletivo, alta letalidade de seu grupo etário, abandono de governantes - por meio de expressões sobre a fragilidade dos contagiados - e falta de políticas públicas de proteção social (FAKOYA; MCCORRY; DONNELLY, 2020).

Gomes *et al.* (2020) estudou a qualidade de vida durante a pandemia e constatou que 76,1% dos participantes relataram palavras que enfatizavam sentimentos negativos como: “prisão, solidão, ausência, sozinho, tristeza, ansiedade, estresse, angústia, agonia, preocupação, medo, tensão, assustado, difícil, abatido, aborrecido, chateado, inseguro, impaciente, nervoso, apavorado, com estranhamento, muito mal, nada resume, luta, raiva, agressividade e frustração”. Quando um dos idosos indicou a palavra frustração, ele se referia aos demais sujeitos que não respeitavam a quarentena, ressaltou que “por falta de respeito”. Quando solicitados a externar os sentimentos negativos os que surgiram foram os seguintes: tristeza, raiva, irritabilidade por ter direitos violados, medo pela proximidade de ter sua integridade violada, hostilidade/agressividade pelo ressentimento podendo ser um fator para a violência física, desespero/pavor por incapacidade de alterar as situações desagradáveis e frustração por falta de expectativa (GOMES *et al.*, 2020).

Ainda sobre o mesmo estudo um dos objetivos específicos foi compreender a percepção dos idosos sobre a QV antes da pandemia e como que o mesmo a vê depois da pandemia e assim os resultados foram que a QV antes da pandemia era boa para 82,1% e regular para 17,9%. Ressalta-se que nenhum dos anuentes revelou que a QV era ruim ou muito ruim. Ao serem indagados do porque a era boa ou muito boa as seguintes justificativas surgiram: autonomia para sair e fazer atividades como exercícios físicos, poder visitar os filhos e netos, conversar com amigos, trabalhar sem sentir medo, passear, frequentar atividades religiosas, consultas médicas e psicológicas, receber visitas, ter com quem contar para o cuidado diário (GOMES *et al.*, 2020).

Em relação a percepção da QV durante a pandemia esta foi classificada como boa/muito boa para 43,3% dos idosos, regular para 31,3% e ruim/muito ruim para 25,4%). Assim, considerando o primeiro mês da quarentena de imediato houve um aumento de 25,4% dos idosos que classificaram sua QV como ruim ou muito ruim (GOMES *et al.*, 2020).

Em pesquisa realizada por Santos, Garcia e Barbosa (2017) houve menções frequentes no momento da pandemia relacionadas a fatores psíquicos, e segundo os autores, são os que mais estabelecidos nos quesitos para se reconhecer o sentido e o objetivo da vida. Foram mencionados falta de otimismo e desânimo, evidenciando o já referido (SANTOS; GARCIA; BARBOSA,2017).

Antes da pandemia a literatura científica, segundo Santos Junior et al. (2019), o domínio Ambiente é o que apresentava menor pontuação, estando relacionado, entre demais fatores, a segurança e a integridade do indivíduo Nota-se que uma discriminação pautada na idade está sendo mais evidenciada com a pandemia de COVID-19, especialmente nas mídias sociais que utiliza, inclusive uma linguagem desumana e, por vezes tirana com foco na vulnerabilidade dos idosos, não se preocupando com sua autonomia (Santos Junior,et al., 2019).

Neste contexto, Gomes *et al.* (2020) discorre que há uma presença de desrespeito aos idosos que foi verificada com o início da pandemia, reconhecido por vários anúncios vinculados nas redes sociais, enfatizando os estereótipos negativos contra esta população, como, por exemplos, o “caminhão cata veio” ou as gaiolas onde deveriam ser colocados os idosos considerados “teimosos, pois queriam sair para a rua”. Estas manifestações expunham de forma global os idosos como sendo um grupo que seria muito teimoso e desobediente (GOMES *et al.*, 2020).

Cabral et al. (2021), desenvolveu uma pesquisa cuja população foi de 304 idosos que frequentavam um convívio comunitário e eram acompanhados por uma unidade básica de saúde. O objetivo foi avaliar a vulnerabilidade e o declínio funcional destes idosos, e em seus resultados trouxe que 62,3% eram dependentes para às atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e 49,0% foram classificados como vulneráveis. As idosas com mais de 70 anos que estavam em vida conjugal com baixo nível de escolaridade foram as que apresentaram uma maior dependência, isto pelo fato de que estas variáveis citadas apresentam um impacto negativo na capacidade funcional e no estado geral de saúde.

Alves et al. (2021) avaliou através do instrumento IVCF-20 a condição clínica e funcional de um determinado grupo de pessoas idosas e, desta forma, verificou que 17,0% demonstraram alto risco clínico-funcional, 38,8% foi o percentual de moderado e 44,1% o para baixo. Com relação a classificação deste risco clínico-funcional, este é definido por algumas condições determinantes como idade, autopercepção da saúde, nível de escolaridade, hábitos de vida e sexo. Assim, levando em conta o declínio das reservas funcionais do idoso mais será o risco de vulnerabilidade. Esta circunstância projeta de maneira corpulenta a autonomia e a capacidade funcional, influenciando negativamente os domínios que envolvem a qualidade de vida (BARBOSA; FERNANDES, 2020).

Para Myers, idosos que vivem com suas famílias precisam de medidas de apoio; embora não devam sair de casa, podem receber apoio capaz de auxiliá-los em suas atividades básicas e instrumentais. Isso se refletiria também nos aspectos emocionais e financeiros desses idosos. (MYERS *et al.*, 2020)

Profissionais de enfermagem precisam agir em sintonia com seus conhecimentos práticos e científicos, de modo a oferecer não só aos idosos, mas também à equipe multidisciplinar, um ambiente que auxilie na manutenção da qualidade do atendimento durante a pandemia. (FERGUSON *et al.*, )

A importância do enfermeiro para a população e para o sistema de saúde como um todo é incalculável. A formação acadêmica desse profissional é abrangente e sua atuação supera as expectativas, uma vez que o enfermeiro é capaz de propiciar a promoção da saúde. (SILVA; SANTOS, 2022)

## 6.5 ATENDIMENTO AO IDOSO NA PANDEMIA

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde - OMS - declarou pandemia de Covid - 19, em razão dos altos níveis de disseminação do vírus entre os diversos países, aumento nos casos de pessoas contaminadas e um recorde em óbitos relacionados a doença. E em um mundo globalizado, o Brasil está foi fortemente afetado pelo vírus. Os estudos sobre as formas de transmissão do novo coronavírus resultaram que se dava por contato de pessoa para pessoa, em outras palavras, a contaminação é por gotículas respiratórias. A OMS, a princípio, determinou que no grupo de risco estariam as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, portadores de doenças crônicas que incluíam as cardiovasculares, diabetes, hipertensão e doença pulmonar obstrutiva crônica e, os pacientes com câncer diagnosticados há menos de cinco anos. Com o avanço dos estudos novos fatores foram abarcados nestes grupos de risco como: pacientes em diálise ou outro tratamento para doença renal crônica, obesidade, asma moderada ou grave e tabagismo (CARNEIRO, 2020).

Para que uma pandemia possa ser detida, é necessário que a fonte de infecção seja controlada e a rota de transmissão interrompida, além de ser essencial proteger-se as pessoas mais vulneráveis (ZHANG, 2020). Durante a crise do novo coronavírus, muitos profissionais, entre eles enfermeiros, destacaram-se como atores na linha de frente. Além de coragem, isso exigiu que tais profissionais demonstrassem racionalidade, paciência e conhecimento científico (ZHANG, 2020). Barros chega a chamar de “fortaleza da ciência” o cuidado gerontológico da enfermagem, tão essencial é este cuidado para a saúde da população (BARROS *et al.*, 2020)

Uma das ações necessárias para se proteger os idosos na pandemia foi estratificar a população quanto à idade, como mostram Hammerschmidt e Santana. Porém, apesar de seus efeitos positivos no que diz respeito à organização do serviço, essa ação intensificou inadvertidamente as manifestações de preconceito social. Foram criados vídeos, imagens, músicas, frases, entre outros meios, através dos quais os idosos foram expostos, e por meio dos quais características negativas da estratégia foram supervalorizadas. Um exemplo emblemático no Brasil é o caso do “carro do ‘cata véio’”, algo que, além de mostrar uma perspectiva ageísta, mostra o quanto é difícil para idosos cumprirem o distanciamento social. Segundo os autores, até mesmo as relações familiares foram afetadas por esse tipo de questão, graças aos conflitos intergeracionais causados, principalmente, pelas medidas de

distanciamento social impostas pelos familiares. (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020)

O distanciamento social, que o Ministério da Saúde determinou como medida para evitar a propagação da Covid-19, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)16), poderia ter sido discutido no âmbito político com o apoio de especialistas da gerontologia, para que pudesse ser realizado de modo a ter efeitos menores na rotina dos idosos (SANTOS; SANTANA, 2017); a evitar o isolamento social enquanto síndrome geriátrica (HUGHES; MCMURDO; GUTHRIE, 2013); e lidar com o medo da morte e outros medos associados (HOHENDORFF; MELO, 2009). Quem trabalha com idosos ou possui familiares idosos por certo viu membros da população reticentes em relação ao distanciamento social; isso mostra o quanto é necessário se compreender as medidas adotadas para se conter a disseminação e tratar a COVID-19, considerando as características particulares da gerontologia.

Outra preocupação é o fato de que os idosos, historicamente, não tem a mesma facilidade que os mais jovens para utilizar ferramentas tecnológicas. Isso faz com que eles não tenham tanto acesos à comunicação, limitando sua interação social e seu acesso à informação e ao conhecimento sobre a pandemia durante o distanciamento, além de tornar mais difícil fornecer orientações tanto em relação a seus comportamentos individuais quanto aos coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)3,5)

O Ministério da Saúde, em seus documentos oficiais, não priorizou o público idoso, mas sim questões envolvendo crianças, adultos e gestantes. Dar prioridade a esse público teria sido essencial, uma vez que o processo de envelhecimento humano é complexo e particular, além de ser associado a uma grande incidência de doenças crônicas que têm repercussões relevantes no corpo humano. É necessário, além disso, levar a cabo ações específicas de prevenção, tratamento e reabilitação (TRISTÃO *et al.*, 2020).

Especialmente, esta população idosa possui o hábito de se deslocar a Unidade Básica de Saúde (UBS) para retirar seus remédios, comparecer a consultas, aferição de pressão, controlar a glicemia, realizar a vacinação, troca de curativos, além de participar de atividades de prevenção e promoção das doenças cardiovasculares através grupos que realizam práticas de exercícios. Estas atividades realizadas pela UBS originam aglomerações de pessoas e, com os desde primeiros casos registrados no Brasil em 2020, foram exigidas adaptações nessas rotinas. Isso ocorreu com o intuito de preservar esta população mais vulnerável a exposição do Coronavírus.

Estas mudanças não foram vistas com bons olhos e causaram uma grande insatisfação gerando ansiedade e depressão aos usuários do SUS (CARNEIRO, 2020).

Segundo a própria OMS, essa é uma das razões pelas quais é essencial o investimento nos profissionais de enfermagem. Tal investimento não seria só uma contribuição para a saúde, mas também para a educação, para o trabalho e para o crescimento econômico (WHO, 2020). Como se não bastasse a atenção e valorização recebida pelos profissionais de enfermagem graças a suas ações durante a pandemia, o ano de 2020 foi definido pela 72ª Assembleia Mundial da Saúde como Ano Internacional da Enfermagem; o momento não poderia ser mais ideal se considerarmos a Agenda Mundial da Enfermagem para 2030, que propõe investimentos em todos os aspectos do ensino da enfermagem (professores, estudantes e infraestrutura) para que as necessidades globais possam ser atendidas, para não mencionar as mudanças tecnológicas e as (WHO, 2020).

Os enfermeiros também são essenciais quando consideramos a necessidade de cuidados gerontológicos, ainda mais evidente na análise dos idosos institucionalizados, cuja grande vulnerabilidade durante a pandemia mostra a significativa demanda de profissionais da enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Por isso, um documento foi elaborado pela Associação Brasileira de Enfermagem, por meio do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 202032), contendo orientações de enfermagem específicas para tais instituições Além disso, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia elaborou posicionamento sobre a Covid-19 (UEHARA et al., 202033), e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu, além da nota técnica contendo com orientações para serviços de saúde (ANVISA, 202034) outra nota, específica para as ILPI(ANVISA, 2020).

Esta doença é singular e sem precedentes na história, o que incide em temores e insegurança em relação ao uso de medicamentos. Porém, é imprescindível que o idoso que apresenta uma doença que necessita de uso contínuo de medicação não interrompa o tratamento e, se apresentar algum sintoma do Covid-19, procure uma unidade de saúde para esclarecer qualquer dúvida. E essencialmente não deve utilizar medicamentos sem que sejam prescritos por médicos. Um outro fator essencial é garantir a vacinação em dia desse grupo (CARNEIRO, 2020).

As adaptações ao novo momento devem ser exercidas com a meta de acompanhar esta população através de ligações rotineiras, mensagens de texto com orientações que seguem: exporem ao sol, mesmo dentro de suas residências, reforçar a importância de uma alimentação saudável, conversar sobre as dúvidas e ressaltar o distanciamento e a higienização mais severa para a prevenção do adoecimento pelo COVID -19 (CARNEIRO, 2020).

A pandemia de COVID-19 exigiu mudanças substanciais de condutas, mudando o sentido dos comportamentos e conhecimentos, além de aproximar a comunidade do meio científico, graças ao fato de que, para controlar a doença, tanto mudanças individuais quanto coletivas se fazem essenciais; isso, contudo, não é necessário apenas no período da pandemia. O conhecimento adquirido sobre higiene das mãos, etiqueta respiratória e limpeza de ambientes e materiais (OPAS, 2020:35) devem se tornar parte do cotidiano enquanto atitudes de cooperação coletiva, uma vez que são medidas relevantes para a prevenção de doenças futuras. É importante que possamos aprender com as experiências desse momento de crise, de modo a nos preparar e fortalecer para outros possíveis momentos de tensão.

O distanciamento social é uma importantíssima medida de proteção e prevenção da saúde; contudo, autonomia e independência são alicerces essenciais para o envelhecimento saudável, e o indivíduo idoso deve ter acesso livre a tais alicerces sempre que possível e recomendado. Nossa sociedade precisa de todo o cuidado ao evitar atitudes preconceituosas e ageístas, que infantilizam e ridicularizam o idoso, buscando sempre fazer com que a dignidade do idoso prevaleça. (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020)

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo identificou idosos, com predomínio de idade 60 a 74 anos, sexo feminino, aposentadas e com companheiro. Notou-se que houve uma preeminência de idosos não vulneráveis e independentes, evidenciando um envelhecimento ativo dessa população. Foi identificada uma boa percepção de qualidade de vida, porém foi identificada dependência para as atividades instrumentais.

O ser humano percorre ao longo de sua vida inúmeros ciclos vitais sendo que a etapa do envelhecimento corresponde a um estágio onde enormes alterações ocorrem. Estas mudanças perpassam por transformações físicas, chegada da aposentadoria, início ou agravamento de doenças, perda de pessoas queridas, limitações da autonomia entre outras tantas. Na atualidade, com o enfrentamento da pandemia de COVID-19, o isolamento social se faz indispensável e é considerado como uma das ferramentas mais eficazes para minimizar a disseminação do novo Coronavírus. Neste sentido, a quarentena ou *lockdown* deve ser efetivado pela população geral, mas, especialmente, pelos idosos que são apontados por estudiosos como grupo de maior risco, enfatizando o isolamento vivenciado por estes indivíduos.

É notório que o idoso necessita de uma assistência do cuidado de maneira integral e holística norteada por um diagnóstico situacional individualizado evidenciando todas as especificidades fundamentais, bem como destacando seus direitos também. Somente com este estudo personalizado é possível prestar uma atenção assistencial com práticas específicas na linha de cuidados com enfoque na prevenção, estilos de vida mais saudáveis e a manutenção da autonomia desta população.

Em momentos em que a quarentena é compulsória originam-se sentimentos negativos como: solidão, estresse, ansiedade, tristeza, depressão, entre outros que caracterizam transtornos mentais. Quando analisado o idoso neste contexto é verdadeira que em tempos de Coronavírus há uma necessidade extra de atenção na dimensão psíquica. Torna-se essencial ofertar estratégias para redução de danos como: assistir filmes, ler livros, praticar atividades físicas mesmo em sua residência, obter apoio de um profissional da área da saúde, fazer reuniões com familiares e amigos remotamente, entre outras possibilidades. Ressalta-se que pessoas idosas possuem

medo próprio adoecimento ou de um ente querido, somando-se a este temor está o isolamento e desta forma o padrão do sono e a inapetência se instauram elevando a possibilidade de agravamento da saúde como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, por esta razão deve evidenciar a atenção ao idoso e a proposição de ferramentas para este equilíbrio emocional.

O aprendizado reforçado nesta pandemia é que os idosos possuem características e peculiaridades próprias, além da diversidade/pluralidade/complexidade do envelhecimento humano. Nesse cenário, apesar dos conceitos fundamentais da epidemiologia, virologia, imunologia, e tantos outros necessários e recorrentes, não se pode abster dos fundamentos da teoria e prática gerontológica, que promovem o diferencial para a adoção de medidas eficazes na proteção do grupo de risco dos idosos

A valorização oportuna, com destaque ao ensino geriátrico e gerontológico na formação profissional, deve ser item obrigatório na matriz curricular de enfermagem. O conhecimento é essencial para a evolução e, no âmbito profissional, é necessário para qualificação e segurança do cuidado ao idoso. Espera-se que esse movimento de aprendizado seja constante e perene, fortalecendo a enfermagem gerontológica enquanto ciência

Apresentamos resultados que certamente possuem pequenas limitações sobre a saúde mental do idoso nesta circunstância de isolamento por conta da situação pandêmica da COVID-19. Mas, foi permitido compreender que os idosos em isolamento social estão sujeitos a exacerbação de problemas cognitivos.

Durante a pandemia, é essencial que se mantenha a independência dos idosos. Esta autonomia incentiva uma situação mais serena para que sejam elaboradas circunstâncias negativas como a elaboração do luto em relação às mais diversificadas perdas como as físicas, as sociais e as emocionais. Construindo e mantendo a autonomia o idoso torna-se capacitado por buscar novos referenciais e novas expectativas, reduzindo o isolamento e a depressão.

A repercussão da saúde mental na população idosa em decorrência da pandemia do COVID-19 se encontra análoga ao isolamento social, à redução da rotina, ao esgotamento físico e mental relacionado aos cuidados exigidos para evitar o contágio, bem como, pela desinformação ou mesmo por informações errôneas. Desta forma, a relevância deste estudo se dá por todo acima expresso, mas também

por ser inferir que a manutenção de uma rotina saudável e criativa é imprescindível para a manutenção da autonomia dos idosos e assim minimizar as possíveis complicações clínicas e psicológicas. Estas ações positivas criam motivações e transformam um ambiente já conhecido em um ambiente desafiados criando expectativas plausíveis.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota técnica n. 04/2020 GVIMS/GGTES. Apresenta orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus *Cogitare Enferm.* V. 25, e72849, 2020 [Internet]. 2020. [acesso: 02 abr. 2022]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>.

ALMEIDA, L. O desvelar do significado do corpo envelhecido para o idoso: Uma compreensão fenomenológica. *Revista ESPACIOS*, v. 38, n. 29, 2017.

ALVES, A. M. Quais idosos da comunidade apresentam a maior vulnerabilidade clínico-funcional? *Geriatrics, Gerontology and Aging*, Rio de Janeiro, v. 15, 2021.

ANDRADE, F. C. D.; WU, F.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. Expectativa de vida sem depressão aumenta entre idosos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, 15 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-S1518-87872016050005900.xml>>. Acesso em: 11 maio. 2022.

BARRETO, M. da S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325–339, 30 mar. 2015.

BARROS, A.; NÓBREGA, M. M.; SANTOS, R.; CEZAR-VAZ, M. R.; PAGLIUCA, L. Research in nursing and modification of the knowledge tree in CNPq: contribution to science. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 10 fev. 2020.

BAUAB, J. P. et al. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 339–352, 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, p. 01–07, mar. 1994.

BEZERRA, Anselmo et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-comportamento-dapopulacao-durante-o-isolamento-social-na-pandemia-de-covid19/17551?id=17551>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

BITENCOURT SANTOS, D.; GARCIA, M. G.; BARBA, P. C. de S. D. Qualidade de vida das pessoas com deficiência: revisão sistemática no âmbito de trabalhos brasileiros publicados em bases de dados. **Revista Brasileira de Qualidade de**

**Vida**, v. 9, n. 1, 25 mar. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/4655>>. Acesso em: 19 maio. 2022.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; CASTRO e SILVA, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. *In*: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Rio de Janeiro, p.138-151, 2015.

BOSI, Alfredo (org.). Plural, mas não caótico. *In* \_\_\_\_\_. Cultura brasileira - temas e situações. São Paulo: Ática, 1987. BRASIL. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa Documento Técnico. Brasília: MS, 2018.

BRASIL, K. T. R.; BARCELOS, M. A. R.; ARRAIS, A. R.; CARDENAS, C. J. A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. *Aletheia*. n.40, p. 120-133, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.**

Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 02 de abril de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS Nº 356 de 11 de março de 2020.**

Publicado no Diário Oficial da União em: 12/03/2020, Edição: 49, Seção: 1, Pg. 185. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 02 de abril de 2020. (BRASIL, 2020c).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Especial. COE -COVID-19. 18 de maio de 2020. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. COE/SVS/MS | Fev. 2020. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2020. (Brasil, 2020d)

BRASÍLIA. Câmara dos Deputados. **Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília, 2018. Disponível em: [www2.camara.br/a.../pdf/brasil-2050...desafios-de-uma-nacao-que-envelhece/view](http://www2.camara.br/a.../pdf/brasil-2050...desafios-de-uma-nacao-que-envelhece/view). Acesso em: 20 dez. 2021.

CABRAL, J. F. et al. Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal: *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 01, 2021

CARNEIRO, L. N. dos S. MANEJO DE PACIENTES IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19. **JORNAL DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS E SAÚDE**, v. 6, n. 2, p. 28, 27 nov. 2020.

CLARKE, P.; NIEUWENHUIJSEN, E. R. Environments for healthy ageing: A critical review. **Maturitas**, v. 64, n. 1, p. 14–19, 20 set. 2009.

COSTA, A.C.O. Síndrome metabólica: atividade física e condições socioeconômicas entre idosos não institucionalizados Dissertação. Instituto René Rachou. Belo Horizonte, MG, 2018.

DA COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. Saúde mental em tempos de crise e pandemia: um diálogo com Martín-Baró. 2020. Disponível em: . Acesso em: 19 mai. 2020]

DAGIOS, P.; VASCONCELLOS, C.; EVANGELISTA, D. H. R. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em Ji-Paraná/RO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 6 nov. 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/41571>>. Acesso em: 19 maio. 2022.

DE MELO, C. C.; DE FREITAS, G. A Influência do Tempo de Prática de Dança de Salão nos Níveis de Depressão de Idosos. **Revista de Psicologia del Deporte**, v. 27, p. 7, 2017.

DEZAN, S. Z. O Envelhecimento na Contemporaneidade: reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n. 2, p. 28–42, jul. 2015.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 591–604, dez. 2018a.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; SCHIAVETO, F. V.; VENDRUSCULO, T. R. P.; HAAS, V. J.; DANTAS, R. A. S.; RODRIGUES, R. A. P. Cross-Cultural Adaptation and Validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian Elderly Sample. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1043–1049, dez. 2009.

FAKOYA, O. A.; MCCORRY, N. K.; DONNELLY, M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 129, 14 fev. 2020.

FAUSTINO, C. G.; LEVY, R. B.; CANELLA, D. S.; OLIVEIRA, C. de; NOVAES, H. M. D. Income and Out-of-Pocket Health Expenditure in Living Arrangements of Families with Older Adults in Brazil. **Cadernos De Saude Publica**, v. 36, n. 3, p. e00040619, 2020.

FERGUSON, J.; ROSSER, J. I.; QUINTERO, O.; SCOTT, J.; SUBRAMANIAN, A.; GUMMA, M.; ROGERS, A.; KAPPAGODA, S. Characteristics and Outcomes of Coronavirus Disease Patients under Nonsurge Conditions, Northern California, USA, March–April 2020 - Volume 26, Number 8—August 2020 - Emerging Infectious Diseases Journal - CDC. [s.d.]Disponível em:

<[https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/8/20-1776\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/8/20-1776_article)>. Acesso em: 6 maio. 2022.

FERGUSON, N.M.; LAYDON, D.; NEDJATI-GILANI, G.; IMAI, N.; AINSLIE, K.; BAGUELIN, M.; et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. **Imperial College COVID-19 Response Team**, 2020. Publicado online em 16 de Março, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.25561/77482>. Acesso em: 02 de abril de 2022.

FHON, J. R. S.; RODRIGUES, R. A. P.; SANTOS, J. L. F.; DINIZ, M. A.; SANTOS, E. B. dos; ALMEIDA, V. C.; GIACOMINI, S. B. L. Factors Associated with Frailty in Older Adults: A Longitudinal Study. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 74–74, 3 ago. 2018.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 33–38, 2000.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and Validation of the Portuguese Version of the WHOQOL-OLD Module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 785–791, out. 2006.

FLORES, T. R.; GOMES, A. P.; SOARES, A. L. G.; NUNES, B. P.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; GONÇALVES, H.; BERTOLDI, A. D. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 15 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/ress/a/X937LZT4pWKbTpzCn3XLcdK/>>. Acesso em: 16 maio. 2022.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-Mental State”. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189–198, nov. 1975.

GARCIA, C. de A. M.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 1, p. 11–22, 31 ago. 2018.

GOMES, L. de O.; COSTA, A. L. P. F.; FERREIRA, W. A. S. L.; COSTA, A. C. C.; RODRIGUES, G. de M.; PEDRA, E. C. de P.; LIMA, A. L.; MORAES, C. F. Qualidade de vida de idosos antes e durante a pandemia da COVID-19 e expectativa na pós-pandemia. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, p. 09–28, 8 out. 2020.

GROSS, C. B.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; SCHMIDT, C. R.; BERLEZI, E. M. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 209–216, 6 jul. 2018.

- GUIRALDELLI, R. Adeus à divisão sexual do trabalho?: desigualdade de gênero na cadeia produtiva da confecção. **Sociedade e Estado**, v. 27, p. 709–732, dez. 2012.
- HAMMERSCHMIDT, K.; SANTANA, R. HEALTH OF THE OLDER ADULTS IN TIMES OF THE COVID-19 PANDEMIC. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 28 abr. 2020.
- HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. de. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 480–492, 1 ago. 2009.
- HUGHES, L. D.; MCMURDO, M. E. T.; GUTHRIE, B. Guidelines for People Not for Diseases: The Challenges of Applying UK Clinical Guidelines to People with Multimorbidity. **Age and Ageing**, v. 42, n. 1, p. 62–69, jan. 2013.
- JARDIM, V. C. F. DA S. et al. A VIEW ON THE AGING PROCESS: elderly's perception of old age. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 25–34, ago. 2006
- JUNIOR, J. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. 1 jan. 2008. Disponível em: <[https://www.academia.edu/4026800/Confiabilidade\\_da\\_vers%C3%A3o\\_brasileira\\_da\\_Escala\\_de\\_Atividades\\_Instrumentais\\_da\\_Vida\\_Di%C3%A1ria](https://www.academia.edu/4026800/Confiabilidade_da_vers%C3%A3o_brasileira_da_Escala_de_Atividades_Instrumentais_da_Vida_Di%C3%A1ria)>. Acesso em: 19 maio. 2022.
- JUNIOR, A. G. dos S.; CASAIS, T. R.; ARANTES, W. S.; SANTOS, F. R. dos; FURLAN, M. C. R.; PESSALACIA, J. D. R. Avaliação da qualidade de vida em idosos de um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, n. 0, 30 jul. 2019. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3053>>. Acesso em: 19 maio. 2022.
- KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. **JAMA**, v. 185, p. 914–919, 21 set. 1963.
- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179–186, 1969.
- LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B.; RIBEIRO FILHO, S. T.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103–112, jan. 2008.
- LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-77, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182010000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182010000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 ago. 2021.

- MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. O. PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN THE ELDERLY WITH LOW EDUCATIONAL LEVEL IN MACEIÓ/AL. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 3, p. 801–814, 30 nov. 2017.
- MEDEIROS, S. G.; MORAIS, F. R. R. Organização dos Serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 109-19, 2015.
- MEIRA, S. S. et al. Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos Self esteem and factors associated with social conditions in the elderly. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 738–744, 11 jul. 2017.
- MENESES, D. L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 15–18, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Especial: doença pelo Coronavírus 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). O que é o Coronavírus? (COVID-19). [Internet]. 2020. [acesso em 22 mar 2022]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance, 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 04 abr 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- MIRANDA, G. M. D. et al. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface Comum Saúde Educ.** v.21, n. 61, p. 309-20, 2017.
- MYERS, L. C.; PARODI, S. M.; ESCOBAR, G. J.; LIU, V. X. Characteristics of Hospitalized Adults With COVID-19 in an Integrated Health Care System in California. **JAMA**, v. 323, n. 21, p. 2195–2198, 2 jun. 2020.
- NAVARRO, J. H. DO N. et al. The perception of the young and long-lived elderly ‘Gauchos’ (from the State of Rio Grande do Sul, Brazil) about the public spaces they live in Resumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 461–470, fev. 2015.
- NERI, A. L.; BORIM, F. S. A.; FONTES, A. P.; RABELLO, D. F.; CACHIONI, M.; BATISTONI, S. S. T.; YASSUDA, M. S.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. de; ANDRADE, F. B. de; LIMA-COSTA, M. F. Factors Associated with Perceived Quality of Life in Older Adults: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 16s–16s, 2018.
- NÓBREGA, I. R. A. P. da; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. de O.; VIEIRA, J. de C. M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 536–550, jun. 2015.

OLIVEIRA, M. C. G. M. de; SALMAZO-SILVA, H.; GOMES, L.; MORAES, C. F.; ALVES, V. P. Elderly Individuals in Multigenerational Households: Family Composition, Satisfaction with Life and Social Involvement. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 5 dez. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/estpsi/a/nj5sWpJxRxNCLCxMc3sXxFP/?msclid=7fde9feecd3e11ecb72e97d67a50409e>>. Acesso em: 6 maio. 2022.

OLIVEIRA, E. B. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 264-73, 2016. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/826>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875) Atualizado em: 04/05/20. Acessado em 05/05/2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 78** DE 07 DE ABRIL DE 2020. 12p. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b\\_2&ua=1](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2&ua=1) Acesso em: 08/04/2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus). Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 02 de abril de 2022.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 918–923, dez. 2005.

PEREIRA-ÁVILA, F. M. V.; LAM, S. C.; GOULART, M. de C. e L.; GÓES, F. G. B.; PEREIRA-CALDEIRA, N. M. V.; GIR, E. FACTORS ASSOCIATED WITH SYMPTOMS OF DEPRESSION AMONG OLDER ADULTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 23 abr. 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/tce/a/4y7pZxLbhnwk5sDnczhrMf/?lang=en>>. Acesso em: 11 maio. 2022.

PEREIRA-LLANO, P. M. et al. A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4717-24, 2016.

PORTA VOZ. Órgão Oficial do Município – Uberaba, 17 de Março de 2020. **DECRETO Nº 5350, DE 17 DE MARÇO DE 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus – COVID19, no âmbito do Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.uberaba.mg.gov.br:8080/portal/acervo/portavoz/arquivos/2020/1793%20-%2017-03-2020.pdf> Acesso em: 02 de abril de 2022.

POSSAMAI, V. D.; VARGAS, A. S. R. de; SILVA, P. C. da; MARTINS, V. F.; GONÇALVES, A. K. RELAÇÃO ENTRE APTIDÃO FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA DE IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 24, 28 out. 2019. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/97746>>. Acesso em: 11 maio. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Nota à Imprensa** Atualizada em 07 de abril de 2020 às 18h30. Disponível em: <http://www.saudeativauberaba.com.br/portal/conteudo,49164> Acesso em: 08 de abril de 2022.

ROMERO, D. E.; MUZY, J.; DAMACENA, G. N.; SOUZA, N. A. de; ALMEIDA, W. da S. de; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. de A.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de; AZEVEDO, L. O.; GRACIE, R.; PINA, M. de F. de; LIMA, M. G.; MACHADO, Í. E.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P. da. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 31 mar. 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?lang=pt>>. Acesso em: 6 maio. 2022.

SANTOS, G. L. A.; SANTANA, R. F. Capacidade funcional de idosos: implicações para atividades instrumentais de vida diária\*. **Rev Rene**, v. 18, n. 5, p. 606–615, 21 nov. 2017.

SILVA, M. P. P.; SANTOS, W. L. SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: CUIDADOS DE ENFERMAGEM | Revista JRG de Estudos Acadêmicos. 13 abr. 2022. Disponível em: <<http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/55>>. Acesso em: 6 maio. 2022.

SOUZA, Á. A. D. de; MARTINS, A. M. E. de B. L.; SILVEIRA, M. F.; COUTINHO, W. L. M.; FREITAS, D. A.; VASCONCELOS, E. L.; ARAÚJO, A. M. B.; BRITO, A. M. G.; FERREIRA, R. C. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, 15 maio 2018. Disponível em: <<https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/986>>. Acesso em: 12 maio. 2022.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 1 mar. 2010.

TAVARES, D. M. dos S.; NADER, I. D.; PAIVA, M. M. de; DIAS, F. A.; PEGORARI, M. S. Associação das variáveis socioeconômicas e clínicas com o estado de fragilidade entre idosos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1121–1129, 1 dez. 2015.

TELES, M. E. A. C. A Prevalência de Depressão nos Idosos que Participam do Projeto de Extensão “Qualidade de Vida na Terceira Idade” no CRAS Vila Nova em Gurupi-TO. **REVISTA CEREUS**, v. 11, n. 1, p. 39–50, 6 abr. 2019.

TIRAPHAT, S. et al. The Role of Age-Friendly Environments on Quality of Life among Thai Older Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 3, mar. 2017.

TUCKETT, A. G. et al. The built environment and older adults: A literature review and an applied approach to engaging older adults in built environment improvements for health. **International Journal of Older People Nursing**, v. 13, n. 1, mar. 2018.

TRISTÃO, F. R.; GIRONDI, J. B. R.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; ZAMPROGNA, K. M.; SOARES, C. F.; EVARISTO, S. M.; VIEIRA, A. de S. Práticas de cuidados do enfermeiro na atenção primária à saúde: gestão do cuidado da pele do idoso. **Cogit. Enferm. (Online)**, p. e65223–e65223, 2020.

UEHARA, C. A. et al. Posicionamento sobre COVID-19. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG. [Internet]. 2020. [acesso em 08 abr 2022]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-degeriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/>.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-48, 2012. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003)>. Acesso em: 15 ago. 2021.

VERAS, C.; HARTLE, L.; ARAUJO, V. C.; CHARCHAT-FICHMAN, H. Estudo normativo da Escala de Depressão Geriátrica em amostra de idosos do Rio de Janeiro. **Neuropsicología Latinoamericana**, v. 12, n. 3, 30 ago. 2020. Disponível em: [https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/articloe/view/561](https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/articloe/view/561)>. Acesso em: 11 maio. 2022.

VIANA, S. A. A.; SILVA, M. de L.; LIMA, P. T. de. 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, 2 set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/272>>. Acesso em: 11 maio. 2022.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; MARTINS, C. A.; ROZA, L. B.; PAULO, T. R. S. de; RIBEIRO, M. da C. L.; TRIBESS, S. Prevalence of Disability and Associated Factors in the Elderly. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 521–529, jun. 2015.

ZHANG, W. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang. São Paulo: PoloBooks; 2020

WALKER, P.G.T.; WHITTAKER, C., WATSON, O.; BAGUELIN, M., AINSLIE, K.; BHATIA, S. et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and

Suppression. **Imperial College** COVID-19 Response Team, 2020. Publicado online em 26 de março, 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active Ageing: a policy framework. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health observatory data repository. Geneva: WHO, 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Internet]. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 08 abr 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Estudo longitudinal do perfil de saúde da população idosa dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais - ELSIM.

**JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:** Analisar o perfil da população idosa residente na Macrorregião do Triângulo Sul de Minas Gerais nos Municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da comunidade idosa. O(a) Sr.(Sra.) responderá um questionário o qual irá avaliar o seu grau de compreensão, aspectos de sua situação de vida e saúde, qualidade de vida, prática de atividade física e nutrição.

**PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:** Será aplicado um questionário em forma de entrevista individual, que será realizada de forma privativa, protegendo a individualidade de cada participante, levando em consideração a estrutura disponibilizada em cada residência. Além disso, serão mensuradas medidas antropométricas de massa corporal, estatura, circunferência de braço e de panturrilha. Os instrumentos serão identificados através de números, preservando a identidade do participante, tudo isso visando à diminuição de desconfortos e riscos.

**BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:** A realização deste estudo possibilitará aos municípios um conhecimento aprofundado acerca da saúde da população. Os resultados obtidos serão repassados às respectivas Secretarias Municipais de Saúde o que possibilitará na criação de ações voltadas para a população idosa.

**BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:** Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

**Pesquisador(es):**

Nome: Profº Drº Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: 3700-6710

Endereço: Praça Manoel Terra, 330

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**

TÍTULO DO PROJETO: Estudo longitudinal do perfil de saúde da população idosa dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais - ELSIM.

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Estudo longitudinal do perfil de saúde da população idosa dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – Minas Gerais – ELSIM” e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

**Pesquisador(es):**

Nome: Profº Drº Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: 3700-6710

Endereço: Praça Manoel Terra, 330

**APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DOS MUNICÍPIOS DA GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – UBERABA/MINAS GERAIS**

Número: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

UBS/USF: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº/Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Anos de estudo: \_\_\_\_\_ (1) completos (2) incompletos

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

**Orientação Temporal:** (1 ponto por questão acertada)

- Que dia é hoje do mês? ( )
- ..... ( )
- Em que mês estamos? ( )
- ..... ( )
- Em que ano estamos? ( )
- ..... ( )
- Em que dia da semana estamos? ( )
- ..... ( )
- Qual a hora aproximada? ( )
- ..... ( )

**Orientação Espacial:** (1 ponto por questão acertada)

- Em que local nós estamos? ( )
- ..... ( )
- Que local é este aqui? ( )
- ..... ( )
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima ? ( )
- ..... ( )
- Em que cidade nós estamos? ( )
- ..... ( )
- Em que Estado nós estamos? ( )
- ..... ( )

**Memória imediata:** Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: (1 ponto por questão acertada)

Carro .....( ) Vaso ..... ( ) Tijolo ..... ( )

**Cálculo:** subtração de setes seriadamente (1 ponto por acerto)

- 100 – 7= 93 ( )
- ..... ( )
- 93 – 7= 86 ( )
- ..... ( )

86 – 7= 79 ( )  
 ..... )  
 79 – 7= 72 ( )  
 ..... )  
 72 – 7= 65 ( )  
 ..... )

**Evocação das palavras:** pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto por acerto)

**Carro** .....( ) **Vaso** ..... ( ) **Tijolo** ..... ( )

**Nomeação:** peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (1 ponto por acerto)

**Relógio** ..... ( ) **Caneta** ..... ( )

**Repetição:** Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: (1 ponto pelo acerto)

“ **nem aqui, nem ali, nem lá**” ( )  
 .....

**Comando** (1 ponto por etapa cumprida)

**Pegue este papel com a mão direita** ( )  
 ..... )  
**Dobre ao meio** ( )  
 ..... )  
**Ponha no chão** ( )  
 ..... )

**Leitura:** mostre a frase escrita e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (1 ponto pelo acerto)

“**Feche os Olhos**” ( )  
 ..... )

**Frase:** Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (1 ponto pelo acerto)  
 ..... )

**Cópia do desenho:** mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. (1 ponto pelo acerto) ( )

<b>SEÇÃO</b>	<b>Pontos de corte Mini Mental</b> Analfabetos: 13 pontos ou mais 1 a 8 anos incompletos: 18 pontos ou mais 8 anos completos ou mais: 26 pontos ou mais	<b>DL:</b>	(1) Apto para continuar as avaliações (2) Não apto para continuar as avaliações	<b>TOTAL</b>	
--------------	--	------------	--	--------------	--

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.** Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

**Você recebe dos outros o apoio que necessita?**

- (1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

**PERGUNTAS WHOQOL-BREF**

**Por favor, veja o que você acha e responda o que lhe pareça a melhor resposta.**

**1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida? Ficha A**

(1) Muito ruim      (2) Ruim      (3) Nem ruim/ Nem boa      (4) Boa      (5) Muito boa

1

**2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito    (2) Insatisfeito    (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito    (4) Satisfeito    (5) Muito Satisfeito

2

**As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

**3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

3

**4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

4

**5 - O quanto você aproveita a vida? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

5

**6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

6

**7 - O quanto você consegue se concentrar? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

7

**8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

8

**9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente

9

**As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.**

**10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

10

**11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

11

**12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

12

**13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

13

**14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

14

**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

**15 - Quão bem você é capaz de se locomover? Ficha E**

(1) Muito ruim      (2) Ruim      (3) Nem ruim/ Nem bom      (4) Bom      (5) Muito bom

15

**16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

16

**17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

17

**18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

18

**19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

19

**20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

20

**21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

21

**22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

22

**23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

23

**24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

24

**25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

25

**As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.**

**26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? Ficha G**

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito Frequentemente (5) Sempre

26

**PERGUNTAS WHOQOL-OLD**

**As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.**

**1- Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

1

**2 - Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**3 - Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**4 - Até que ponto você sente que controla o seu futuro? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**5 - O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**6 - Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**7 - O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**8 - O quanto você tem medo de morrer? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**9 - O quanto você teme sofrer dor antes de morrer? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

**As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.**

**10 - Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

**11 - Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

**12 - Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

**13 - O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

**14 - Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

**As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.**

**15 - Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

**16 - Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

**17 - Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

**18 - Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

18

**19 - Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente? Ficha F**

(1) Muito infeliz (2) Infeliz (3) Nem feliz/Nem infeliz (4) Feliz (5) Muito Feliz

19

**20 - Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)? Ficha A**

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem Ruim/ Nem Boa (4) Boa (5) Muito Boa

20

**As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.**

**21 - Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

21

**22 - Até que ponto você sente amor em sua vida? Ficha C**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

22

**23 - Até que ponto você tem oportunidades para amar? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Bastante (5) Completamente

23

**24 - Até que ponto você tem oportunidades para ser amado? Ficha D**

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Bastante (5) Completamente

24

## **SEÇÃO II – ENVELHECIMENTO E SINTOMAS DEPRESSIVOS**

### **PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO**

**Instruções:** Estas questões avaliam suas opiniões e experiências sobre o envelhecimento. Já que todos estão envelhecendo estas questões podem ser respondidas por qualquer pessoa, de qualquer idade. Não há respostas certas ou erradas – somente suas experiências e opiniões sobre o envelhecimento. Mesmo que as afirmativas sejam sobre algo que você não pensa frequentemente em relação a você mesmo, por favor, tente nos dar uma indicação de sua opinião sobre o assunto, respondendo todas as questões.

**Parte A: A visão sobre o envelhecimento.** Nós estamos interessados nas suas visões e experiências pessoais sobre o envelhecimento. Por favor, indique sua concordância em relação às afirmações que se seguem (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente), marcando com um X.

**1. Tenho consciência de que estou envelhecendo o tempo todo**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

1

**2. Estou sempre ciente consciente da minha idade**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

2

**3. Sempre me classifico como velho(a)**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

3

**4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

4

**5. Sinto minha idade em tudo que faço**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

5

**6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

6

**7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

7

**8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

8

**9. Fico deprimido(a) quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

9

**10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

10

**11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

11

**12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

12

**13. Fico deprimido(a) quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

13

**14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

14

**15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

15

**16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

16

**17. Envelhecer me torna menos dependente**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

17

**18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil pra mim**

18

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

**19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

19

**20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com problemas que surgem**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

20

**21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

21

**22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

22

**23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

23

**24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

24

**25. Fico deprimido(a) quando penso em envelhecer**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

25

**26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

26

**27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica às vezes piora as vezes melhora**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

27

**28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

28

**29. Fico bravo(a) quando penso em envelhecer**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

29

**30. Passo por fases em que me sinto velho (a)**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

30

**31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

31

**32. Passo por fases em que me vejo como velho(a)**

32

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Nem discordo nem concordo (4) Concordo (5) Concordo totalmente

**Parte B:** A lista a seguir descreve algumas mudanças relacionadas à saúde que talvez você tenha vivenciado. Pode me dizer se vivenciou essas mudanças nos últimos 10 anos e se acredita que as mudanças vivenciadas estão especificamente relacionadas com o fato de envelhecer?

**1. Problemas com o peso**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

1.1

1.2

**2. Problemas com o sono**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

2.1

2.2

**3. Problemas nas costas ou hérnia de disco**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

3.1

3.2

**4. Dor nas articulações**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

4.1

4.2

**5. Não ter mobilidade**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

5.1

5.2

**6. Perda de equilíbrio**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

6.1

6.2

**7. Perda de força**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

7.1

7.2

**8. Redução do ritmo de vida**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

8.1

8.2

**9. Câimbras**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

9.1

9.2

**10. Problema nos ossos e articulações**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

10.1

10.2

**11. Problemas Cardíacos**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

11.1

11.2

**12. Problemas de audição**

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

12.1

12.2

**13. Mudanças na visão**

13.1

13.2

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

#### 14. Problemas respiratórios

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

#### 15. Problemas nos pés

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

#### 16. Depressão

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

#### 17. Ansiedade

Você vivenciou essa mudança? (1) Sim (0) Não

Se sim: Essa mudança está relacionada SOMENTE ao fato de estar envelhecendo? (1) Sim (0) Não

### SINTOMAS DEPRESSIVOS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (0) Sim (1) Não

2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (1) Sim (0) Não

3. Sente que a vida está vazia? (1) Sim (0) Não

4. Aborrece-se com frequência? (1) Sim (0) Não

5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (0) Sim (1) Não

6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (1) Sim (0) Não

7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (0) Sim (1) Não

8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (1) Sim (0) Não

9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (1) Sim (0) Não

10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (1) Sim (0) Não

11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (0) Sim (1) Não

12. Vale a pena viver como vive agora? (0) Sim (1) Não

13. Sente-se cheio(a) de energia? (0) Sim (1) Não

14. Acha que sua situação tem solução? (0) Sim (1) Não

15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (1) Sim (0) Não

### SEÇÃO III

#### AVALIAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade: \_\_\_\_\_ (em anos completos)

2 - Sexo: (1) Masculino

(2) Feminino

**3 - Situação conjugal atual:** (1) vive com parceiro(a) (2) não vive com parceiro(a) **3**

**4 - Grau de escolaridade:** (1) Sem Escolarização (2) Fund. Completo (3) Fund. Incompleto **4**

(4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Médio Incompleto (6) Superior Completo (7) Superior Incompleto

**5 - Cor:** (1) negra (2) parda (3) branco (4) amarelo **5**

**6** - **Ocupação** **Atual:** **6**

**7 - Aposentado?** (1) não (2) sim **7**

**7.1 - Há quanto tempo:** \_\_\_\_\_ (anos completos) **7.1**

**8 - Ocupação remunerada:** (1) sim (2) não **8**

**9 - Renda Familiar:** (1) sem renda (2) Até 1 SM (3) 1 SM (4) >1 ≤ 3 SM (5) > 3 ≤ 7 (6) > 7 **9**

**10 - Religião:** (1) Católica (2) Protestante/Evangélico (3) Espírita (4) Afro-descendente **10**  
(5) outros especificar \_\_\_\_\_

**11 - Habitação:** (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) outra: \_\_\_\_\_ **11**

**12 - Número de cômodos no domicílio, exceto banheiro:** (1) até 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 **12**  
(4) igual ou maior que 7

**13 - Número de banheiros:** (1) até 2 (2) acima de 3 **13**

### PERGUNTAS SOBRE APOIO FAMILIAR

**14 - Número de pessoas que moram no domicílio:** (1) até 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 (4) acima de **14**  
7  
(5) sozinho

**15 - Tem filhos vivos:** (1) sim (2) não **15**

**15.1 - Se sim, quantos?** (1) até 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 (4) igual ou maior que 7 **15.1**

**16 - Mora com os filhos?** (1) sim (2) não **16**

**17 - Existe cooperação dos familiares quanto a recursos financeiros:** (1) sim (2) não **17**

**18 - Como considera o seu convívio com os familiares?** (1) ótimo (2) bom (3) regular (4) ruim **18**

### PERGUNTAS SOBRE HÁBITOS

**19.1 - Consome bebida alcoólica:** (1) sim (2) não **19.1**

Se sim, qual o tipo de bebida, frequência e quantidade:

Bebidas	Frequência	Quantas vezes consome	Porção Média	Quantidade	
<b>19.1.1</b> – Cerveja	(D) (S) (M)	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	350 ml	(P) (M) (G) (E)	<b>19.1.1</b>
<b>19.1.2</b> - Pinga, vodka conhaque, rum sake ou whisky	(D) (S) (M)	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	60 ml	(P) (M) (G) (E)	<b>19.1.2</b>
<b>19.1.3</b> - Vinho	(D) (S) (M)	(0)(1) (2) (3) (4) (5)	120 ml	(P) (M) (G) (E)	<b>19.1.3</b>

(6) (7) (8) (9) (10)

- 19.2 - Tabagismo:** (1) sim (2) não (3) Ex-fumante **19.2**
- 19.2.1 - Se sim, quantos cigarros/dia** \_\_\_\_\_ **19.2.1**
- 19.3 - Número de refeições/dia:** (1) até 2 (2) entre 3 e 4 (3) entre 5 e 6 (4) acima de 7 **19.3**
- 19.4 - Número de copos de água/dia:** (1) até 2 (2) entre 3 e 4 (3) entre 5 e 6 (4) acima de 7 **19.4**

**PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADES DE LAZER, RECREAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA**

**20 - Atividades de Lazer e Recreação – Algumas atividades em relação a semana e outras em relação ao mês**

- 20.1 – Leitura (Em relação a semana):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.1**
- 20.2 – TV (Em relação a semana):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.2**
- 20.3 - Rádio/Música (Em relação a semana):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.3**
- 20.4 - Dança/Baile (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.4**
- 20.5 – Jogos (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.5**
- 20.6 – Parque (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.6**
- 20.7 – Cinema (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.7**
- 20.8 – Clube (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.8**
- 20.9 – Teatro (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.9**
- 20.10 – Pesca (Em relação ao mês):** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.10**
- 20.11 – Outro (Em relação ao mês):** \_\_\_\_\_ **20.11**
- 20.11.1 -** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **19.11.1**
- 20.12 – Outro (Em relação ao mês):** \_\_\_\_\_ **20.12**
- 20.12.1 -** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **20.12.1**

**21 - Atividade Física – Referente à prática na semana**

- 21.1 - Caminhada com intuito de exercício físico acima de 30 minutos:** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **21.1**
- 21.2 - Hidroginástica:** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **21.2**
- 21.3 - Natação:** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **21.3**
- 21.4 – Musculação:** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **21.4**
- 21.5 - Outro:** \_\_\_\_\_ **21.5**
- 21.5.1 -** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **21.5.1**
- 21.6 - Outro:** \_\_\_\_\_ **21.6**
- 21.6.1 -** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4)nunca **21.6.1**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E CONSUMO MEDICAMENTOSO**

**23 - Como você avalia seu estado de saúde nos últimos 12 meses?**

(1) ótimo (2) bom (3) regular (4) ruim

23

**24 - Sofreu quedas nos últimos 12 meses:** (1) não (2) sim

24

**24.1 - Se sim, Quantas?** \_\_\_\_\_

24.1

**25 - Usa algum tipo de órtese ou prótese ortopédica ?** (1) não (2) sim

25

**25.1 - Se sim, qual:** (1) muleta (2) andador (3) bengala (4) cadeira de rodas  
(5) óculos (6) aparelho de audição (7) outros especificar \_\_\_\_\_

25.1

**26 - Usa prótese dentária:** (1) não (2) sim

26

**27 - Doença/agravo/enfermidade****27.1 - Hipertensão Arterial:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.1

**27.2 - Diabetes Mellitus:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.2

**27.3 - Câncer:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.3

**27.4 - Doenças Respiratórias:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.4

**27.5 - Doenças Reumáticas:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.5

**27.6 - Doenças Osteomusculares:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.6

**27.7 - Cardiopatias:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.7

**27.8 - Doenças Renais:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.8

**27.9 - Doença de Chagas:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.9

**27.10 - Depressão:** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.10

**27.11 - Hiperlipidemia (Triglicérides e/ou Colesterol Alto):** (1) não (2) sim (3) Não sei

27.11

Não sei

27.12

**27.12 - Outras:** (1) não (2) sim (3) Não sei**27.12.1 - Qual(is)** \_\_\_\_\_

27.12.1

**28 - Consumo Medicamentoso:****28.1 - Antihipertensivo:** (1) não (2) sim

28.1

**28.2 - Hipoglicemiante:** (1) não (2) sim

28.2

**28.3 - Insulina:** (1) não (2) sim

28.3

**28.4 - Diurético:** (1) não (2) sim

28.4

**28.5 - Analgésico:** (1) não (2) sim

28.5

**28.6 - Antidepressivo:** (1) não (2) sim

28.6

**28.7 - Outros:** (1) não (2) sim

28.7

**28.7.1 - Qual(is)** \_\_\_\_\_

28.7.1

**29 - Como obtém os medicamentos?**

(1) no serviço público de saúde (2) compra na farmácia

(3) parte no serviço público de saúde e parte compra na farmácia (4) Outros especificar \_\_\_\_\_

29

**30 - Sente efeitos/reações adversas aos medicamentos?** (1) não (2) sim

30

**30.1 - Se sim, quais?** \_\_\_\_\_

30.1

**31 - Toma todas as doses dos medicamentos prescritos?** (1) sim (2) não**31.1 - Se não, qual o motivo de não tomar as doses de medicamentos prescritos?**

(1) efeitos colaterais (2) dificuldade financeira (3) não encontrou o medicamento

31.1

31

(4) outros especificar \_\_\_\_\_

**32- Sente melhora ao tomar o medicamento?** (1) sim (2) não (3) às vezes

32

**PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE SEXUAL**

**Agora eu vou te fazer algumas perguntas sobre sua vida sexual. Sei que algumas ainda ficam constrangidas em falar sobre esse assunto, mas para o nosso levantamento é muito importante saber sobre o comportamento sexual das pessoas que tem mais de 60 anos. Espero que você sinta-se a vontade para responder e volto a lembra que manteremos sigilo do seu nome.**

**33 - Você busca informações sobre sexualidade ou sexo?** (1) não (2) sim

**33.1 – Se sim, onde busca essas informações sobre sexualidade ?**

(1) em leituras (2) na televisão (3) no cinema (4) no computador (5) em conversa com amigos

(6) em conversa com o cônjuge (7) em conversa com parentes

(8) em outras situações? Quais especificar: \_\_\_\_\_

33.1

33

**34 - Atualmente qual a frequência para a atividade sexual?**

(1) 0 (2) Semanal (3) 2 a 3 vezes na semana (4) 4 a 7 vezes na semana (5) Quinzenal (6) Mensal

34

**35 - Tem prazer na sua atividade sexual?**

(1) sempre (2) na maioria das vezes (3) raramente (4) nunca

35

**36 - Utiliza preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais?** (1) sim (2) não (3) às vezes

**36.1 - Se não, justificar:** \_\_\_\_\_

36

36.1

**37 - O(a) senhor(a) identificou alguma mudança ou alteração para realizar suas atividades sexuais, nos últimos 5 anos?**

(1) não (2) sim

**37.1 - Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

37

37.1

**SEÇÃO IV – CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE**

**Parte 1 –** Questões de conhecimento sobre sexualidade de idosos.

**1. A atividade sexual em pessoas idosas é frequentemente perigosa para sua saúde**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

1

**2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo para conseguir uma ereção do que homens mais jovens**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

2

**3. A sexualidade é geralmente uma necessidade que se faz presente durante a vida toda**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

3

**4. Há evidências de que a atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos traz benefícios físicos.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

4

**5. A atividade sexual pode trazer benefícios psicológicos para a pessoa com mais de 65 anos.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

5

**6. A maioria das mulheres com mais de 65 anos é fria sexualmente.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

6

**7. Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

7

**8. Em geral, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos, tem mais relação com respostas mais lentas do que com diminuição do interesse por sexo.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

8

**9. Mulheres e homens com mais de 65 anos não podem ser parceiros sexuais entre si, pois tanto um quanto o outro precisam de parceiros mais jovens para serem estimulados.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

9

**10. Tranquilizantes e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual em pessoas com mais de 65 anos e interferir na resposta sexual.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

10

**11. Com o aumento da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais em homens.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

11

**12. Um fator importante na manutenção da resposta sexual em homens com mais de 65 anos é a continuidade da atividade sexual ao longo de sua vida.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

12

**13. O medo de não ser capaz de realizar o ato sexual pode acarretar incapacidade no desempenho sexual em homens com mais de 65 anos.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

13

**14. É provável que o término da atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos se deva mais a fatores sociais e psicológicos do que a fatores biológicos e físicos.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

14

**15. A masturbação em excesso pode causar o aparecimento de confusão mental e de demência em pessoas com mais de 65 anos.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

15

**16. Nas mulheres, a perda de satisfação sexual é inevitável após a menopausa.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

16

**17. A impotência de causa não orgânica aumenta em homens com mais de 65 anos em comparação com homens mais jovens.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

17

**18. Em muitos casos, a impotência em homens com mais de 65 anos pode ser realmente tratada e curada efetivamente.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

18

**19. Na ausência de problemas físicos graves, mulheres e homens podem manter o interesse e atividades sexuais até depois de 80 ou 90 anos de idade.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

19

**20. A masturbação em homens e mulheres com mais de 65 anos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual.**

(1) Verdadeiro (2) Falso (3) Não sei

20

**Parte 2 -** Questões atitudinais em relação à sexualidade da pessoa idosa. PARA AS PRÓXIMAS QUESTÕES, ESCOLHA UM NÚMERO DE 1 A 5 CONFORME A PONTUAÇÃO ABAIXO: discordo totalmente = 1, discordo em parte = 2, não concordo nem discordo = 3, concordo em parte = 4, concordo totalmente = 5

**1. É vergonhoso para uma pessoa com mais de 65 anos mostrar interesse por sexo.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**2. Casas de repouso não têm obrigação de garantir privacidade para seus moradores que desejem**

**ficar a sós com seus parceiros.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**3. O interesse sexual de uma pessoa com 65 anos ou mais, inevitavelmente desaparece.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**4. Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para moradores de casa de repouso.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**5. Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para os funcionários de casas de repouso.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**6. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para homens com mais de 65 anos.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**7. Instituições, como casas de repouso, devem ter camas de casal para os casais que desejem dormir junto.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**8. Os funcionários de casas de repouso devem ser capacitados para lidar com a sexualidade de pessoas com mais de 65 anos com ou sem deficiência.**

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Concordo em parte (5) Concordo totalmente

**SEÇÃO V – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E FRAGILIDADE (Índice de Katz e Lawton; Edmonton)****FRAGILIDADE**

Coluna B \_\_\_\_ x1 = \_\_\_\_\_

Coluna C \_\_\_\_ x2 = \_\_\_\_\_

**TOTAL DE**

**PONTOS**

**INSTRUÇÕES:** Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o teste desenho do relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da Escala.

**Método de pontuação TDR da EFE**

**A. Aprovado:** Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.

**A. Reprovado com erros mínimos:** Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para a melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:

- algum número está posicionado na porção interior do círculo;
- há mais ou menos de três números em qualquer um dos quadrantes

**B. Reprovado com erros significantes:**

- Colocação de ponteiros de hora e minuto fora de curso

Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta usar um display digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros

Os números estão amontoadas em um extremo do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.

Ocorre outras distorções quanto às sequências ou mesmo uma possível distorção de integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).

**Uma reprova com erros significantes sugere déficit cognitivo**

**1. Cognição**

“Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar “onze horas e dez minutos”

- (0) Aprovado (1) Reprovado com erros mínimos (2) Reprovado com erros significantes

1

**2. Estado geral de saúde**

Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internada(o)?

- (0) 0 (1) 1-2 (2) >2

2

De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa)

- (0) Excelente, (1) Razoável (2) Ruim  
 (0) Muito boa,  
 (0) Boa.

**3. Independência funcional**

Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?

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

- Preparar refeição (cozinhar) -Fazer compras - Cuidar do dinheiro
- Transporte (locomoção de um lugar para outro) - Usar telefone -Tomar remédios
- Cuidar da casa (limpar/arrumar casa) - Lavar a roupa

3

**4. Suporte social**

Quando você precisa ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades?

- (0) Sempre (1) Algumas vezes (2) Nunca

4

**5. Uso de medicamentos**

Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e receitados? (pelo médico)

- (0) Não (1) Sim

Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?

- (0) Não (1) Sim

5

**6. Nutrição**

Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?

- (0) Não (1) Sim

6

**7. Humor**

Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência?

- (0) Não (1) Sim

7

**8. Continência**

Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?)

- (0) Não (1) Sim

8

**9. Desempenho funcional**

FAVOR OBSERVAR. Pontue este item do teste como >20 segundos se:

- O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste

9

- Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa

Teste “levante e ande” cronometrado: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser “VÁ”, por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente (Se for omitir este item, marque 2)

(0) 0-10 seg (1) 11-20 seg (2) >20 seg

### ÍNDICE DE KATZ

**Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.**

#### **1 – Banho – Banho de leito, banheira ou chuveiro.**

(1) não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)

(2) recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)

(3) recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.

1

#### **2 – Vestir-se – pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos**

(1) pega as roupas e se veste completamente, sem assistência

(2) pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos

(3) recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido

2

#### **3 – Ir ao banheiro dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações.**

(1) vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando por si pela manhã)

(2) recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite

(3) não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

#### **4 – Transferência**

(1) deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)

(2) deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio

(3) não sai da cama

4

3

#### **5 – Continência**

(1) tem controle sobre as funções de urinar e evacuar

(2) tem “acidentes” ocasionais - \*acidentes: perdas urinárias ou fecais

(3) supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente

5

#### **6 – Alimentação**

(1) alimenta-se sem assistência

(2) alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão

6

(3) recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

### **CAPACIDADE FUNCIONAL – Índice Lawton**

#### **1 – O(a) Sr(a) usa o telefone:**

(2) Sem ajuda tanto para procurar número na lista, quanto para discar.

(1) Com certa ajuda (consegue atender chamadas ou solicitar ajuda à telefonista em emergência, mas necessita de ajuda tanto para discar)

(0) Ou, é completamente incapaz de usar o telefone

#### **2 – O(a) Sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução:**

(2) Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, táxi)

(1) Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem)

(0) Ou, não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergenciais (como ambulância)

2

#### **3- O(a) Sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais:**

(2) Sem ajuda (incluindo o uso de transportes)

(1) Com alguma ajuda (necessidade de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras)

(0) ou, não pode ir fazer as compras de modo algum

3

#### **4- O(a) Sr(a) consegue a sua própria refeição:**

(2) Sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só)

(1) Com certa ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não a refeição toda)

(0) ou, não consegue preparar a sua refeição de modo algum

4

#### **5 – O(a) Sr(a) consegue fazer a limpeza e arrumação da casa:**

(2) Sem ajuda (faxina e arrumação diária)

(1) Com alguma (faz trabalhos leves, mas necessita de ajuda para trabalhos pesados)

(0) ou, não consegue fazer trabalho de casa de modo algum

5

#### **6 – O(a) Sr(a) consegue tomar os medicamentos prescritos:**

(2) Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário)

(1) Com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado para tomar os remédios)

(0) ou, não consegue tomar por si os remédios prescritos

6

#### **7- O(a) Sr(a) lida com suas próprias finanças:**

(2) Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão)

(1) Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia a dia, mas necessita de ajuda para controle e pagamento de contas maiores e/ou recebimento de aposentadorias)

(0) ou, não consegue mais lidar com suas finanças

7

### **SEÇÃO VI – INVENTÁRIO DE FATORES AMBIENTAIS**

Ser um membro ativo, produtivo da sociedade inclui participar em coisas tais como trabalhar, ir à escola, cuidar de sua casa e estar envolvido com a família e amigos em atividades sociais, recreativas e cívicas na comunidade. Muitos fatores podem auxiliar ou melhorar a participação de uma pessoa nessas atividades, enquanto outros tanto podem agir como barreiras e limitar a participação. Primeiramente, responda se você tem tido as mesmas oportunidades que outras pessoas de participar e tirar proveito de:

Educação (1) Sim (2) Não

1

Emprego (1) Sim (2) Não

2

Recreação/lazer (1) Sim (2) Não

3

Diga com que frequência cada um dos seguintes itens tem sido uma barreira para sua participação nas atividades que são importantes para você. Pense no último ano e diga se cada item na próxima lista tem sido um problema **diário, semanal, mensal, menos que mensal ou nunca**. Se o item ocorre, responda à questão quanto ao que o problema representa para sua participação nas atividades importantes para você.

- 1. Nos últimos 12 meses, com que frequência a disponibilidade de transporte tem sido um problema para você? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 1.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 1.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 2. Nos últimos 12 meses, com que frequência a estrutura física da sua casa dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 2.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 2.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 3. Nos últimos 12 meses, com que frequência a estrutura física de prédios e lugares que você frequenta na escola ou trabalho dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 3.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 3.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 4. Nos últimos 12 meses, com que frequência a estrutura física de prédios e lugares que você frequenta na sua comunidade dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 4.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 4.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 5. Nos últimos 12 meses, com que frequência o ambiente natural – temperatura, terreno, clima - dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 5.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 5.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 6. Nos últimos 12 meses, com que frequência outros aspectos do ambiente ao seu redor – iluminação, barulho, multidão – dificultou você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido um grande ou pequeno problema?** 6.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 6.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 7. Nos últimos 12 meses, com que frequência as informações que você queria ou precisava não estiveram disponíveis de maneira que você pudesse usar ou entender? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 7.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 7.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno

- 8. Nos últimos 12 meses, com que frequência a disponibilidade de educação e treinamento que você necessitou tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 8,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 8,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 9. Nos últimos 12 meses, com que frequência a disponibilidade de serviços de saúde e cuidados médicos tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 9,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 9,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 10. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de equipamentos pessoais ou dispositivos especiais adaptados tem sido um problema para você? (Ex: aparelhos auditivos, óculos, cadeiras de rodas...) Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 10,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 10,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 11. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de tecnologia de informática tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 11,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 11,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 12. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou da ajuda de alguém na sua casa e não obteve essa ajuda facilmente? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 12,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 12,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 13. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou da ajuda de outra pessoa na escola ou trabalho e não obteve essa ajuda facilmente? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 13,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 13,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 14. Nos últimos 12 meses, com que frequência você precisou da ajuda de alguém na sua comunidade e não obteve essa ajuda facilmente? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 14,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 14,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 15. Nos últimos 12 meses, com que frequência as atitudes das pessoas em relação a você têm sido um problema em casa? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 15,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 15,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 16. Nos últimos 12 meses, com que frequência as atitudes das pessoas em relação a você têm sido um problema na escola ou no trabalho? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 16,1
- (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 16,2
- (1) Problema grande (2) Problema pequeno

- 17. Nos últimos 12 meses, com que frequência as atitudes das pessoas em relação a você têm sido um problema na comunidade? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno** 17.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 17.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 18. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de suporte e encorajamento das pessoas na sua casa tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 18.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 18.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 19. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de suporte e encorajamento das pessoas na escola ou no trabalho tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 19.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno 19.2
- 20. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de suporte e encorajamento das pessoas na sua comunidade tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 20.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 20.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 21. Nos últimos 12 meses, com que frequência você vivenciou preconceito ou discriminação? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 21.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 21.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 22. Nos últimos 12 meses, com que frequência a falta de programas e serviços na comunidade tem sido um problema? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 22.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 22.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 23. Nos últimos 12 meses, com que frequência as políticas e regras de empresas e serviços causaram problemas para você? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 23.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno 23.2
- 24. Nos últimos 12 meses, com que frequência programas e políticas de educação e emprego dificultaram você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 24.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica 24.2  
 (1) Problema grande (2) Problema pequeno
- 25. Nos últimos 12 meses, com que frequência programas e políticas governamentais dificultaram você fazer o que queria ou precisava? Quando esse problema ocorre, ele tem sido grande ou pequeno?** 25.1  
 (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Mensalmente (4) Menos que mensalmente (5) Nunca (6) Não se aplica

(1) Problema grande (2) Problema pequeno

25.2

## **SEÇÃO VII – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (Mini Avaliação Nutricional)**

### **Parte 1 – Triagem**

**1 - Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**

(0) diminuição severa da ingestão (1) diminuição moderada da ingestão (2) sem diminuição da ingestão

1

**2 - Perda de peso nos últimos três meses**

(0) superior a três quilos (1) não sabe informar  
(2) entre um e três quilos (3) sem perda de peso

2

**3 - Mobilidade**

(0) restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
(1) deambula, mas não é capaz de sair de casa  
(2) normal

3

**4 - Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?**

(0) sim (2) não

4

**5 - Problemas neuropsicológicos**

(0) demência ou depressão grave (1) demência leve (2) sem problemas psicológicos

5

### **Parte 2 – Avaliação Global**

**6 - O senhor(a) vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)**

(0) não (1) sim

6

**7 - Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?**

(0) sim (1) não

7

**8 - Lesões de pele ou escaras?**

(0) sim (1) não

8

**9 - Quantas refeições faz por dia?**

(0) uma refeição (1) duas refeições (2) três refeições

9

**10 - O senhor(a) consome:**

**10.1 - Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?**

(1) sim (2) não

10.1

**10.2 - Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?**

(1) sim (2) não

10.2

**10.3 - Carne, peixe ou aves todos os dias?**

(1) sim (2) não

10.3

**11 - O senhor(a) consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?**

(0) não (1) sim

11

**12 - Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o senhor(a) consome por dia?**

(0,0) menos de três copos (0,5) três a cinco copos (1,0) mais de cinco copos

12

**13 - Modo de se alimentar**

- (0) não é capaz de se alimentar sozinho
- (1) alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
- (2) alimenta-se sozinho sem dificuldade

13

**14 - O senhor(a) acredita ter algum problema nutricional?**

- (0) acredita estar desnutrido
- (1) não sabe dizer
- (2) acredita não ter problema nutricional

14

**15 - Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o senhor(a) considera a sua própria saúde?**

- (0,0) não muito boa
- (0,5) não sabe informar
- (1,0) boa
- (2,0) melhor

15

**SEÇÃO VIII – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO (IPAQ) AUTOEFICÁCIA**

**1. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA**  
min/sem

(seção 1 + seção 2 + seção 3 + seção 4)

As perguntas que irei fazer estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr(a) gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual (atividades físicas que o(a) Sr(a) faz todas as semanas regularmente)

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater mais forte.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal e/ou que fazem o seu coração bater um pouco mais forte.
- Atividades físicas **LEVES** são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo que a respiração seja normal e/ou que fazem o seu coração bater normal.

**Seção 1 – Atividade física no trabalho**

Pontuação seção 1 (1.1.2 + 1.1.3 + 1.1.4)

min/s

Nesta seção constam as atividades que o(a) Sr(a) faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade (trabalho intelectual) e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa, **NÃO** inclui as tarefas que o(a) Sr(a) faz na sua casa, como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

**1.1 Atualmente o(a) sr(a) trabalha ou faz trabalho voluntário?**

- (0) Sim
- (1) Não – caso responda não **Vá para a seção 2: Transporte**

As próximas questões estão relacionadas a toda a atividade física que o(a) Sr(a) faz em uma semana **usual** ou **normal** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado, **Não** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que o(a) Sr(a) faz por, **pelo menos, 10 min contínuos**.

**1.1.2 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) gasta fazendo atividades vigorosas, por pelo menos 10 min contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas como parte do seu trabalho:**

minutos

- (0) Nenhum - Vá para questão 1.1.3

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

**1.1.3 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) faz atividades moderadas, por, pelo menos, 10 min contínuos, como carregar pesos leves, limpar livros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupa com a mão como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário?**

minutos

(0) Nenhum - Vá para questão 1.1.4

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

**1.1.4 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) anda/caminha durante pelo menos, 10 min contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor NÃO incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o(a) sr(a) é voluntário.**

minutos

(0) Nenhum – Vá para Seção 2

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

**Seção 2 – Atividade física com meio de Transporte**

Pontuação seção 2 (1.2.2 + 1.2.3)

min/se

Estas questões se referem à forma normal como o(a) Sr(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar.

**1.2.1 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) anda de carro, ônibus ou moto?**

minutos

(0) Nenhum – Vá para questão 1.2.2

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

**1.2.2 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) anda de bicicleta por, pelo menos, 10 min contínuos, para ir de um lugar para outro? NÃO incluir o pedalar por lazer ou exercício**

minutos

(0) Nenhum – Vá para questão 1.2.3

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

**1.2.3 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) caminha por, pelo menos, 10 min contínuos, para ir de um lugar ao outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, médico, banco, visita um parente ou vizinho? NÃO incluir as caminhadas por lazer ou exercícios**

minutos

(0) Nenhum – Vá para Seção 3

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

**Seção 3 – Atividade física em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família**

Pontuação seção 3 (1.3.1 + 1.3.2 + 1.3.3)

min/se

Esta parte inclui as atividades físicas que o(a) Sr(a) faz em uma semana **Normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que o(a) Sr(a) faz **por, pelo menos, 10 min contínuos**.

1.3.1 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) faz atividades físicas **vigorosas** no jardim ou quintal, por, **pelo menos 10 min contínuos**, como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar a lenha, pintar a casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

(0) Nenhum – Vá para questão 1.3.2

minutos

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1.3.2 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) faz atividades **moderadas** no jardim ou quintal, por, **pelo menos 10 min contínuos**, como: carregar pesos leves, limpar vidros, varres, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral:

(0) Nenhum – Vá para questão 1.3.3

minutos

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1.3.3 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) faz atividades **moderadas** dentro de casa por, **pelo menos 10 min contínuos**, como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão

(0) Nenhum – Vá para Seção 4

minutos

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

**Seção 4 – Atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer**

Pontuação seção 4 (1.4.1 + 1.4.2 + 1.4.3)

min/s

Esta seção se refere às atividades físicas que o(a) Sr(a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o(a) Sr(a) faz **por, pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** incluir atividades que o(a) Sr(a) já tenha citado,

1.4.1 Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr(a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quanto, em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) caminha por **pelo menos 10 min contínuos** no seu tempo livre?

(0) Nenhum – Vá para questão 1.4.2

minutos

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1.4.2 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) faz atividades físicas **vigorosas** no seu tempo livre por **pelo menos 10 min contínuos**, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim, esportes em geral:

(0) Nenhum – Vá para questão 1.4.3

minutos

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1.4.3 Em quantos dias de uma semana normal o(a) sr(a) faz atividades físicas **moderadas** no seu tempo livre por **pelo menos 10 min contínuos**, como nadar ou

pedalar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginástica para terceira idade, dança e peteca:

(0) Nenhum – Vá para Seção 5

minutos

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

### Seção 5 – Tempo sentado

Estas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste a televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. **Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.**

1.5.1 - Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de semana normal?**

minutos

Dia de Semana (Um dia)	Tempo horas/min		
	Manhã	Tarde	Noite

OBS: A pergunta é realizada em horas porém a resposta deverá ser inserida em minutos

1.5.2 - Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de final de semana normal?**

minutos

Final de Semana (sábado ou domingo)	Tempo horas/min		
	Manhã	Tarde	Noite

OBS: A pergunta é realizada em horas porém a resposta deverá ser inserida em minutos

### AUTOEFICÁCIA PARA ATIVIDADE FÍSICA DO IDOSO

Para responder as questões abaixo considere:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

1. O(a) Sr(a) se sente confiante em realizar caminhada, no seu tempo de lazer, mesmo quando

1.1 quando o(a) Sr(a) está cansado?

(0) Não (1) Sim

1.1

1.2 quando o(a) Sr(a) está de mau humor?

1.2

(0) Não            (1) Sim

**1.3 quando o(a) Sr(a) está em seu tempo?**

(0) Não            (1) Sim

1.3

**1.4 quando o(a) Sr(a) está sem tempo?**

(0) Não            (1) Sim

1.4

**2. O(a) Sr(a) se sente confiante em realizar atividades físicas de intensidade moderada e vigorosas, no seu tempo de lazer, mesmo quando**

**2.1 quando o(a) Sr(a) está cansado?**

(0) Não            (1) Sim

2.1

**2.2 quando o(a) Sr(a) está de mau humor?**

(0) Não            (1) Sim

2.2

**2.3 quando o(a) Sr(a) está em seu tempo?**

(0) Não            (1) Sim

2.3

**2.4 quando o(a) Sr(a) está sem tempo?**

(0) Não            (1) Sim

2.4

#### **Avaliação Antropométrica**

Peso (Kg): \_\_\_\_\_

Altura (m): \_\_\_\_\_

Circunferência da cintura (cm): \_\_\_\_\_

Circunferência da panturrilha (cm): \_\_\_\_\_

Circunferência do braço (cm): \_\_\_\_\_

**Nesta seção os instrumentos deverão ser aplicados se:**

1. O idoso declarar ter diabetes (auto eficácia para diabetes);
2. Se o idoso declarar que é fumante ativo (dependência de nicotina).

**AUTO EFICÁCIA PARA DIABETES**

- |  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Eu acho que sou capaz de verificar meu açúcar no sangue, se necessário</b>   | <b>1</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>2. Eu acho que sou capaz de corrigir meu açúcar no sangue, quando o valor estiver muito alto</b>  | <b>2</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>3. Eu acho que sou capaz de corrigir meu açúcar no sangue, quando o valor estiver muito baixo</b>   | <b>3</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>4. Eu acho que sou capaz de escolher os alimentos certos para o controle do diabetes</b>  | <b>4</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>5. Eu acho que sou capaz de escolher alimentos diferentes, sem sair da dieta recomendada para o controle do diabetes</b>                      | <b>5</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>6. Eu acho que sou capaz de manter o meu peso sob controle</b>  | <b>6</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>7. Eu acho que sou capaz de examinar meus pés para ver se tenho problemas na pele</b>   | <b>7</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>8. Eu acho que sou capaz de fazer exercícios físicos suficientes para o controle do diabetes, por exemplo, caminhar ou andar de bicicleta</b> | <b>8</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>9. Eu acho que sou capaz de ajustar a minha dieta quando estou doente, como, por exemplo, gripe, resfriado ou infecção</b>                    | <b>9</b>  |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>10. Eu acho que sou capaz de seguir a minha dieta a maior parte do tempo</b>  | <b>10</b> |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>11. Eu acho que sou capaz de fazer exercícios físicos extras, quando o médico recomendar</b>  | <b>11</b> |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>12. Eu acho que sou capaz de ajustar a minha dieta, quando faço exercícios físicos extras</b>   | <b>12</b> |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>13. Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou fora de casa</b>  | <b>13</b> |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>14. Eu acho que sou capaz de ajustar minha dieta, quando estou fora de casa</b>   | <b>14</b> |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |
| <b>15. Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou de férias</b>   | <b>15</b> |
| (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não   |           |

- 16. Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou numa comemoração/festa** 16
- (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não
- 17. Eu acho que sou capaz de ajustar minha dieta, quando estou estressado ou tenso** 17
- (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não
- 18. Eu acho que sou capaz de ir ao médico regularmente para acompanhar o meu diabetes** 18
- (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não
- 19. Eu acho que sou capaz de tomar meus medicamentos, de acordo com a receita médica** 19
- (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não
- 20. Eu acho que sou capaz de ajustar meus medicamentos, quando estou doente, como, por exemplo, gripe, resfriado ou infecção** 20
- (5) Com certeza (4) Provavelmente (3) Talvez (2) Provavelmente não (1) Com certeza não

### DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

- 1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?** 1
- (0) mais de 60 min (1) entre 31 e 60 min (2) entre 6 e 30 min (3) menos de 6 min
- 2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?** 2
- (0) Não (1) Sim
- 3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?** 3
- (0) Não (1) Sim
- 4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?** 4
- (0) Não (1) Sim
- 5- Você fuma mesmo quando doente, ou quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?** 5
- (0) Não (1) Sim
- 6- Quantos cigarros você fuma por dia?** 6
- (0) menos de 11 (1) de 11 a 20 (2) de 21 a 30 (3) mais de 30