


## Adultos mayores que viven solos: conocimiento y medidas preventivas ante el nuevo coronavirus\*

Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>

Nayara Gomes Nunes Oliveira<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4170-8761>

Gianna Fiori Marchiori<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6363-0059>

Mariana Silva Freitas Guimarães<sup>3,4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1267-5112>

Lenniara Pereira Mendes Santana<sup>3,4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1576-2342>

Objetivo: describir la incidencia de COVID-19 y el local de atención entre los adultos mayores que viven solos; identificar el conocimiento de los adultos mayores sobre la transmisión, señales y síntomas y medidas preventivas de COVID-19 y comprobar los factores asociados al menor conocimiento de las medidas preventivas según variables sociodemográficas y clínicas. Método: encuesta telefónica y transversal, desarrollada con 123 adultos mayores que viven solos en la Macroregión Sanitaria del Triângulo Sul en el estado de Minas Gerais. Fueron aplicados análisis: descriptivo, bivariado y regresión lineal múltiple ( $p < 0,05$ ). Resultados: la mayoría de los adultos mayores no presentaron señales y síntomas de COVID-19 (97,5%), conocía su forma de transmisión (86,6%) y los señales y síntomas (90,8%). Los adultos mayores conocían en promedio cuatro medidas preventivas de COVID-19. Tras el inicio del distanciamiento social, el 85,7% salió del hogar y practicó en promedio tres medidas de prevención, siendo más frecuente el uso de mascarillas (99,0%). El menor conocimiento sobre las medidas preventivas de COVID-19 se asoció con el sexo masculino ( $p = 0,001$ ), el rango de edad de 80 años o más ( $p = 0,045$ ) y menor escolaridad ( $p = 0,010$ ). Conclusión: los adultos mayores tenían conocimiento sobre la COVID-19, pero no aplicaban todas las medidas preventivas. Además, los adultos mayores que viven solos, mayores y con baja escolaridad son más vulnerables a la COVID-19.

Descriptorios: Anciano; Salud del Anciano; Envejecimiento; Síndrome Respiratorio Agudo Grave; Infecciones por Coronavirus; Enfermería Geriátrica.

\* Este artículo hace referencia a la convocatoria "COVID-19 en el Contexto Mundial de la Salud".

<sup>1</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Uberaba, MG, Brasil.





<sup>2</sup> Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>4</sup> Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

### Cómo citar este artículo

Tavares DMS, Oliveira NGN, Marchiori GF, Guimarães MSF, Santana LPM. Elderly individuals living by themselves: knowledge and measures to prevent the novel coronavirus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3383.

[Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4675.3383>.

mes día año

URL

## Introducción

La COVID-19, del término en inglés "coronavirus disease 2019", es una enfermedad respiratoria aguda causada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)<sup>(1)</sup>, que se declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional y se caracterizó como pandemia el 11 de marzo de 2020<sup>(2)</sup>.

El manejo clínico, y también el tratamiento adecuado de la COVID-19, todavía no son totalmente conocidos<sup>(1)</sup>. Sin embargo, se sabe que el virus tiene alto trasmisibilidad, y que la principal forma de diseminación es de persona a persona<sup>(3)</sup>. La transmisión se produce mediante gotitas respiratorias eliminadas de la nariz o la boca, que se propagan cuando una persona infectada tose o estornuda<sup>(1)</sup>. La presencia del virus en objetos o superficies es otra forma de contaminación. Así, al tocar estos locales y llevarse las manos a los ojos, nariz o boca, las personas corren el riesgo de contaminarse<sup>(1)</sup>.

La situación clínica de la COVID-19, en la mayoría de los casos, ha sido relatada como similar a otras infecciones respiratorias, tales como: fiebre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ); coriza; tos generalmente seca y cansancio<sup>(2)</sup>. Sin embargo, se estima que el 5% de los infectados desarrollan la forma más grave de la enfermedad, con síntomas de disnea y/o señales de hemorragia pulmonar, linfopenia grave e insuficiencia renal<sup>(4)</sup>.

Ante la gravedad de la situación mundial y buscando reducir la transmisión de la COVID-19 y aplanar la curva epidemiológica de esa pandemia, fueron establecidas medidas preventivas, tales como la higienización de las manos; educación respiratoria; limpieza de superficies y objetos y el distanciamiento social<sup>(2)</sup>. En la curva epidemiológica de COVID-19 se pueden identificar altas tasas de mortalidad en Brasil, Italia, España y Estados Unidos de América, superando a China como consecuencia del retraso en la adopción de estas medidas<sup>(2)</sup>.

Debido a las alteraciones fisiológicas del proceso de envejecimiento humano, que afectan al sistema inmunológico, y al mayor número de complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas, la población anciana ha sido la de mayor vulnerabilidad a las formas más graves de la COVID-19 y a la evolución al fallecimiento<sup>(5-6)</sup>. Además, las características sociodemográficas y económicas, como la edad avanzada; baja escolaridad e ingresos y la organización domiciliaria unipersonal también favorecen la mayor susceptibilidad de los adultos mayores a COVID-19. Tales características pueden interferir en el acceso a las informaciones y, consecuentemente, en el conocimiento y en la práctica de medidas preventivas contra la transmisión de la infección por el nuevo coronavirus<sup>(7-10)</sup>.

Además, aumentó a lo largo de los años el número de adultos mayores con organización domiciliaria unipersonal<sup>(11)</sup>. En Brasil, el 15,7% de las personas de 60 años o más viven solas<sup>(12)</sup>, con mayor porcentaje en las regiones Sur (15,9%) y Sudeste (15,7%)<sup>(11)</sup>. Los hogares unipersonales pueden representar una conquista del envejecimiento humano en la medida en que ese grupo de edad vive en pasar de la edad con mayor privacidad e independencia<sup>(11)</sup>. Mientras tanto, los adultos mayores que viven solos pueden ser considerados más vulnerables y carentes de apoyo social ante las dificultades de salud<sup>(11,13)</sup>. Además, el acceso a la información depende del contexto en el que se encuentra el adulto mayor<sup>(7-8)</sup> y el conocimiento de las medidas preventivas de COVID-19 es uno de los factores clave para evitar el contagio y la transmisión de infecciones por el nuevo coronavirus<sup>(1)</sup>.

En este contexto, se supone que la identificación de los factores relacionados a menor conocimiento sobre las medidas preventivas de COVID-19 entre los adultos mayores puede subsidiar la actuación de los profesionales de la salud, especialmente del enfermero, ante la pandemia del nuevo coronavirus. Sin embargo, a pesar de la importancia del tema, se destaca la escasez de estudios científicos que han analizado el conocimiento y la práctica de las medidas preventivas de COVID-19 entre los adultos mayores que viven solos. Las investigaciones dirigidas a la población anciano han evaluado el impacto del brote de COVID-19 en asilos de estancia prolongada<sup>(14-15)</sup>; el conocimiento y el comportamiento de adultos y adultos mayores comunitarios ante la COVID-19<sup>(7-8)</sup>; el comportamiento y las creencias en la llegada de la pandemia de COVID-19 en la población de un estado brasileño<sup>(16)</sup>; las consecuencias del aislamiento social en la vida de los adultos mayores<sup>(13,17)</sup>; y las características clínicas y factores pronósticos de los pacientes de 60 años o más con COVID-19<sup>(5-6)</sup>.

En este contexto, la finalidad fue describir la incidencia de COVID-19 y el local de atención entre los adultos mayores que viven solos; identificar el conocimiento de los adultos mayores sobre la transmisión, señales y síntomas y medidas preventivas de COVID-19 y comprobar los factores asociados al menor conocimiento de las medidas preventivas según variables sociodemográficas y clínicas.

## Método

Estudio cuantitativo, del tipo encuesta telefónica, transversal y analítica, desarrollado en mayo de 2020 en la Macroregión Sanitaria del *Triângulo Sul* del estado de Minas Gerais, que se divide en tres microregiones: Araxá y Uberaba, cada una con ocho municipios, y Frutal/Iturama, con once municipios (Tabla 1).

La población se formó por los adultos mayores que vivían solos y fueron entrevistados en la investigación *Dependencia para las actividades de la vida diaria, fragilidad y uso de servicios de salud entre adultos mayores del Triângulo Mineiro*, que utilizó el muestreo por conglomerados en estadios múltiples y entrevistó a 1.635 adultos mayores comunitarios de la Macroregión Sanitaria del *Triângulo Sul* del estado de Minas Gerais.

Se incluyeron adultos mayores de 60 años o más; que vivían en la región urbana de la Macroregión Sanitaria del *Triângulo Sul* del estado de Minas Gerais, vivían solos y poseían teléfono. Se excluyeron aquellos que, en el momento de la entrevista, ya no vivían solos (n=12) y con baja audición (n=2). En el banco de datos, 279 cumplieron con los criterios establecidos, formando la muestra inicial. Las pérdidas fueron registradas entre aquellos que no se encontraron tras tres intentos (n=134) y rechazos (n=8). Así, la muestra final de este estudio incluyó 123 adultos mayores (Tabla 1).

Tabla 1 - Número de adultos mayores que viven solos con teléfono y entrevistados, según Microregiones de Salud del *Triângulo Sul*, MG, Brasil, 2020

Microregiones de Salud del <i>Triângulo Sul</i>	Adultos mayores con teléfono	Adultos mayores entrevistados
Araxá	58	33
Frutal/Iturama	55	29
Uberaba	166	61
Total	279	123

Los datos sociodemográficos y las morbilidades se recolectaron aplicando el cuestionario estructurado elaborado por el Grupo de Investigación en Salud Colectiva.

Las investigadoras elaboraron el instrumento para recolectar los datos sobre el conocimiento de la COVID-19 con base en las informaciones y recomendaciones del Ministerio de Salud<sup>(1)</sup>, siendo formado por preguntas relacionadas a la incidencia de COVID-19, el local de atención y las formas de transmisión, señales y síntomas y medidas preventivas de la enfermedad. Para probar, evaluar, revisar y mejorar el instrumento de investigación, se aplicó un estudio piloto, por teléfono, con 10 adultos mayores que vivían solos y tenían contacto con las investigadoras.

Las principales medidas de prevención de la COVID-19 consideradas fueron: uso de mascarillas; higienización de las manos con agua y jabón y/o alcohol en gel; proteger la nariz y la boca con un pañuelo o con el brazo al toser y/o estornudar; no poner las manos en contacto con los ojos, la boca y la nariz; salir del hogar sólo cuando necesario; mantener una distancia mínima de 2 metros de las personas; no abrazar, besar, y dar las manos a otras personas; no

recibir visitas; al volver a casa, quitarse los zapatos, y, cuando sea posible, limpiarlos; quitarse las ropas y ponerlas en una bolsa de plástico o lavarlas y dejar la bolsa, la cartera y las llaves en una caja en la entrada; mantener el hogar limpio y ventilado; limpiar los objetos con agua y jabón o con alcohol al 70%; lavar los alimentos y limpiar los productos a la hora de la compra; dormir bien y llevar una alimentación saludable, y no compartir objetos de uso personal, tales como cubiertas, paños, platos y vasos<sup>(1)</sup>.

Las variables estudiadas fueron: sexo (femenino; masculino); rango de edad, en años completos (60-70; 70-80; 80 o más); estado conyugal, (soltero (a), viudo (a), separado (a)/desquitado (a)/divorciado (a)); educación, en años completos de estudios (ninguna; 1-5; 5 o más); ingresos individuales mensuales, en salarios mínimos (sin ingresos;  $\leq 1$  y  $> 1$ ); número de morbilidades (0; 1-5; 5); presencia de señales y síntomas de COVID-19 (sí, no); local de atención (Unidad Primaria de Salud, Unidad de Pronto Atención, consulta médica privada, hospital de referencia; otros); conocimiento sobre la COVID-19 (sí, no), la forma de transmisión (sí, no), y los señales y síntomas (sí, no); fuentes de información (televisión, radio, familiares, amigos e internet), y salida del hogar durante la cuarentena (sí, no); práctica de las medidas de prevención para COVID-19, al salir del hogar (sí, no), y promedios de las medidas de prevención para COVID-19 conocidas y llevadas a cabo por el adulto mayor.

La recopilación de datos, llevada a cabo en mayo de 2020 mediante llamadas telefónicas a los adultos mayores que vivían solos, fue desarrollada por entrevistadores con experiencia previa, que pasaron por el entrenamiento, la capacitación y discusión sobre cuestiones éticas de investigación.

Las entrevistas se registraron en una base de datos electrónica, en el programa *Excel*<sup>®</sup>, y según la finalización se enviaron a los supervisores para revisión. Cuando necesario, el archivo se enviaba otra vez al entrevistador para completar la información. Tras esta etapa, las bases de datos de las entrevistadoras fueron consolidadas e una única base, importada al programa *Statistical Package for Social Sciences* versión 22.0 para análisis.

A los datos fue aplicado el análisis de frecuencias absoluta y relativa para variables categóricas; y media y desviación estándar para las cuantitativas. Para verificar los factores asociados al menor conocimiento sobre las medidas preventivas de COVID-19, se aplicó el análisis bivariado preliminar mediante la prueba t de Student. Las variables de interés que cumplieron con el criterio establecido ( $p \leq 0,10$ ) fueron introducidas en el modelo de regresión lineal múltiple ( $p < 0,05$ ). El resultado fue el promedio de las medidas preventivas de la COVID-19

conocidas por los adultos mayores y las variables predictoras: sexo, rango de edad; ingresos individuales mensuales; escolaridad y número de morbilidades. Para los análisis, bivariada y regresión lineal múltiple, se dicotomizaron las variables: rango de edad (60 | 80 años; 80 años o más); ingresos individuales mensuales en salarios mínimos ( $>1$ ;  $\leq 1$ ) y número de morbilidades (0 | 5; 5 o más). La variable escolaridad se utilizó en la forma cuantitativa (años completos de estudio).

El 13 de mayo del 2020, el proyecto recibió aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, protocolo n° 4.026.689. Tras el consentimiento de los adultos mayores, la entrevista se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Resolución 510/16 del Ministerio de Salud<sup>(18)</sup>. Al término de las entrevistas, los entrevistadores informaron a los adultos mayores sobre las medidas preventivas de COVID-19.

## Resultados

La mayoría de los adultos mayores eran mujeres (69,9%), con 70 | 80 años de edad (45,5%), viudo (67,5%), 1 | 5 años de estudio (54,5%), ingresos individuales mensuales  $>1$  salario mínimo (56,3%) y 1 | 5 morbilidades (69,9%).

La mayoría no demostró señales y síntomas de COVID-19 (97,5%) y, entre aquellos que presentaron ( $n=2$ ), todos informaron tos seca, coriza y cansancio (50,0%); buscaron una consulta privada en los servicios de salud (50,0%) y fueron examinados para COVID-19 (50,0%), con resultado negativo.

Se constató que el 96,3% de los adultos mayores conocían la COVID-19, siendo la fuente de información más frecuente la televisión (96,6%), seguida de la radio (28,6%), familiares (25,2%), amigos (15,1%) e internet (10,9%).

La mayoría de los adultos mayores conocían la forma de transmisión de COVID-19 (86,6%) y sus señales y síntomas (90,8%). La forma de transmisión más informada fue la de darse la manos (79,6%), seguida de estornudo (72,8%), objetos y superficies contaminados (70,9%) y gotitas de saliva (33,0%). Respecto a los señales y síntomas, los más mencionados fueron fiebre (73,1%); dificultad para respirar (59,2%); dolor de garganta, cuerpo y cabeza (52,8%); tos seca (26,8%); cansancio (13,9%); coriza (12,0%); disminución del gusto y olor (10,2%) y diarrea (4,6%).

El 98,3% de los adultos mayores conocieron las medidas preventivas de la COVID-19, principalmente el uso de mascarillas, higienización de las manos con agua y jabón y uso del alcohol en gel (Tabla 2). De las 17 medidas evaluadas, los adultos mayores refirieron en promedio 3,98 ( $\pm 1,76$ ) medidas preventivas.

Tabla 2 - Distribución de frecuencia de las medidas preventivas de COVID-19 practicadas por los adultos mayores que viven solos al salir del hogar, de la Macroregión Sanitaria *del Triângulo Sul*, MG, Brasil, 2020

Medidas preventivas sobre la COVID-19*	n=117	%
Uso de mascarillas	102	87,2
Higienización de las manos con agua y jabón	100	85,5
Uso del alcohol en gel	84	71,8
No salir del hogar	81	69,2
Mantener distancia mínima de 2 metros de las personas	37	31,6
No abrazar, besar y dar las manos a otras personas	19	16,2
No recibir visitas	19	16,2
Al volver a casa quitarse los zapatos, y cuando sea posible limpiarlos	8	6,83
No poner las manos en contacto con ojos, boca y nariz	8	6,83
Al volver a casa quitarse las ropas y ponerlas en una bolsa de plástico o lavarlas	7	6,0
Mantener el hogar limpio y ventilado	6	5,1
Limpiar objetos con agua y jabón o alcohol 70%	5	4,3
Proteger la nariz y la boca con un pañuelo o un brazo al toser y/o estornudar	4	3,4
Lavar los alimentos y limpiar los productos cuando compre	4	3,4
Dormir bien y mantener alimentación saludable	2	1,7
No compartir objetos personales, tales como cubiertos, toallas, platos y vasos	1	0,8
Al volver a casa dejar bolsa, cartera y llaves en una caja en la entrada	0	0,0

\*Corona Virus Disease de 2019

Tras el inicio del distanciamiento social, el 85,7% de los adultos mayores salieron del hogar, que siguieron en promedio 2,58 ( $\pm 1,91$ ) medidas preventivas de la COVID-19. Entre estos, el 98,0% practicó las medidas de prevención, con predominio del uso de mascarilla y la higienización de las manos con agua y jabón (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de frecuencia de las medidas preventivas de COVID-19 practicadas por los adultos mayores que viven solos al salir del hogar, de la Macroregión Sanitaria *del Triângulo Sul*, MG, Brasil, 2020

Medidas preventivas sobre la COVID-19*	n=100	%
Uso de mascarillas	99	99,0
Higienización de las manos con agua y jabón	72	72,0
Evitar lugares con aglomeración de personas	40	40,0
Mantener distancia mínima de 2 metros de las personas	37	37,0
Al volver a casa quitarse los zapatos, y cuando sea posible limpiarlos	18	18,0
Al volver a casa quitarse las ropas y ponerlas en una bolsa de plástico o lavarlas	19	19,0
Evitar transporte lleno	15	15,0
No abrazar, besar y dar las manos a otras personas	10	10,0
Limpiar objetos con agua y jabón o alcohol 70%	3	3,0
Al volver a casa dejar bolsa, cartera y llaves en una caja en la entrada	0	0,0

\*Corona Virus Disease de 2019

En el análisis bivariado, las variables: sexo; rango de edad; escolaridad; ingresos individuales mensuales y número de morbilidades cumplieron el criterio establecido ( $p \leq 0,10$ ) y se incluyeron en el modelo final de regresión lineal múltiple (Tabla 4).

Tabla 4 - Análisis bivariado del conocimiento sobre las medidas preventivas de COVID-19, según variables sociodemográficas y el número de morbilidades de adultos mayores que viven solos en la Macroregión Sanitaria del *Triângulo Sul*, MG, Brasil, 2020

Variables	Media	Desviación estándar	p*
<b>Sexo</b>			
Masculino	3,24	1,49	0,001
Femenino	4,29	1,78	
<b>Rango de edad</b>			
80 o más	3,31	1,71	0,004
60  80	4,29	1,71	
<b>Ingresos individuales mensuales</b>			
≤ 1	3,74	1,50	0,087
>1	4,26	1,90	
<b>Morbilidades</b>			
0  5	3,62	1,70	0,089
5 o más	4,12	1,78	

\* $p \leq 0,10$

El sexo masculino, el rango de edad de 80 años o más y la menor escolaridad estuvieron asociados al grado menor de conocimiento sobre las medidas preventivas de la COVID-19 (Tabla 5).

Tabla 5 - Modelo final de regresión lineal múltiple del conocimiento sobre las medidas preventivas de COVID-19 de los adultos mayores que viven solos en la Macroregión Sanitaria del *Triângulo Sul*, MG, Brasil, 2020

Variabes	$\beta$	p*
<b>Sexo</b>		
Femenino	1	
Masculino	0,283	<b>0,001</b>
<b>Rango de edad</b>		
60  80	1	
80 o más	0,206	<b>0,045</b>
<b>Ingresos individuales mensuales</b>		
> 1	1	
≤ 1	0,105	0,231
<b>Escolaridad (años completos de estudio)</b>	0,224	<b>0,010</b>
<b>Morbilidades</b>		
5 o más	1	
0  5	0,100	0,242

\* $p < 0,05$ ; 1 - categoría de referencia

## Discusión

El mayor porcentaje de mujeres corrobora los hallazgos de encuestas brasileñas<sup>(11)</sup>. Asimismo, en una investigación llevada a cabo en un municipio del estado de Minas Gerais, se identificó que la mayoría de los adultos mayores, del grupo que vivía solo, era del sexo femenino<sup>(19)</sup>. La mayor expectativa de vida de las mujeres con relación a los hombres, que en Brasil corresponde a 80,25 años, puede explicar el predominio del sexo femenino entre los adultos mayores<sup>(20)</sup>.

El mayor porcentaje de adultos mayores viudos en esta investigación puede relacionarse al predominio del sexo femenino y la expectativa de vida, sin embargo, se debe considerar que su posibilidad de vivir solo es mayor que la de volver a casarse o de ser cabeza de familia<sup>(21)</sup>.

Respecto al rango de edad, se encontraron datos acordes en una investigación brasileña, en que mayor proporción de adultos mayores con edad de 75 años o superior vivía sola cuando comparada a los más jóvenes ( $p < 0,001$ )<sup>(11)</sup>. En otro sentido, un estudio regional encontró que la mayoría de los adultos mayores que vivían solos tenía entre 60 y 69 años de edad<sup>(19)</sup>. Adultos mayores y que viven en moradas unipersonales pueden mostrar bloqueos en la utilización de los servicios de salud y dificultades en la práctica de las tareas cotidianas, que pueden agravarse debido a la ausencia de un familiar<sup>(19)</sup>.

Así como fue identificado en esta investigación, un estudio concluyó que la mayoría de los adultos mayores que vivían solos tenían entre uno y cuatro años de estudio<sup>(19)</sup>. Se verificaron datos divergentes en una investigación brasileña, en la que mayor porcentaje de adultos mayores en residencia unipersonal (16,9%) tenía entre ocho y diez años de estudio<sup>(11)</sup>. El nivel bajo de escolaridad influye negativamente en el comportamiento de cuidados de salud<sup>(9)</sup>, debido a las dificultades de acceso y asimilación de informaciones<sup>(10)</sup>.

Respecto a los ingresos individuales mensuales, mayor porcentaje de adultos mayores que vivían solos recibía entre uno y tres salarios mínimos en un municipio del interior del estado de Minas Gerais<sup>(19)</sup>, que va asociado con esta investigación.

En tiempos de pandemia de COVID-19, el enfermero debe fijarse en las características sociodemográficas de los adultos mayores que viven solos, teniendo en cuenta que la edad avanzada y la baja escolaridad e ingresos pueden dificultar el conocimiento y la adhesión a las medidas preventivas de la enfermedad, el acceso a los servicios sanitarios y la distancia social.

Se observó resultado similar en una investigación brasileña, en que el 52.4% de los adultos mayores que

vivían solos presentaba dos o más morbilidades<sup>(11)</sup>. Ese aspecto tiene relevancia en la evaluación de los adultos mayores, ya que se describe en la literatura científica que personas con enfermedades crónicas son más vulnerables a los casos graves de COVID-19<sup>(5)</sup>. Las funciones inmunológicas pueden mostrarse reducidas ante las comorbilidades y el proceso de envejecimiento humano, lo que puede favorecer la mayor gravedad de la COVID-19<sup>(5-6)</sup>.

Investigaciones internacionales identificaron como los principales señales y síntomas entre individuos con diagnóstico de COVID-19 la ocurrencia de fiebre; tos; fatiga/cansancio y dolor en el cuerpo<sup>(5,22-23)</sup>, así como los adultos mayores en este estudio. Se destaca que la minoría de los adultos mayores informaron la presencia de señales y síntomas, lo que puede ser comprendido ante el panorama de la COVID-19 en el estado de Minas Gerais, que ha demostrado menores porcentajes de casos confirmados, sospechosos y muertes con relación a las otras localidades brasileñas<sup>(24)</sup>.

A pesar del número de adultos mayores con señales y síntomas de COVID-19 en esta investigación, se observa que este rango de edad presenta una respuesta inmune más lenta, menos coordinada y eficaz, lo que genera mayor susceptibilidad a infecciones emergentes como el nuevo coronavirus<sup>(25)</sup>. Algunos adultos mayores pueden sentirse intimidados o desalentados al relatar informaciones sobre esa enfermedad. Eso es debido al hecho que la sociedad sigue tratando aspectos del envejecimiento de forma negativa y limitada<sup>(26)</sup>, principalmente por la idea de que la atención a la salud prioritaria a los adultos mayores durante la pandemia es innecesaria en comparación con los más jóvenes, lo que puede impactar negativamente su confianza.

En ese contexto, es papel del enfermero rastrear los adultos mayores con señales y síntomas de COVID-19, además de verificar la necesidad de examen físico presencial y monitorear su evolución, orientando sobre la relevancia del período de cuarentena y de la reevaluación hasta su desaparecimiento.

En esta investigación, la mayoría de los adultos mayores informaron conocimiento sobre la COVID-19 a través de la televisión. Este hallazgo coincide con una investigación brasileña sobre comportamiento de adultos mayores, en la que, entre aquellos que vivían solos, 31.2% veía la televisión cinco o más horas al día. En comparación con aquellos que vivían acompañados, la prevalencia de esa actividad fue un 40,0% mayor entre los que viven solos<sup>(11)</sup>. Aunque ver la televisión durante un período prolongado remita al comportamiento sedentario, en este momento de pandemia, fue una fuente de información considerable para los adultos mayores que viven solos. Se debe destacar que

ese comportamiento puede facilitar la obtención de informaciones sobre la COVID-19 y esas, cuando publicadas de forma objetiva y fidedignas, pueden aumentar la eficacia percibida de los comportamientos dirigidos a la enfermedad y con impacto positivo en la adopción de las medidas prescritas sobre la pandemia<sup>(9)</sup>.

Respecto al conocimiento de los adultos mayores que viven solos sobre la forma de transmisión de COVID-19, está de acuerdo con las investigaciones que relatan la permanencia del virus en superficies durante horas hasta días<sup>(27)</sup>, cuando expelido por tos o estornudo<sup>(27-28)</sup>. Se debe evitar el toque del apretón de manos y el contacto con superficies contaminadas<sup>(27)</sup>, ante la posibilidad de que una sola gotita contenga una dosis infecciosa<sup>(27)</sup>.

En una investigación internacional, 71.7% de los adultos mayores informaron que conocen tres síntomas de la COVID-19<sup>(7)</sup>, de acuerdo con el promedio identificado en la investigación actual. El cuadro infeccioso con inicio de fiebre es el síntoma clínico comunmente identificado en COVID-19<sup>(29-30)</sup>, siendo considerado esencial para rastrear la enfermedad<sup>(25)</sup>, de acuerdo con lo que relataron los adultos mayores. Sin embargo, el período de manifestación de la fiebre sigue desconocido<sup>(30)</sup> y la presencia en los adultos mayores puede manifestarse en temperaturas inferiores a las de otros grupos poblacionales<sup>(25)</sup>, lo que indica la necesidad de seguimiento, verificación frecuente mediante curva térmica y asociación con otras quejas infecciosas que puedan relacionar a la COVID-19, tales como las respiratorias y dolores en el cuerpo.

Siendo considera un síndrome respiratorio agudo severo, los síntomas, tales como dificultad para respirar, se identifican comúnmente en la literatura científica<sup>(25)</sup>, lo que es similar a lo reconocido por los adultos mayores en esta investigación. Entre los adultos mayores, la disnea puede confundirse con el efecto de alguna morbilidad, tal como insuficiencia cardiaca, y no ser considerada como una nueva queja o sospecha<sup>(25)</sup>. Además, alteraciones pulmonares como neumonía derivada de la infección severa pueden exacerbar los síntomas respiratorios y llevar a la necesidad de hospitalización<sup>(25)</sup>, generando mayor vulnerabilidad y disminución de las posibilidades de supervivencia, principalmente entre adultos mayores.

Además, el individuo puede quejarse de dolor en el cuerpo, fatiga y malestar<sup>(5,29)</sup>. En una investigación del tipo *scoping review* y meta-análisis se identificó que 36% de los pacientes informaron dolor en el cuerpo, 12% dolor de cabeza y 10% dolor de garganta<sup>(30)</sup>. Cuando se suman los porcentajes, los resultados se asemejan a la investigación actual, en la que el 52,8% de los adultos mayores que vivían solos informaron conocer los síntomas de COVID-19.

El enfermero, junto al equipo multiprofesional, debe alentar a los adultos mayores para cuidarse y fijarse al surgimiento de señales y síntomas relacionados a la COVID-19, orientando sobre la importancia de su notificación al equipo de atención básica para que la situación sea evaluada y los protocolos gubernamentales se sigan. En adultos mayores, la infección por el nuevo coronavirus suele mostrarse atípico, dificultando su identificación y control precoz, haciendo que las medidas de prevención se conviertan en aspectos clave en la gestión y el control de la COVID-19<sup>(25)</sup>.

En una investigación internacional, se verificó que el 69,8% de los adultos mayores conocían tres medidas preventivas de la COVID-19<sup>(7)</sup>, inferior al hallazgo en este estudio. Aunque la mayoría de los adultos mayores conociera las medidas de prevención de la COVID-19, en promedio, indicaron cuatro, siendo un número bajo cuando se consideren las 17 recomendadas por el Ministerio de Salud<sup>(1)</sup>.

El uso de mascarillas es una medida global para la prevención y el control de la COVID-19, que ha sido ampliamente relatado en investigaciones científicas<sup>(27,31-32)</sup>, similar a los hallazgos de esta investigación. El objetivo es proteger todos los individuos, tanto los sanos como los ya diagnosticados con la enfermedad, controlando la transmisión y evitando nuevas contaminaciones<sup>(33)</sup>. Sin embargo, esa práctica de prevención cuando ejecutada aisladamente no es suficiente para fines de protección y control, siendo fundamental la asociación con otras orientaciones, tales como la higienización de las manos y el uso de alcohol en gel<sup>(33)</sup>.

La higienización de las manos, como medida preventiva de la COVID-19, refleja el conocimiento informado por los adultos mayores que viven solos. La transmisión de gotitas de persona a persona es la principal forma de propagación del virus, seguida de los aerosoles<sup>(25)</sup>. Las manos son la principal vía de contaminación cruzada<sup>(27)</sup>. El virus puede quedarse en superficies y en el ambiente por diferentes períodos de tiempo, variando de horas a días<sup>(34)</sup>. Por lo tanto, la higienización de las manos es no solo una práctica económica, pero también altamente eficaz, siendo considerada una de las medidas más relevantes en la prevención de la COVID-19<sup>(27)</sup>.

Los adultos mayores que viven solos también identificaron el uso del alcohol en gel como medida de prevención, de acuerdo con lo que destacan las organizaciones de salud y gubernamentales desde el inicio de la pandemia de COVID-19<sup>(33,35)</sup>. Sin embargo, para inactivar microorganismos y reducir los niveles de infección y transmisión, la concentración del alcohol debe variar entre 62% hasta 71%<sup>(36)</sup>, siendo necesaria

su utilización en ambientes fuera del domicilio, sin disponibilidad de agua y jabón, tras contacto físico o cercano con personas y objetos posiblemente fuentes de contaminación.

Se resalta que, entre las medidas preventivas conocidas por la mayoría de los adultos mayores, el distanciamiento social no fue la más citada, diferente de la gran repercusión en los medios y estudios científicos sobre su necesidad y efectos positivos en el control de la transmisión de la pandemia por la COVID-19<sup>(32,37)</sup>.

En la investigación llevada a cabo en el estado de Ceará (CE), los adultos mayores practicaron parcialmente el distanciamiento social y recibieron visitas (62.5%)<sup>(16)</sup>. Lo mismo se observó en esta investigación, con predominio de adultos mayores que salieron de su domicilio durante el distanciamiento social. Aunque las orientaciones de las autoridades gubernamentales enfatizan el distanciamiento social, principalmente para los grupos vulnerables a desarrollar la forma grave de la enfermedad<sup>(1-2,26,32,37)</sup>, se debe comprender los motivos que les llevaron a esta decisión.

El adulto mayor que vive solo y sin apoyo social necesitará desplazarse para fines de mantener las necesidades como: alimentación, pago de facturas, entre otras. Por otra parte, posiblemente las informaciones recibidas no fueron suficientes para convencerles a adherir al distanciamiento social. Tampoco se puede ignorar los aspectos emocionales, tales como el sentimiento de soledad. También hay las creencias y valores: en un estudio brasileño se observó que los adultos mayores acreditaban que la pandemia en Brasil sería menor con relación a los otros países<sup>(16)</sup>. Se resalta que existen variaciones en la manera como el individuo reacciona ante una situación determinada, tal como una pandemia, definidas por su participación en los cuidados preventivos, conducción del problema y búsqueda por soluciones<sup>(9)</sup>. En esta coyuntura de múltiples factores que pueden interferir con la baja adhesión de los adultos mayores que viven solos al distanciamiento social, es fundamental que el enfermero identifique las motivaciones de los adultos mayores y establezca acciones conjuntas para reducir la posibilidad de contaminación por COVID-19, tales como: ayuda de familiares y amigos; apoyo emocional; desarrollo de actividades para pasar el tiempo dentro de casa, entre otras.

En esta investigación, el número medio de medidas preventivas adoptadas por los adultos mayores cuando salen de sus hogares fue menor que el número de medidas conocidas. Sin embargo, las dos más conocidas, el uso de mascarillas y la higienización de las manos con agua y jabón, fueron las más practicadas, seguidas por evitar locales de aglomeración.

El uso de mascarilla también se verificó en una revisión sistemática con meta-análisis, que identificó una asociación entre su uso y la protección de individuos sanos en domicilio y en la interacción social cuando necesaria<sup>(38)</sup>. Sin embargo, su uso abarca una serie de medidas para mantenerla viable y no convertirse en objeto de nuevas contaminaciones. Por lo tanto, para que la mascarilla actúe como barrera mecánica contra el nuevo coronavirus<sup>(35)</sup>, es necesario seguir las recomendaciones sobre como ponerla y sacarla, su higienización y el período de viabilidad hasta su desecho<sup>(35)</sup>.

Más allá de esa medida, la higienización de las manos es la segunda práctica de prevención relatada por los adultos mayores, de acuerdo con la literatura<sup>(27,33,35)</sup>. Incluso cuando se apliquen las dos medidas mencionadas, es necesario evitar las aglomeraciones<sup>(33,35)</sup>.

Aunque estas sean recomendadas<sup>(33,35)</sup>, para mayor protección de la transmisibilidad es necesaria practicar varias medidas de manera conjunta<sup>(27,31-32)</sup>, tales como aquellas que deben ser practicadas cuando regresen al hogar, poco relatadas por los adultos mayores que viven solos.

Considerando que el cambio de comportamiento depende del contexto en que el individuo se inserte, siendo caracterizado por la imprevisibilidad de las diferentes características sociodemográficas e económicas<sup>(39)</sup>, estos hallazgos subrayan la necesidad de acciones educativas por los enfermeros, utilizando estrategias de comunicación efectiva y construida juntamente con los adultos mayores.

La asociación entre el menor conocimiento sobre las medidas preventivas de COVID-19 y el sexo masculino, identificada en este estudio, confirma datos de las investigaciones internacionales desarrolladas en Estados Unidos de América con adultos y adultos mayores de la comunidad, en que hombres adultos mayores tenían menos conocimiento de las medidas preventivas que las mujeres adultas mayores y los adultos ( $p < 0,001$ )<sup>(7-8)</sup>.

El menor conocimiento de las medidas preventivas de COVID-19 por parte de los adultos mayores puede estar relacionado con la escasa valoración del autocuidado; preocupación incipiente por la salud y dificultades para compartir sentimientos y expresar las propias necesidades<sup>(40)</sup>. Este escenario puede afectar también las tasas de mortalidad por COVID-19, que son superiores entre los adultos mayores del sexo masculino<sup>(41-43)</sup>. En Italia, el 83,0% de las muertes se produjeron entre los mayores de 60 años, siendo 80,0% hombres<sup>(42)</sup>. En el último Boletín Epidemiológico, publicado el 23.05.2020, entre los fallecimientos confirmados por COVID-19 en Brasil, el 69,4% tenía 60 años o más y el 60,2% era del sexo masculino<sup>(43)</sup>. En el estado de Minas Gerais, según

el Informe Epidemiológico de la pandemia de COVID-19, publicado el 06.06.2020, el 72,7% de las muertes se produjeron entre los adultos mayores y el 53,0% entre los hombres<sup>(24)</sup>.

En este contexto, las acciones educativas en enfermería deben planificarse para incluir también a los adultos mayores que viven solos. Entre las competencias de los enfermeros, además de las prácticas educativas, en la red de atención de salud<sup>(44)</sup>, acciones de prevención y detección precoz de las infecciones por el nuevo coronavirus deben ser llevadas a cabo durante la consulta de enfermería gerontológica.

Confirmando con este estudio, en una investigación internacional con adultos y adultos mayores de la comunidad, se verificó que los adultos mayores de edad avanzada y que vivían solos poseían menor conocimiento sobre la COVID-19 ( $p < 0,001$ )<sup>(7)</sup>, apuntando mayor vulnerabilidad de los mayores a la infección por el nuevo coronavirus<sup>(6)</sup>. Tales circunstancias refuerzan la necesidad de acciones e intervenciones específicas para adultos mayores con edad de 80 años o más que viven solos, ya que pueden necesitar cuidados más complejos y mayores inversiones en salud en el caso de la infección por el nuevo coronavirus<sup>(7)</sup>.

El vínculo entre los adultos mayores y el profesional de salud se asoció con la adhesión a las medidas preventivas de la COVID-19 ( $p = 0,008$ ) en un estudio desarrollado en el estado de Ceará (CE)<sup>(16)</sup>. El vínculo con el profesional y el servicio de salud contribuye hacia el papel activo de los adultos mayores en el proceso de salud-enfermedad-cuidado; además de proveer atención de salud integral<sup>(45)</sup>. La Política de Atención Primaria de Salud establece el desarrollo de vínculos y responsabilidades entre los equipos sanitarios y la población, garantizando la continuidad de las acciones, con objeto de servir de referencia para su cuidado<sup>(46)</sup>. En esta perspectiva, el vínculo aparece como elemento fundamental favoreciendo la adhesión de los adultos mayores que viven solos a las medidas preventivas de la COVID-19.

Una investigación llevada a cabo en Estados Unidos también puso de manifiesto que los adultos mayores ( $p < 0,001$ ), así como los que vivían solos ( $p < 0,001$ ) y con baja escolaridad ( $p < 0,001$ ) mostraron peor conocimiento sobre la COVID-19<sup>(7)</sup>. La baja escolaridad de los adultos mayores puede considerarse un factor de riesgo para la diseminación de infecciones virales y para la evolución al fallecimiento<sup>(7,16)</sup>, ya que puede influir negativamente la manera de que los adultos mayores comprenden y practican los cuidados con la salud<sup>(47)</sup>. Además, el nivel inferior de escolaridad puede estar asociado a la clase social del anciano, lo que sugiere que los hábitos y las condiciones de vida y el conocimiento



sobre COVID-19 influyen en su pronóstico<sup>(7,16)</sup>. Así, habría mayor probabilidad de infección por el nuevo coronavirus entre los adultos mayores con menor escolaridad, pues utilizan el transporte público, generalmente con aglomeración de personas, y tienen menor acceso a recursos médicos<sup>(16)</sup>.

Este contexto representa un reto para los profesionales de salud, particularmente los enfermeros, en la atención al adulto mayor que vive solo y con baja escolaridad, siendo necesaria la elaboración de estrategias que favorezcan el conocimiento y la adhesión a medidas de prevención para evitar la contaminación y la transmisión de la COVID-19<sup>(16)</sup>. El enfermero debe fijarse en la comunicación eficaz con esos individuos, mediante un lenguaje claro y objetivo sobre los cuidados necesarios para prevenir la enfermedad. En la esfera de la enfermería, la comunicación es una estrategia esencial en la atención a la salud del adulto mayor, pues transmite seguridad y confianza del individuo al profesional, para que exponga sus necesidades, estimulando una interacción positiva entre el ser cuidado y el enfermero<sup>(48)</sup>.

La investigación presenta como limitaciones el diseño trasversal, lo que hace inviable la relación de causalidad de los eventos estudiados y la muestra restringida a los adultos mayores que poseían teléfono fijo y/o móvil. Sin embargo, los resultados avanzan en la producción del conocimiento científico, apoyando a la práctica enfermera junto al adulto mayor que vive solo en el momento de la pandemia. Los hallazgos refuerzan la necesidad de acciones sanitarias sobre medidas para prevenir la COVID-19 entre esos adultos mayores, con atención y con el uso de estrategias específicas para los adultos mayores con edad de 80 años y superior y grado de escolaridad inferior. Además, contribuye a la dirección de la actuación de los enfermeros en la atención primaria de salud, que tengan mayor contacto con esos adultos mayores, en la práctica de acciones de los enfermeros con objetivo de prevenir las infecciones por el nuevo coronavirus.

## Conclusión

Porcentaje más alto de los adultos mayores que vivían solos no presentó señales y síntomas de COVID-19, pero conocía tanto la forma de transmisión, principalmente dar las manos, cuanto los señales y síntomas, siendo la fiebre la más relatada.

En promedio, los adultos mayores declararon conocer cuatro medidas preventivas sobre la COVID-19, con predominancia del uso de mascarillas. Sin embargo, tras el inicio del distanciamiento social, los adultos mayores que salieron de su residencia indicaron que

practican al menos tres medidas de prevención, siendo más frecuente el uso de mascarillas.

El sexo masculino, el rango de edad de 80 años o más y la menor escolaridad estuvieron relacionados al grado menor de conocimiento sobre las medidas preventivas de la COVID-19.

Esos resultados podrán ayudar en la planificación de acciones sociales y sanitarias orientadas para la población anciana que vive sola, ante la pandemia de COVID-19.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Acesso 16 abr 2020]. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Geneva: WHO; 2020 [cited Jun 1, 2020]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. McIntosh, K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. [Internet]. 2020 [cited Jun 1, 2020]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>
4. Strabelli TMV, Uip DE. COVID-19 and the Heart. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2020 [cited May 29, 2020]. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20200209>
5. Chen N, Zhou M, Dong X, Jiemiing Q, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395(10223):507-13. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;395(10229):1054-62. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
7. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, O'Connor RM, Curtis LM, Benavente JY, et al. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey. Ann Intern Med. [Internet]. 2020 [cited May 25, 2020]. Available from: <https://doi.org/10.7326/M20-1239>
8. Barber SJ, Kim H. COVID-19 Worries and Behavior Changes in Older and Younger Men and Women. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;1-7. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa068>
9. Malloy-Diniz LF, Costa DS, Loureiro F, Moreira L, Silveira BKS, Sadi HM, et al. Saúde mental na pandemia de COVID -19: considerações práticas

- multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento. Ver *Debates Psiquiatr.* 2020 [Acesso 25 mai 2020]. Disponível em: [https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608\\_59b07f09964c41cc8bd976bc1cc0e402.pdf](https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_59b07f09964c41cc8bd976bc1cc0e402.pdf)
10. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1-25. doi: 10.3390/ijerph17051729
11. Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2018 [cited May 26, 2020];21(5):523-31. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [Acesso 05 jun 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>
13. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):E256. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
14. McMichael TM, Clark S, Pogojans S, Kay M, Lewis J, Baer A, et al. COVID-19 in a Long-Term Care Facility — King County, Washington, February 27–March 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(12):339-42. doi: 10.15585/mmwr.mm6912e1
15. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy.* 2020;1-7. doi: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
16. Lima DLF, Dias AD, Rabelo RS, Cruz ID, Costa SC, Nigri FMN, et al. Covid-19 in the State of Ceará: behaviors and beliefs in the arrival of the pandemic. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2020 [cited Jun 2, 2020];25(5):1575-86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.07192020>.
17. Kuwahara , Kuroda A, Fukuda Y. COVID-19: Active measures to support community-dwelling older adults. *Travel Med Infect Dis.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101638>
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Diário Oficial da União.* Brasília, 07 abr 2016 [Acesso: 11 mai 2020]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
19. Bolina AF, Tavares DMS. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0668.2737>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. [Internet]. Acesso: 5 jun 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
21. De Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample (2009). *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2016 [cited May 25, 2020];19(1):139-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>
22. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497-506. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
23. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *New England J Med.* 2020. doi: 10.1101/2020.02.06.20020974
24. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (BR). Perfil geográfico da COVID-19 no estado de Minas Gerais e Informe Epidemiológico. [Internet]. Acesso em: 1 jun 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus/painel>
25. Nikolich-Zugich J, Knox KS, Rios CT, Natt B, Bhattacharya D, Fain MJ. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *GeroScience.* 2020;42(1013):505-14. doi: 10.1007/s11357-020-00186-0
26. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2020 [Acesso: 25 mai 2020];25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
27. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the COVID-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2020 [cited Jun 1, 2020];29:1-15;29:e20200106. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
28. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109(102133):1-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
29. Velavan TP, Mayer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020;25(3):278-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.13383>
30. Nascimento IJB, Cacic N, Abdulazeem HM, Von Groote TC, Jayarajah U, Weerasekara I, et al. Novel coronavirus infection (COVID-19) in humans: a scoping review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2020;9(4):941-55. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm9040941>
31. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* 2020;9(29):1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>

32. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet*. 2020;7(4):300-2. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
33. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19: Interim Guidance. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited Jun 7, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332293>
34. Doremalen VN, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;382(16):1-4. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>
35. Ministério da Saúde (BR). Máscaras caseiras podem ajudar na prevenção contra o coronavírus. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Acesso 7 jun 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46645-mascaras-caseiras-podem-ajudar-na-prevencao-contra-o-coronavirus>
36. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020;104(3):246-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>
37. Fiorillo, A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiat*. 2020;63(1):1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
38. Chu, DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
39. Lodge EK, Schatz AM, Drake JM. Protective Population Behavior Change in Outbreaks of Emerging Infectious Disease. *Europe PMC*. [Internet]. 2020 [cited Jun 1, 2020]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.01.27.921536>
40. Bibiano AMB, Moreira RS, Tenório MMGO. Factors associated with the use of the health services by elderly men: a systematic review of the literature. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2263-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.19552017>
41. Wu Z, McGoogan, JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
42. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: What next? *Lancet*. 2020;395(10231):1225-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID 19. Semana Epidemiológica 21 (17 a 23/05), 2020. Acesso: 5 jun 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17--Boletim-do-COE.pdf>
44. Oliveira HSB, Manso MEG. The iatrogenic triad in a group of elderly women contracted to a health plan. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2019 [cited Jun 1, 2020];22(1):e180188. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180188>
45. Sousa FJD, Gonçalves LHT, Paskulin LGM, Gamba MA. Sociodemographic profile and social support of elderly persons in primary care. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(4):824-31. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a22855p824-831-2018>
46. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 22 set 2017. Acesso em: 2 jun 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
47. Chaves JRF. Educação ao longo da vida: perspectivas para uma sociedade que envelhece. In: Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Brasil 2050: Desafios de uma nação que envelhece. Brasília; 2017. p. 103-20. (Estudos Estratégicos, n. 8). Acesso em: 1 jun 2020. Disponível em: [http://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/31619/desafios\\_envelhece\\_conle.pdf?sequence=1](http://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/31619/desafios_envelhece_conle.pdf?sequence=1)
48. Silva JPG, Costa KNFM, Silva GRF, Oliveira SHS, Almeida PC, Fernandes MGM. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2015 [cited May 25, 2020];19(1):154-61. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150021>


Recibido: 23.06.2020

Aceptado: 12.07.2020

Editora Associada:  
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:  
Darlene Mara dos Santos Tavares  
E-mail: [darlene.tavares@uftm.edu.br](mailto:darlene.tavares@uftm.edu.br)  
 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>