



## Idosos que moram sozinhos: conhecimento e medidas preventivas frente ao novo coronavírus\*

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: descrever a ocorrência da COVID-19 e o local de atendimento entre idosos que moram sozinhos; identificar o conhecimento dos idosos sobre a transmissão, sinais e sintomas e medidas preventivas da COVID-19 e verificar os fatores associados ao menor conhecimento das medidas preventivas segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Método: inquérito telefônico e transversal desenvolvido com 123 idosos que moram sozinhos na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul no Estado de Minas Gerais. Realizaram-se análises: descritiva, bivariada e regressão linear múltipla ( $p < 0,05$ ). Resultados: a maioria dos idosos não apresentou sinais e sintomas da COVID-19 (97,5%), conhecia sua forma de transmissão (86,6%) e os sinais e sintomas (90,8%). Os idosos conheciam, em média, quatro medidas preventivas da COVID-19. Após o início do distanciamento social, 85,7% saíram do domicílio e realizaram, em média, três medidas preventivas, sendo mais frequente o uso de máscaras (99,0%). O menor conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19 associou-se ao sexo masculino ( $p = 0,001$ ), faixa etária de 80 anos ou mais ( $p = 0,045$ ) e menor escolaridade ( $p = 0,010$ ). Conclusão: os idosos possuíam conhecimento sobre a COVID-19, porém, não realizavam todas as medidas preventivas. Além disso, idosos que moram sozinhos do sexo masculino, longevos e com baixa escolaridade estão mais vulneráveis à COVID-19.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso; Envelhecimento; Síndrome Respiratória Aguda Grave; Infecções por Coronavírus; Enfermagem Geriátrica.

\* Este artigo refere-se à chamada temática "COVID-19 no Contexto da Saúde Global".







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

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

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

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

### Como citar este artigo

Tavares DMS, Oliveira NGN, Marchiori GF, Guimarães MSF, Santana LPM. Elderly individuals living by themselves: knowledge and measures to prevent the novel coronavirus. 2020;28:e3383. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4675.3383>.   

URL

## Introdução

A COVID-19, do termo em inglês "Coronavirus disease 2019", é uma doença respiratória aguda, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)<sup>(1)</sup>, que foi declarada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e caracterizada como pandemia em 11 de março de 2020<sup>(2)</sup>.

O manejo clínico, bem como o tratamento adequado da COVID-19, ainda não é totalmente conhecido<sup>(1)</sup>. No entanto, sabe-se que o vírus possui alta transmissibilidade, sendo sua principal forma de disseminação pessoa para pessoa<sup>(3)</sup>. A transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias eliminadas do nariz ou boca, que se espalham quando uma pessoa infectada tosse ou espirra<sup>(1)</sup>. A presença do vírus em objetos ou superfícies é outra forma de contágio, assim, ao tocar estes locais e levar as mãos nos olhos, nariz ou boca, as pessoas correm o risco de se contaminar<sup>(1)</sup>.

O quadro clínico da COVID-19, na maioria das ocorrências, tem sido relatado como semelhante a outras infecções respiratórias, com: febre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ); coriza; tosse, geralmente seca, e cansaço<sup>(2)</sup>. No entanto, estima-se que 5% dos infectados desenvolvem a forma mais grave da doença, com sintomas de dispneia e/ou sinais de sangramento pulmonar, linfopenia grave e insuficiência renal<sup>(4)</sup>.

Diante da gravidade da situação mundial e em busca da redução da transmissão da COVID-19 e do achatamento da curva epidemiológica dessa pandemia, foram estabelecidas medidas preventivas, como a higienização das mãos; etiqueta respiratória; limpeza de superfícies e objetos e o distanciamento social<sup>(2)</sup>. Na curva epidemiológica da COVID-19, é possível identificar altas taxas de mortalidade no Brasil, Itália, Espanha e Estados Unidos da América, superando a China, como consequência do atraso na adoção dessas medidas<sup>(2)</sup>.

Devido às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento humano, que comprometem o sistema imunológico, e ao maior número de complicações decorrentes das doenças crônicas, a população idosa tem sido a de maior vulnerabilidade às formas graves da COVID-19 e para a evolução do óbito<sup>(5-6)</sup>. Além disso, as características sociodemográficas e econômicas, como a idade avançada, baixas escolaridade e renda e arranjo domiciliar unipessoal, também favorecem a maior suscetibilidade do idoso à COVID-19. Tais características podem interferir no acesso às informações e, consequentemente, no conhecimento e na realização de medidas preventivas frente à transmissão da infecção pelo novo coronavírus<sup>(7-10)</sup>.

Soma-se a isto o aumento, ao longo dos anos, do número de idosos com arranjo domiciliar unipessoal<sup>(11)</sup>.

No Brasil, 15,7% das pessoas com 60 anos ou mais de idade moram sozinhas<sup>(12)</sup>, com maiores percentuais nas regiões Sul (15,9%) e Sudeste (15,7%)<sup>(11)</sup>. Os domicílios unipessoais podem representar uma conquista do envelhecimento humano na medida em que esse grupo etário vivencia o decorrer da idade com mais privacidade e independência<sup>(11)</sup>. Entretanto, idosos que moram sozinhos podem ser considerados mais vulneráveis e desprovidos de apoio social diante de dificuldades de saúde<sup>(11,13)</sup>. Além disso, o acesso às informações depende do contexto em que o idoso está inserido<sup>(7-8)</sup> e o conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19 é um dos fatores cruciais para evitar o contágio e a transmissão das infecções pelo novo coronavírus<sup>(1)</sup>.

Neste contexto, pressupõe-se que a identificação dos fatores relacionados ao menor conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19, entre os idosos, poderá subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, especificamente do enfermeiro, frente à pandemia do novo coronavírus. Contudo, apesar da relevância dessa temática, destaca-se a escassez de estudos científicos que analisaram o conhecimento e a realização das medidas preventivas da COVID-19 entre idosos que moram sozinhos. As pesquisas voltadas à população idosa avaliaram o impacto do surto da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência<sup>(14-15)</sup>; conhecimento e comportamento de adultos e idosos comunitários diante da COVID-19<sup>(7-8)</sup>; comportamentos e crenças na chegada da pandemia da COVID-19 na população de um Estado brasileiro<sup>(16)</sup>; as consequências do isolamento social na vida dos idosos<sup>(13,17)</sup> e as características clínicas e fatores prognósticos dos pacientes com 60 anos ou mais de idade com COVID-19<sup>(5-6)</sup>.

Neste contexto, objetivou-se descrever a ocorrência da COVID-19 e local de atendimento entre idosos que moram sozinhos; identificar o conhecimento dos idosos sobre a transmissão, sinais e sintomas e medidas preventivas da COVID-19 e verificar os fatores associados ao menor conhecimento das medidas preventivas segundo variáveis sociodemográficas e clínicas.

## Método

Estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito telefônico, transversal e analítico, realizado em maio de 2020, desenvolvido na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, que se subdivide em três microrregiões: Araxá e Uberaba, cada uma com oito municípios, e Frutal/Iturama com 11 municípios (Tabela 1).

A população foi constituída pelos idosos que moravam sozinhos e entrevistados na pesquisa

"*Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro*", a qual utilizou a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio e entrevistou 1.635 idosos comunitários da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais.

Incluíram-se os idosos com 60 anos ou mais de idade, que residiam na zona urbana da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, moravam sozinhos e tinham telefone. Excluíram-se aqueles que, no momento da entrevista, não moravam mais sozinhos (n=12) e com baixa acuidade auditiva (n=2). No banco de dados, 279 atendiam aos critérios estabelecidos, constituindo-se a amostra inicial. As perdas foram computadas entre aqueles que não foram encontrados após três tentativas (n=134) e recusas (n=8). Assim, 123 idosos compuseram a amostra final do atual estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de idosos que moram sozinhos com telefone e entrevistados, segundo Microrregiões de Saúde do Triângulo Sul, MG, Brasil, 2020

Microrregiões de Saúde do Triângulo Sul	Idosos com telefone	Idosos entrevistados
Araxá	58	33
Frutal/Iturama	55	29
Uberaba	166	61
Total	279	123

Os dados sociodemográficos e as morbidades foram obtidos por meio da aplicação do questionário estruturado e elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

O instrumento para a coleta dos dados sobre o conhecimento da COVID-19 foi elaborado pelas pesquisadoras com base nas informações e recomendações do Ministério da Saúde<sup>(1)</sup>, sendo constituído por perguntas referentes à ocorrência da COVID-19, o local de atendimento e às formas de transmissão, sinais e sintomas e medidas preventivas da doença. Para testar, avaliar, revisar e aprimorar o instrumento de pesquisa, foi realizado estudo piloto, por telefone, com dez idosos que moravam sozinhos e com os quais as pesquisadoras tinham contato.

As principais medidas preventivas da COVID-19 consideradas foram: uso de máscaras; higienização das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel; proteger o nariz e boca com lenço ou braço ao tossir e/ou espirrar; não colocar as mãos em contato com olhos, boca e nariz; sair do domicílio somente quando for necessário; manter distância mínima de dois metros das pessoas; não abraçar, beijar e apertar as mãos de outras pessoas; não receber visitas; ao chegar em casa, retirar os sapatos e,

se possível, higienizá-los; retirar as roupas e colocá-las em um saco plástico ou lavá-las e deixar bolsa, carteira e chaves em uma caixa na entrada; manter o domicílio limpo e ventilado; limpar objetos com água e sabão ou álcool 70%; lavar os alimentos e limpar os produtos quando comprar; dormir bem e ter uma alimentação saudável e não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos<sup>(1)</sup>.

As variáveis do estudo foram: sexo (feminino; masculino); faixa etária em anos completos (60-70; 70-80; 80 ou mais); estado conjugal [solteiro (a); viúvo (a); separado (a)/desquitado (a)/divorciado (a)]; escolaridade em anos completos de estudo (nenhum; 1-5; cinco ou mais); renda mensal individual em salários mínimos (sem rendimento; ≤1; >1); número de morbidades (0; 1-5; 5 ou mais); presença de sinais e sintomas da COVID-19 (sim; não); local de atendimento (Unidade de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento; consulta médica particular; hospital de referência; outros); conhecimento sobre a COVID-19 (sim; não), a forma de transmissão (sim; não) e os sinais e sintomas (sim; não); fontes de informações (televisão; rádio; membros da família; amigos e internet); saída do domicílio durante a quarentena (sim; não); realização das medidas preventivas para a COVID-19 ao sair do domicílio (sim; não) e médias das medidas preventivas para a COVID-19 conhecidas e realizadas pelo idoso.

A coleta de dados, realizada em maio de 2020, por meio de ligações telefônicas aos idosos que moravam sozinhos, foi desenvolvida por entrevistadores com experiência prévia, que passaram por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas de pesquisa.

As entrevistas foram registradas em banco de dados eletrônico, no programa *Excel*<sup>®</sup>, e, conforme finalizadas, foram enviadas aos supervisores, que procederam às revisões. Quando necessário, o arquivo era novamente enviado ao entrevistador para complementar as informações. Após esta etapa, os bancos de dados das entrevistadoras foram consolidados em um único banco, importado para o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0, para análise.

Os dados foram submetidos à análise de frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas e média e desvio-padrão para as quantitativas. Para verificar os fatores associados ao menor conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19, realizou-se a análise bivariada preliminar, empregando-se o teste t de *Student*. As variáveis de interesse que atenderam ao critério estabelecido ( $p \leq 0,10$ ) foram introduzidas no modelo de regressão linear múltipla ( $p < 0,05$ ). O desfecho foi a média das medidas preventivas da COVID-19

conhecidas pelos idosos e as variáveis preditoras: sexo; faixa etária; renda individual mensal; escolaridade e número de morbidades. Para as análises bivariadas e regressão linear múltipla, foram dicotomizadas as variáveis: faixa etária (60-80 anos; 80 anos ou mais); renda individual mensal em salários-mínimos ( $>1$ ;  $\leq 1$ ) e número de morbidades (0-5; 5 ou mais). A variável escolaridade foi utilizada na forma quantitativa (anos completos de estudo).

O projeto foi aprovado, no dia 13 de maio de 2020, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o Protocolo nº 4.026.689. Após o consentimento do idoso, conduziu-se a entrevista, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 510/16 do Ministério da Saúde<sup>(18)</sup>. Ao término das entrevistas, os idosos foram orientados, pelos entrevistadores, sobre as medidas preventivas da COVID-19.

## Resultados

A maioria dos idosos era do sexo feminino (69,9%), com 70-80 anos de idade (45,5%), viúva (67,5%), 1-5 anos de estudo (54,5%), renda individual mensal  $>1$  salário-mínimo (56,3%) e com 1-5 morbidades (69,9%).

Maior percentual não apresentou sinais e sintomas da COVID-19 (97,5%) e, entre aqueles que apresentaram ( $n=2$ ), todos referiram tosse seca, coriza e cansaço (50,0%), procuraram consulta particular nos serviços de saúde (50,0%) e realizaram o teste para a COVID-19 (50,0%), com resultado negativo.

Verificou-se que 96,3% dos idosos conheciam a COVID-19, sendo a fonte de informação mais frequente a televisão (96,6%), seguida do rádio (28,6%), membros da família (25,2%), amigos (15,1%) e internet (10,9%).

A maioria dos idosos conhecia a forma de transmissão da COVID-19 (86,6%) e seus sinais e sintomas (90,8%). A forma de transmissão mais referida foi toque ao apertar as mãos (79,6%), seguida de espirro (72,8%), objetos e superfícies contaminados (70,9%) e gotículas de saliva (33,0%). Quanto aos sinais e sintomas, os mais referidos foram febre (73,1%), dificuldade para respirar (59,2%), dor na garganta, no corpo e na cabeça (52,8%), tosse seca (26,8%), cansaço (13,9%), coriza (12,0%), redução do paladar e odor (10,2%) e diarreia (4,6%).

As medidas preventivas sobre a COVID-19 eram conhecidas por 98,3% dos idosos, prevalecendo o uso de máscaras, higienização das mãos com água e sabão e uso do álcool em gel (Tabela 2). Dentre as 17 avaliadas, os idosos referiram, em média, 3,98 ( $\pm 1,76$ ) medidas preventivas.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das medidas preventivas da COVID-19 conhecidas pelos idosos que moram sozinhos na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, MG, Brasil, 2020

Medidas preventivas sobre a COVID-19*	n=117	%
Uso de máscaras	102	87,2
Higienização das mãos com água e sabão	100	85,5
Uso do álcool em gel	84	71,8
Não sair do domicílio	81	69,2
Manter distância mínima de dois metros das pessoas	37	31,6
Não abraçar, beijar e apertar as mãos de outras pessoas	19	16,2
Não receber visitas	19	16,2
Ao chegar em casa, retirar os sapatos e, se possível, higienizá-los	8	6,83
Não colocar as mãos em contato com olhos, boca e nariz	8	6,83
Ao chegar em casa, retirar as roupas e colocá-las em um saco plástico ou lavá-las	7	6,0
Manter o domicílio limpo e ventilado	6	5,1
Limpar objetos com água e sabão ou álcool 70%	5	4,3
Proteger o nariz e boca com lenço ou braço ao tossir e/ou espirrar	4	3,4
Lavar os alimentos e limpar os produtos quando comprar	4	3,4
Dormir bem e ter uma alimentação saudável	2	1,7
Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos	1	0,8
Ao chegar em casa, deixar bolsa, carteira e chaves em uma caixa na entrada	0	0,0

\*Coronavirus Disease 2019

Após o início do distanciamento social, 85,7% dos idosos saíram do domicílio, que seguiram, em média, 2,58 ( $\pm 1,91$ ) medidas preventivas da COVID-19. Destes, 98,0% realizaram as medidas preventivas, predominando o uso de máscara e a higienização das mãos com água e sabão (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência das medidas preventivas da COVID-19 realizadas pelos idosos que moram sozinhos, ao sair do domicílio, da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, MG, Brasil, 2020

Medidas preventivas sobre a COVID-19*	n=100	%
Uso de máscaras	99	99,0
Higienização das mãos com água e sabão	72	72,0
Evitar locais com aglomeração de pessoas	40	40,0
Manter distância mínima de dois metros das pessoas	37	37,0
Ao chegar em casa, retirar os sapatos e, se possível, higienizá-los	18	18,0
Ao chegar em casa, retirar as roupas e colocá-las em um saco plástico ou lavá-las	19	19,0
Evitar transporte cheio	15	15,0
Não abraçar, beijar e apertar as mãos de outras pessoas	10	10,0
Limpar objetos com água e sabão ou álcool 70%	3	3,0
Ao chegar em casa, deixar bolsa, carteira e chaves em uma caixa na entrada	0	0,0

\*Coronavirus Disease 2019

Na análise bivariada, as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, renda individual mensal e número de morbidades atenderam ao critério estabelecido ( $p \leq 0,10$ ) e foram inseridas no modelo final de regressão linear múltipla (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise bivariada do conhecimento sobre medidas preventivas da COVID-19, de acordo com variáveis sociodemográficas e o número de morbidades de idosos que moram sozinhos na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, MG, Brasil, 2020

Variáveis	Média	Desvio-padrão	p*
<b>Sexo</b>			
Masculino	3,24	1,49	0,001
Feminino	4,29	1,78	
<b>Faixa etária</b>			
80 ou mais	3,31	1,71	0,004
60   80	4,29	1,71	
<b>Renda individual mensal</b>			
≤ 1	3,74	1,50	0,087
> 1	4,26	1,90	
<b>Morbidades</b>			
0   5	3,62	1,70	0,089
5 ou mais	4,12	1,78	

\* $p \leq 0,10$

O sexo masculino, a faixa etária de 80 anos ou mais e a menor escolaridade foram associados ao menor conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19 (Tabela 5).

Tabela 5 - Modelo final de regressão linear múltipla do conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19 dos idosos que moram sozinhos na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, MG, Brasil, 2020

Variáveis	$\beta$	p*
<b>Sexo</b>		
Feminino	1	
Masculino	0,283	<b>0,001</b>
<b>Faixa etária</b>		
60   80	1	
80 ou mais	0,206	<b>0,045</b>
<b>Renda individual mensal</b>		
> 1	1	
≤ 1	0,105	0,231
<b>Escolaridade (anos completos de estudo)</b>	0,224	<b>0,010</b>
<b>Morbidades</b>		
Cinco ou mais	1	
0   5	0,100	0,242

\* $p < 0,05$ ; 1-categoria de referência

## Discussão

O maior percentual do sexo feminino corrobora achados de pesquisas nacionais<sup>(11)</sup>. Da mesma forma, investigação realizada em um município de Minas Gerais identificou que a maioria dos idosos, do grupo que morava sozinho, era do sexo feminino<sup>(19)</sup>. O predomínio do sexo feminino entre os idosos pode ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens, que, no Brasil, é de 80,25 anos<sup>(20)</sup>.

O maior percentual de idosos viúvos, nesta pesquisa, pode ter relação com o predomínio do sexo feminino e a expectativa de vida, porém, há de se considerar que elas apresentam maior possibilidade de viver só a recasar ou ser chefes da família<sup>(21)</sup>.

Em relação à faixa etária, dados condizentes foram encontrados em pesquisa nacional na qual a maior proporção de idosos com 75 anos ou mais de idade morava só quando comparada aos mais jovens ( $p < 0,001$ )<sup>(11)</sup>. Em divergência, estudo regional obteve que a maioria dos idosos que moravam sozinhos tinha de 60 a 69 anos de idade<sup>(19)</sup>. Idosos com idade avançada e que residem em moradias unipessoais podem apresentar impasses na utilização dos serviços de saúde e dificuldades na realização das tarefas cotidianas, podendo ser agravadas pela ausência de um membro familiar<sup>(19)</sup>.

Assim como identificado neste estudo, pesquisa concluiu que a maioria dos idosos que moravam sozinhos tinham entre um e quatro anos de estudos<sup>(19)</sup>. Dados divergentes foram verificados em inquérito brasileiro no qual o maior percentual de idosos em domicílio unipessoal (16,9%) tinha de oito a dez anos de estudo<sup>(11)</sup>. O baixo nível de escolaridade tem impacto negativo no comportamento de cuidados com a saúde<sup>(9)</sup> devido às dificuldades no acesso e assimilação de informações<sup>(10)</sup>.

No que concerne à renda individual mensal, maior percentual de idosos que moravam sozinhos, em município do interior de MG, recebia de um a três salários mínimos<sup>(19)</sup>, o que condiz com esta pesquisa.

Em tempo de pandemia da COVID-19, cabe ao enfermeiro atentar-se às características sociodemográficas dos idosos que moram sozinhos, considerando que a idade avançada e a baixa escolaridade e renda podem ser fatores que dificultam o conhecimento e a adesão às medidas preventivas da doença, o acesso aos serviços de saúde e o distanciamento social.

Resultado semelhante foi observado em investigação nacional em que 52,4% dos idosos que moravam sozinhos apresentavam duas ou mais morbidades<sup>(11)</sup>. Esse aspecto é relevante na avaliação do idoso, uma vez que a literatura científica descreve que pessoas com doenças crônicas têm maior vulnerabilidade aos casos

graves da COVID-19<sup>(5)</sup>. As funções imunológicas podem apresentar-se reduzidas diante das comorbidades e do processo de envelhecimento humano, o que pode favorecer a maior gravidade da COVID-19<sup>(5-6)</sup>.

Investigações internacionais identificaram, como principais sinais e sintomas apresentados entre indivíduos com diagnóstico de COVID-19, a ocorrência de febre, tosse, fadiga/cansaço e dor no corpo<sup>(5,22-23)</sup>, assim como os idosos deste estudo. Ressalta-se que a minoria dos idosos relatou presença de sinais e sintomas, o que pode ser compreendido pelo panorama da COVID-19 no Estado de MG, que tem apresentado menores percentuais de casos confirmados, suspeitos e óbitos em relação às demais localidades brasileiras<sup>(24)</sup>.

Apesar do número de idosos com sinais e sintomas da COVID-19 nesta investigação, denota-se que esse grupo etário apresenta resposta imune mais lenta, menos coordenada e eficiente, gerando maior suscetibilidade às infecções emergentes, como o novo coronavírus<sup>(25)</sup>. Alguns idosos podem se sentir intimidados ou desencorajados em relatar informações sobre essa doença. Isso se deve ao fato de a sociedade ainda abordar aspectos do envelhecimento de maneira negativa e com limitações<sup>(26)</sup>, principalmente pela ideia de ser desnecessária a assistência à saúde prioritária ao idoso durante a pandemia quando comparada aos mais jovens, podendo impactar negativamente a sua confiança.

Nesse contexto, o enfermeiro tem o papel de rastrear os idosos com sinais e sintomas da COVID-19, além de verificar a necessidade de exame físico presencial e acompanhar a sua evolução, orientando sobre a relevância do período de quarentena e da reavaliação até o seu desaparecimento.

Nesta pesquisa, a maioria dos idosos relatou ter conhecimento sobre a COVID-19 por meio da televisão. Este achado coaduna com pesquisa nacional sobre comportamento de idosos na qual, entre aqueles que moravam sozinhos, 31,2% assistiam à televisão cinco ou mais horas por dia. Quando comparados aos que moravam acompanhados, a prevalência foi 40,0% maior dessa atividade entre os que moram sozinhos<sup>(11)</sup>. Ainda que assistir televisão, por um período prolongado, remeta ao comportamento sedentário, neste momento de pandemia foi uma fonte de informação considerável para os idosos que moram sozinhos. Cabe destacar que esse comportamento pode facilitar a aquisição de informações sobre a COVID-19, e essas, quando divulgadas de maneira objetiva e fidedigna, são capazes de aumentar a percepção de eficácia dos comportamentos orientados para a doença e com impacto positivo na adoção das medidas prescritas sobre a pandemia<sup>(9)</sup>.

Em relação ao conhecimento dos idosos que moram sozinhos sobre a forma de transmissão da COVID-19, está consoante com as pesquisas que reportam a permanência do vírus em superfícies por horas a dias<sup>(27)</sup>, ao serem expelidas por tosse ou espirro<sup>(27-28)</sup>, devendo-se evitar o toque do aperto de mão e contato com superfícies contaminadas<sup>(27)</sup>, considerando a possibilidade de uma única gotícula conter uma dose infecciosa<sup>(27)</sup>.

Em pesquisa internacional, 71,7% dos idosos relataram ter conhecimento de três sintomas da COVID-19<sup>(7)</sup>, o que condiz com a média identificada nesta pesquisa. O quadro infeccioso com início de febre é o sintoma clínico comumente identificado na COVID-19<sup>(29-30)</sup> e considerado essencial para o rastreio da doença<sup>(25)</sup>, corroborando o relatado pelos idosos. Entretanto, o período de manifestação da febre ainda é desconhecido<sup>(30)</sup> e a presença nos idosos pode manifestar-se em temperatura inferiores a de outros grupos populacionais<sup>(25)</sup>, o que denota a necessidade de acompanhamento, aferição frequente por meio de curva térmica e associação com demais queixas de caráter infeccioso que possam se relacionar à COVID-19, como as respiratórias e dores no corpo.

Por ser considerada uma síndrome respiratória aguda, sintomas, como a dificuldade para respirar, são comumente identificados na literatura científica<sup>(25)</sup>, o que se assemelha ao reconhecido pelos idosos desta investigação. Entre idosos, a dispneia pode ser confundida com o efeito de alguma morbidade, como insuficiência cardíaca, e não ser considerada como nova queixa e suspeita<sup>(25)</sup>. Além disso, alterações pulmonares, como pneumonia derivada da infecção severa, podem exacerbar os sintomas de respiração e resultar em necessidade de hospitalização<sup>(25)</sup>, gerando maior vulnerabilidade e diminuição das chances de sobrevivência, principalmente entre idosos.

Além disso, o indivíduo pode apresentar, como queixa, dor no corpo, fadiga e mal-estar<sup>(5,29)</sup>. Pesquisa do tipo *scoping review* e metanálise identificou que 36% dos pacientes relataram dor no corpo, 12%, dor de cabeça e 10%, dor de garganta<sup>(30)</sup>. Quando somados os percentuais, os resultados assemelham-se aos desta investigação na qual 52,8% dos idosos, que moravam sozinhos, relataram conhecer esses sintomas da COVID-19.

O enfermeiro, junto à equipe multiprofissional, deve incentivar os idosos a realizarem o autocuidado e a ficarem atentos ao surgimento de sinais e sintomas relacionados à COVID-19, orientando a importância de sua notificação para a equipe da atenção básica para que sejam avaliados a situação e o seguimento dos protocolos governamentais. A infecção pelo novo

coronavírus em idosos geralmente apresenta-se de maneira atípica, dificultando sua identificação e controle precoces, fazendo com que as medidas de prevenção se tornem aspectos-chaves no gerenciamento e controle da COVID-19<sup>(25)</sup>.

Investigação internacional verificou que 69,8% dos idosos conheciam três medidas de prevenção da COVID-19<sup>(7)</sup>, estando abaixo do obtido por este estudo. Ainda que a maioria dos idosos conhecesse as medidas preventivas da COVID-19, em média, referiram quatro, sendo uma quantidade baixa, ao considerar as 17 preconizadas pelo Ministério da Saúde<sup>(1)</sup>.

O uso de máscaras é uma medida global para prevenção e controle da COVID-19, que tem sido amplamente reportada em pesquisas científicas<sup>(27,31-32)</sup> e se assemelha aos achados desta investigação. Seu objetivo consiste em proteger todos os indivíduos, tanto os saudáveis quanto os que já têm o diagnóstico da doença, controlando a transmissão e impedindo novas contaminações<sup>(33)</sup>. Entretanto, essa prática de prevenção, quando realizada isoladamente, não é suficiente para proteção e controle, sendo imprescindível a associação com outras orientações, como a higienização das mãos e o uso de álcool em gel<sup>(33)</sup>.

A higienização das mãos, como medida preventiva da COVID-19, reflete o conhecimento relatado pelos idosos que moram sozinhos. A transmissão de gotículas de pessoa para pessoa é a principal forma de propagação do vírus, seguida dos aerossóis<sup>(25)</sup>, sendo as mãos a principal via de contaminação cruzada<sup>(27)</sup>. O vírus pode permanecer em superfícies e no ambiente por diferentes períodos de tempo, variando de horas a dias<sup>(34)</sup>. Por isso, a higienização das mãos, além de ser uma prática de baixo custo, tem elevada efetividade e é considerada uma das medidas mais relevantes na prevenção da COVID-19<sup>(27)</sup>.

Os idosos, que moram sozinhos, também identificaram o uso do álcool em gel como medida preventiva, assim como ressaltado por organizações de saúde e governamentais desde o princípio da pandemia da COVID-19<sup>(33,35)</sup>. Contudo, para a inativação de micro-organismos e redução dos níveis de infecção e transmissão, o álcool deve apresentar concentração entre 62% a 71%<sup>(36)</sup>, sendo necessário seu uso em ambientes fora do domicílio, que não tenham disponibilidade de água e sabão, após contato físico ou próximo com pessoas e objetos ou superfícies passíveis de contaminação.

Ressalta-se que, dentre as medidas preventivas de conhecimento da maioria dos idosos, o distanciamento social não foi o mais citado, divergindo da expressiva repercussão nas mídias e estudos científicos sobre

sua necessidade e efeitos positivos no controle da transmissão da pandemia pela COVID-19<sup>(32,37)</sup>.

Na pesquisa realizada no Estado do Ceará (CE), os idosos longevos realizaram, de maneira parcial, o distanciamento social e receberam visitas (62,5%)<sup>(16)</sup>. O mesmo se observou nesta investigação, com o predomínio de idosos que saíram de seu domicílio durante o distanciamento social. Ainda que as orientações das autoridades governamentais enfatizem o distanciamento social, principalmente para os grupos vulneráveis a desenvolver a forma grave da doença<sup>(1-2,26,32,37)</sup>, é necessário compreender os motivos que os levaram a esta decisão.

O idoso, que mora só e sem apoio social, precisará locomover-se para a manutenção das necessidades como alimentação, pagamento de contas, dentre outras. Por outro lado, as informações recebidas podem não terem sido suficientes para o convencimento à adesão ao distanciamento social. Não se pode, também, deixar de considerar os aspectos emocionais, como o sentimento de solidão. Há ainda as crenças e valores: estudo nacional obteve que os idosos acreditavam que a pandemia, no Brasil, seria menor em relação aos demais países<sup>(16)</sup>. Destaca-se que a forma como o indivíduo reage à determinada situação, como à pandemia, tem variações, sendo definida pelo seu envolvimento nos cuidados preventivos, condução de problema e busca por soluções<sup>(9)</sup>. Nesta conjuntura de múltiplos fatores que podem interferir na baixa adesão do idoso que mora sozinho ao distanciamento social, é imprescindível que o enfermeiro identifique as motivações dos idosos e estabeleça ações em conjunto para diminuir a chance de contaminação pela COVID-19, como: auxílio de familiares e amigos; apoio emocional; desenvolvimento de atividades para passar o tempo em casa, dentre outras.

Nesta pesquisa, o número médio de medidas preventivas adotadas pelos idosos ao saírem de seus domicílios foi menor ao relatado sobre as que conheciam. Contudo, as duas mais conhecidas, o uso de máscara e a higienização das mãos com água e sabão, foram as mais realizadas, ficando, em seguida, evitar locais de aglomeração.

O uso de máscara também foi verificado em revisão sistemática com metanálise, que identificou associação entre seu uso e a proteção de indivíduos saudáveis no domicílio e na interação social quando necessária<sup>(38)</sup>. Contudo, seu uso engloba uma série de medidas para mantê-la viável e não se tornar um objeto de novas contaminações. Por isso, para que a máscara atue como barreira mecânica contra o novo coronavírus<sup>(35)</sup>, devem-se seguir as recomendações sobre como colocá-la e

retirá-la, sua higienização e período de viabilidade até seu descarte<sup>(35)</sup>.

Soma-se à referida medida a higienização das mãos, segunda prática de prevenção relatada pelos idosos, condizendo com a literatura<sup>(27,33,35)</sup>. Mesmo realizando as duas medidas supracitadas, as aglomerações devem ser evitadas<sup>(33-35)</sup>.

Ainda que estas sejam recomendadas<sup>(33-35)</sup>, para maior proteção da transmissibilidade, é necessária a realização de diversas medidas em conjunto<sup>(27,31-32)</sup>, como as que devem ser efetivadas no retorno ao domicílio, pouco relatadas pelos idosos que moram sozinhos.

Reforça-se, por estes achados, considerando que a mudança de comportamento depende do contexto no qual o indivíduo está inserido e caracteriza-se pela imprevisibilidade das diferentes características sociodemográficas e econômicas<sup>(39)</sup>, a necessidade de ações educativas pelos enfermeiros, utilizando de estratégias de comunicação efetiva e construída junto com os idosos.

A associação entre o menor conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19 e o sexo masculino, identificada neste estudo, corrobora dados das pesquisas internacionais desenvolvidas nos Estados Unidos da América com adultos e idosos da comunidade nas quais os homens idosos apresentaram menor conhecimento das medidas preventivas, em comparação às mulheres e aos adultos ( $p < 0,001$ )<sup>(7-8)</sup>.

O menor conhecimento das medidas preventivas da COVID-19 pelos homens idosos pode estar relacionado à pouca valorização do autocuidado, preocupação incipiente com a saúde e dificuldades de compartilhar sentimentos e verbalizar as próprias necessidades<sup>(40)</sup>. Este cenário pode repercutir também nas taxas de mortalidade por COVID-19, que são superiores entre os idosos do sexo masculino<sup>(41-43)</sup>. Na Itália, 83,0% das mortes ocorreram entre aqueles com 60 anos ou mais de idade e, destes, 80,0% eram homens<sup>(42)</sup>. No último Boletim Epidemiológico, publicado em 23.05.2020, entre os óbitos confirmados por COVID-19, no Brasil, 69,4% tinham 60 anos ou mais de idade e 60,2% eram do sexo masculino<sup>(43)</sup>. Em Minas Gerais, segundo o Informe Epidemiológico da pandemia da COVID-19, publicado em 06.06.2020, 72,7% dos óbitos foram entre os idosos e 53,0% entre os homens<sup>(24)</sup>.

Neste contexto, as ações educativas em Enfermagem devem ser planejadas para abranger, também, os homens idosos que residem sozinhos. Dentre as competências do enfermeiro, além das práticas educativas, na rede de atenção à saúde<sup>(44)</sup>, ações de prevenção e detecção precoce das infecções pelo novo coronavírus devem ser realizadas durante a consulta de Enfermagem gerontológica.

Verificou-se, corroborando esta investigação, por pesquisa internacional com adultos e idosos da comunidade, que idosos com idade avançada e aqueles que residiam sozinhos tinham menor conhecimento em relação à COVID-19 ( $p < 0,001$ )<sup>(7)</sup>, denotando maior vulnerabilidade dos longevos à infecção pelo novo coronavírus<sup>(6)</sup>. Tais circunstâncias reforçam a necessidade de ações e intervenções específicas para idosos com 80 anos ou mais de idade que residem sozinhos, visto que podem necessitar de cuidados mais complexos e maiores investimentos em saúde, no caso de infecção pelo novo coronavírus<sup>(7)</sup>.

O vínculo entre os idosos longevos e o profissional de saúde foi associado à adesão às medidas preventivas da COVID-19 ( $p = 0,008$ ) em estudo desenvolvido no Estado do Ceará (CE)<sup>(16)</sup>. O vínculo com o profissional e serviço de saúde contribui para que os idosos atuem de forma ativa no processo saúde-doença-cuidado, além de proporcionar uma atenção integral à saúde<sup>(45)</sup>. A Política de Atenção Primária à Saúde prevê o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população, garantindo a continuidade das ações, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado<sup>(46)</sup>. Nessa perspectiva, o vínculo surge como elemento fundamental a favor da adesão dos idosos que residem sozinhos às medidas preventivas da COVID-19.

Pesquisa conduzida nos Estados Unidos da América também verificou que os idosos ( $p < 0,001$ ), assim como os que moravam sozinhos ( $p < 0,001$ ) e com baixa escolaridade ( $p < 0,001$ ), apresentaram pior conhecimento sobre a COVID-19<sup>(7)</sup>. A baixa escolaridade dos idosos pode ser considerada um fator de risco para a disseminação de infecções virais e para a evolução ao óbito<sup>(7,16)</sup>, uma vez que pode influenciar negativamente a maneira pela qual os idosos compreendem e realizam as práticas de cuidado com a saúde<sup>(47)</sup>. Além disso, o menor nível de escolaridade pode estar associado à classe social do idoso, sugerindo que os hábitos e condições de vida e o conhecimento sobre a COVID-19 influenciam o seu prognóstico<sup>(7,16)</sup>. Desta forma, idosos com menor escolaridade estariam mais propensos à infecção pelo novo coronavírus, pois utilizam o transporte público, geralmente, com aglomeração de pessoas, e possuem menores acessos a recursos médicos<sup>(16)</sup>.

Este contexto representa um desafio aos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros, na atenção ao idoso que mora só e com baixa escolaridade, sendo necessária a elaboração de estratégias que favoreçam o conhecimento e a adesão de medidas preventivas para evitar o contágio e a transmissão da COVID-19<sup>(16)</sup>. O enfermeiro deve atentar-se para a comunicação eficaz com esses indivíduos por meio de uma linguagem clara e objetiva sobre os cuidados



necessários para a prevenção da doença. No âmbito da Enfermagem, a comunicação é uma estratégia essencial na atenção à saúde do idoso, pois confere segurança e confiança do indivíduo ao profissional, para que exponha suas necessidades, fomentando uma interação positiva entre o ser cuidado e o enfermeiro<sup>(48)</sup>.

A pesquisa apresenta, como limitações, o delineamento transversal, o que inviabiliza a relação de causalidade dos eventos estudados e a amostra, que se restringiu aos idosos que possuíam telefone fixo e/ou celular. Entretanto, os resultados avançam na produção do conhecimento científico, com subsídios para a prática profissional do enfermeiro junto ao idoso que mora só, no momento da pandemia. Os achados reforçam a necessidade de ações em saúde sobre medidas preventivas da COVID-19 entre esses idosos, com atenção e uso de estratégias específicas ao homem idoso, com 80 anos e mais e que tem baixa escolaridade. Além disto, contribui para o direcionamento da atuação dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, que possuem maior contato com esses idosos, na realização de ações de Enfermagem, visando à prevenção das infecções pelo novo coronavírus.

## Conclusão

Maior percentual dos idosos que moravam sozinhos não apresentou sinais e sintomas da COVID-19, contudo, conhecia tanto a forma de transmissão, prevalecendo apertar as mãos, quanto os sinais e sintomas, sendo a febre o mais relatado.

Em média, os idosos referiram conhecer quatro medidas preventivas sobre a COVID-19, predominando o uso de máscaras. Entretanto, após o início do distanciamento social, os idosos, que saíram do domicílio, referiram realizar, em média, três medidas preventivas, sendo mais frequente o uso de máscaras.

O sexo masculino, a faixa etária de 80 anos ou mais e a menor escolaridade associaram-se ao menor conhecimento sobre as medidas preventivas da COVID-19.

Esses resultados poderão auxiliar no planejamento de ações sociais e de saúde voltadas à população idosa que mora sozinha frente à pandemia da COVID-19.

## Referências

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://portalarquivos2.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, Jieming 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](https://doi.org/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, Pogosjans 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.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>

Recebido: 23.06.2020

Aceito: 12.07.2020

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues


**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

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>