

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAYANE DE ALMEIDA FARIAS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS PÓS-
PANDEMIA DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**

JOÃO PESSOA - PB

2024

RAYANE DE ALMEIDA FARIAS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS PÓS-
PANDEMIA DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de Pesquisa vinculado: O cuidado das condições crônicas de saúde em idosos nos diferentes níveis de atenção à saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes de Faria Pontes

JOÃO PESSOA - PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F224c Farias, Rayane de Almeida.

Condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas pós-pandemia da covid-19 em um município Paraibano / Rayane de Almeida Farias. - João Pessoa, 2024.

80 f.

Orientação: Maria de Lourdes de Farias Pontes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Idoso. 2. COVID-19. 3. Cognição. 4. Saúde Mental.
I. Pontes, Maria de Lourdes de Farias. II. Título.

UFPB/BC

CDU 578.834:613.86-053.9(043)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ATA DA 560ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

01 Às 14:00 horas do dia 28 de fevereiro, realizou-se a sessão de defesa de dissertação da(o)
02 discente RAYANE DE ALMEIDA FARIAS, regularmente matriculada no curso de MESTRADO EM
03 ENFERMAGEM da Universidade Federal da Paraíba, que apresentou a dissertação intitulada "Condições
04 de Saúde Mental e Cognitiva de pessoas idosas pós-pandemia da COVID-19 em um município
05 paraibano". Compunham a banca examinadora as/os docentes Dra. Maria de Lourdes de Farias Pontes
06 (Orientadora), Dra. Ana Suerda Leonor Gomes Leal (Membro Externo - UFPB), Dra. Greicy Kelly
07 Gouveia Dias Bittencourt (Membro Interno - UFPB), Dra. Edilene de Araújo Monteiro (Membro Externo
08 Suplente - UFPB), Dra. Jacira dos Santos Oliveira (Membro Interno Suplente). Após a exposição do
09 trabalho, a aluna foi submetida à arguição, dispondo cada membro da banca de 20 minutos. Encerrada a
10 sessão pública de apresentação e de defesa do trabalho final, a comissão examinadora, em sessão secreta,
11 deliberou sobre o resultado e atribuiu ao trabalho o conceito Aprovada. Nada
12 mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às 16:00 horas e eu, Profa. Maria de Lourdes de
13 Farias Pontes, presidi a banca examinadora da defesa da dissertação e lavrei a presente ata, que depois
14 de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da banca.

João Pessoa, 28 de Fevereiro de 2024.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A)	Maria de Lourdes de Farias Pontes
MEMBRO EXTERNO	Ana Suerda Leonor Gomes Leal
MEMBRO INTERNO	Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
SUPLENTE EXTERNO	
SUPLENTE INTERNO	

RAYANE DE ALMEIDA FARIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Maria de Lourdes de Farias Pontes – Presidente/UFPB

Profª Drª Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt – Membro Interno Titular/UFPB

Profª Drª Ana Suerda Leonor Gomes Leal – Membro Externo Titular/UFPB

Profª Drª Jacira – Membro Interno Suplente/UFPB

Profª Drª Edilene Araújo Monteiro – Membro Externo Suplente/UFPB

Deus é poderoso para fazer
infinitamente mais do que tudo
quanto pedimos ou pensamos,
mediante seu poder que atua em
nós!

Efésios 3.20

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida Profa Dra Lourdes, minha orientadora e amiga, aquela que orienta, aconselha e cuida.

Foi quem me ensinou a andar nessa jornada científica e quem segurou minha mão e acompanhou cada passo até aqui.

Obrigada por sempre ouvir, compreender, exortar, incentivar e vibrar conosco.

A trajetória foi mais leve, prazerosa e transformadora com seus ensinamentos e exemplos.

Dedico toda minha gratidão e amor.

AGRADECIMENTOS

Deus, “dono de toda ciência e sabedoria”. “O começo, meio e fim”. À Ele “tudo que tenho, sou e o que serei”. A razão de todo pensar, desejar e existir. A essência do que sou, toda gratidão, honra e exaltação!

Meus pais, Raminho e Maria, que sonham comigo, acreditam sempre e me impulsionam a seguir. Por vocês e pra vocês o melhor que eu possa ser e tudo aquilo que eu puder alcançar. Sempre serão os grandes amores da minha vida.

Meus irmãos, José Roberto Neto (Netinho) e Jacielly, a felicidade e a realização que eu possa ter na vida se concretizam com vocês. Eu amo com toda minha força.

Meus sobrinhos, Maria Beatriz, José Fernandes, Elisa e Maria Neta, a fonte de amor que renova minhas forças todos os dias. O abraço e aconchego que renovam os desejos e a força de vontade. Que me impulsiona a caminhar um pouco mais.

Ana e Júnior, meus primos parceiros e melhores amigos que caminharam comigo, que ouviram os medos, os sonhos e aliviaram o fardo dessa jornada com um conselho, um sorriso, um silêncio de compreensão ou mesmo um abraço sempre necessário.

Vó Zefinha, meu grande amor e objetivo de inspiração de um cuidado excelente à pessoa idosa.

Meus tios e primos, obrigada por cada oração, palavra de apoio e torcida em toda trajetória.

À toda equipe do PPGENF/UFPB, pelo acolhimento, disponibilidade e colaboração de sempre. Um orgulho gigante fazer parte desse programa.

Meu querido GEPEP, o grupo que me descobriu, me acolheu e me permitiu crescer, Gratidão meninas, por todo apoio e parceria sempre. Vamos além, vamos conquistar muito mais.

À equipe de saúde da SMS de Alagoinha - PB, pela parceria e disposição em colaborar com informações e acompanhamento presencial, pela torcida sempre.

Aos meus queridos idosos, objeto principal desse trabalho, sempre dispostos a nos receber e colaborar. Muita saúde pra vocês.

Sou toda gratidão!!!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização socioeconômica da pessoa idosa e comparação por grupo segundo COVID-19. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	37
Tabela 2	Morbidades e sua relação com a COVID-19 em pessoas idosas. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	38
Tabela 3	Aspectos clínicos relacionados à COVID-19 na pessoa idosa. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	40
Tabela 4	Descrição da amostra e comparação por grupo segundo déficit cognitivo. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	41
Tabela 5	Descrição da amostra e comparação por grupo segundo depressão (critério 5). Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	43
Tabela 6	Descrição da amostra e comparação por grupo segundo depressão (critério 6). Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	45
Tabela 7	Descrição da amostra e comparação por grupo segundo sofrimento mental. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	48
Tabela 8	Descrição da amostra e comparação por grupo segundo estresse. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	50
Tabela 9	Descrição da amostra e comparação por grupo segundo ansiedade geriátrica. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	51
Tabela 10	Correlação linear entre os escores quantitativos das escalas. Alagoinha, PB, Brasil, 2023. (n=171)	53

LISTA DAS ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1	Sintomatologia da COVID Longa	25
Figura 2	Localização do município de Alagoinha, Paraíba, Brasil	29

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAI	Inventário de Ansiedade Geriátrica
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IQR	Amplitude Interqualítica
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MPP	Município de Pequeno Porte
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família

FARIAS, R. A. **Condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas pós-pandemia da COVID-19 em um município de pequeno porte.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, 2024.

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 trouxe consequências negativas na saúde da pessoa idosa. Uma forma nova, multifacetada e complexa de estressor psicossocial à pessoa idosa, a partir do isolamento social que mudou a realidade, influenciando no ambiente e rotina, mesmo daqueles não infectados. O aparecimento de sintomas como o déficit cognitivo associado à fadiga mental e alterações de memória podem ser consequências da Síndrome da COVID-19, associado a quadros de depressão e ansiedade. **Objetivo:** Avaliar as condições de saúde mental e cognitiva das pessoas idosas de um município paraibano pós-pandemia da COVID-19. **Método:** estudo descritivo, transversal e quantitativo realizado com 171 idosos. Foi desenvolvido no domicílio dos idosos no município de Alagoinha – PB entre abril a novembro de 2023, através da aplicação do Roteiro estruturado para caracterização sociodemográfica, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Teste SRQ20, Escala de Estresse Percebido e o Inventário de Ansiedade Geriátrica. A análise quantitativa foi feita no *software* R versão 4.3.1, em dois grupos: acometidos e não acometidos por COVID-19. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 5.912.691. **Resultados:** Prevaleram pessoas idosas na faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo feminino, casadas, analfabetas, com baixa renda, com pelo menos uma morbidade. A maior parte dos participantes referiu não ter tido COVID-19, não ter realizado teste, e não ter apresentado sintomas pós-COVID, referiram o uso de máscara e tomaram, no mínimo, três doses de vacina contra COVID-19. Não apresentaram déficit cognitivo, depressão ou sofrimento mental, mas algum sinal de ansiedade e estresse. Considerando as relações, a partir da análise de correlação linear entre as variáveis quantitativas do estudo, levando em consideração a ocorrência de COVID-19, obteve-se naqueles que não tiveram COVID-19 uma correlação linear positiva forte entre depressão e sofrimento mental ($r = 0,75$ e $p\text{-valor} < 0,0001$) e ansiedade geriátrica ($r = 0,63$ e $p\text{-valor} < 0,0001$), bem como entre sofrimento mental e ansiedade geriátrica ($r = 0,83$ e $p\text{-valor} < 0,0001$). Entre idosos acometidos por COVID-19 houve uma correlação linear positiva forte/moderada entre depressão e sofrimento mental ($r = 0,70$ e $p\text{-valor} < 0,0001$) e ansiedade geriátrica ($r = 0,50$ e $p\text{-valor} < 0,0001$), bem como entre sofrimento mental e ansiedade geriátrica ($r = 0,69$ e $p\text{-valor} < 0,0001$). Por fim, observa-se uma correlação linear positiva moderada entre estresse e ansiedade geriátrica ($r = 0,32$ e $p\text{-valor} = 0,0005$). **Conclusão:** Os achados da pesquisa são relevantes, pois representam dados úteis para reflexões acerca das repercussões da COVID-19 na saúde mental e cognitiva das pessoas idosas pós-pandemia. Assim, destaca-se a contribuição deste estudo para Enfermagem na perspectiva de observar, identificar e orientar o cuidado e planejar ações, sendo estas destinadas à prevenção de agravos como déficit cognitivo, depressão e ansiedade.

Descritores: Idoso; COVID-19; Cognição; Saúde Mental

FARIAS, R. A. **Mental and Cognitive Health Conditions of Elderly People Post COVID-19 Pandemic in a Small Municipality.** Dissertation (Master in Nursing) – Federal University of Paraíba, 2024.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic surpassed many others, bringing negative consequences to the health of older people. Since the COVID-19 pandemic has become a new, multifaceted and complex form of psychosocial stressor, the elderly person, due to social isolation, has changed reality, influencing the environment and routine, even of those who are not infected. Cognitive deficit associated with mental fatigue and memory changes may be consequences of COVID-19 Syndrome, in addition, depression and anxiety are notable.

Objective: To evaluate the mental and cognitive health conditions of elderly people in a small municipality post-COVID-19 pandemic. **Method:** This is a descriptive, observational, cross-sectional study with a quantitative approach carried out with 171 elderly people. The study carried out in the homes of elderly people in the city of Alagoinha – PB from April to November 2023. The quantitative analysis was carried out using the R software version 4.3.1. The research was approved by the Research Ethics Committee with opinion no 5,912,691.

Results: Elderly people aged between 60 and 69 years old, female, married, illiterate, with low income, had at least one comorbidity, reported not having had COVID-19, did not take a test, had no post-COVID symptoms prevalent, use of mask and vaccination present. Furthermore, they did not present cognitive deficits, depression or mental distress, but they did show some signs of anxiety and stress. Considering the relationships, a linear correlation analysis was proposed between the quantitative variables of the study, taking into account elderly people who did not have COVID-19, there was a weak negative linear correlation between cognitive impairment and depression ($r = -0.30$ and $p\text{-value} = 0.0227$) and mental suffering ($r = -0.29$ and $p\text{-value} = 0.0324$). On the other hand, there was a strong positive linear correlation between depression and mental distress ($r = 0.75$ and $p\text{-value} < 0.0001$) and geriatric anxiety ($r = 0.63$ and $p\text{-value} < 0.0001$), as well as between mental suffering and geriatric anxiety ($r = 0.83$ and $p\text{-value} < 0.001$). Among elderly people affected by COVID-19, we observed a weak negative linear correlation between cognitive deficit and depression ($r = -0.23$ and $p\text{-value} = 0.0141$) and mental suffering ($r = -0.20$ and $p\text{-value} = 0.0349$). And also a strong/moderate positive linear correlation between depression and mental distress ($r = 0.70$ and $p\text{-value} < 0.0001$) geriatric anxiety ($r = 0.50$ and $p\text{-value} < 0.001$), as well as between mental suffering and geriatric anxiety ($r = 0.69$ and $p\text{-value} < 0.0001$). Finally, a moderate positive linear correlation is observed between stress and geriatric anxiety ($r = 0.32$ and $p\text{-value} = 0.0005$). **Conclusion:** The research findings are relevant, as they represent useful data for reflections on the repercussions of COVID-19 on the mental and cognitive health of elderly people post-pandemic. Thus, the contribution of this study to Nursing stands out from the perspective of observing, identifying and guiding care and planning actions, which are aimed at preventing problems such as cognitive deficits, depression and anxiety.

Descriptors: Aged; Covid-19; Cognition; Mental Health.

FARIAS, R. A. **Condiciones de la Salud Mental y Cognitiva de Personas Mayores Pospandemia de COVID-19 en un Pequeño Municipio.** Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Federal de Paraíba, 2024.

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19 superó a muchas otras, trayendo consecuencias negativas para la salud de las personas mayores. Dado que la pandemia de COVID-19 se ha convertido en una forma nueva, multifacética y compleja de estresor psicosocial, la persona mayor, debido al aislamiento social, ha cambiado la realidad, influyendo en el entorno y la rutina, incluso de quienes no están infectados. El déficit cognitivo asociado a la fatiga mental y cambios en la memoria pueden ser consecuencias del Síndrome COVID-19, además, se destacan la depresión y la ansiedad. **Objetivo:** Evaluar las condiciones de salud mental y cognitiva de personas mayores en un municipio pequeño pos-pandemia de COVID-19. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con 171 personas mayores. El estudio se realizó en residencias de personas mayores. El estudio se realizó en residencias de personas mayores de la ciudad de Alagoinha – PB, de abril a noviembre de 2023. El análisis cuantitativo se realizó con el software R versión 4.3.1. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con dictamen nº 5.912.691. **Resultados:** Predominaron los adultos mayores con edades entre 60 y 69 años, del sexo femenino, casados, analfabetos, de bajos ingresos, presentaron al menos una comorbilidad, reportaron no haber tenido COVID-19, no se realizaron pruebas, no presentaron síntomas post-COVID, uso de mascarilla y vacunación presente. Además, no presentaron déficits cognitivos, depresión o malestar mental, pero sí algunos signos de ansiedad y estrés. Considerando las relaciones, se propuso un análisis de correlación lineal entre las variables cuantitativas del estudio, teniendo en cuenta la ocurrencia de COVID-19. Así, entre las personas mayores que no tenían COVID-19, hubo una correlación lineal negativa débil entre el deterioro cognitivo y la depresión ($r = -0,30$ y valor $p = 0,0227$) y el sufrimiento mental ($r = -0,29$ y valor $p = 0,0324$). Por otro lado, hubo una débil correlación lineal positiva entre depresión y malestar mental ($r = 0,75$ y valor $p < 0,0001$) y ansiedad geriátrica ($r = 0,63$ y valor $p < 0,0001$), así como entre sufrimiento mental y ansiedad geriátrica ($r = 0,83$ y valor de $p < 0,001$). Entre las personas mayores afectadas por COVID-19, observamos una débil correlación lineal negativa entre el déficit cognitivo y la depresión ($r = -0,23$ y valor $p = 0,0141$) y el sufrimiento mental ($r = -0,20$ y valor $p = 0,0349$). Y también una correlación lineal positiva débil/moderada entre depresión y malestar mental ($r = 0,70$ y valor $p < 0,0001$) y ansiedad geriátrica ($r = 0,50$ y valor $p < 0,0001$), así como entre sufrimiento mental y ansiedad geriátrica ($r = 0,69$ y valor $p < 0,0001$). Finalmente, se observa una correlación lineal positiva moderada entre estrés y ansiedad geriátrica ($r = 0,32$ y valor $p = 0,0005$). **Conclusión:** Los hallazgos de la investigación son útiles, ya que representan datos relevantes para reflexionar sobre el impacto de la COVID-19 en la salud mental y cognitiva de las personas mayores pospandemia. En este sentido, se destaca la relevancia de los resultados de este estudio para la Enfermería desde la perspectiva de observar, identificar y orientar acciones de cuidado y planificación, que tengan como objetivo prevenir problemas como déficits cognitivos, depresión y ansiedad.

Descriptores: Anciano; Covid-19; Cognición; Salud Mental.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1. Condições de saúde de pessoas idosas no contexto da Pandemia da COVID-19	24
3.2 A pandemia da COVID-19 e sua relação com a saúde mental e cognitiva	24
4 MÉTODO	28
4.1 Delineamento do Estudo	28
4.2 Cenário de Estudo	28
4.3 População e Amostra	30
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	31
4.5 Coleta de Dados	31
4.6 Instrumentos para Coleta de Dados	32
4.7 Análise de Dados	34
4.8 Posicionamento Ético	35
5 RESULTADOS	37
5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa idosa	37
5.2 Aspectos da função cognitiva em idosos pós-pandemia da COVID-19	41
5.3 Aspectos da depressão em idosos pós-pandemia da COVID-19	42
5.4 Aspectos do sofrimento mental em idosos pós-pandemia da COVID-19	47
5.5 Aspectos segundo o estresse em idosos pós-pandemia da COVID-19	49
5.6 Aspectos segundo a ansiedade geriátrica	50
5.7 Correlação linear e os escores quantitativos das escalas de déficit cognitivo, ansiedade, depressão, sofrimento mental e estresse	52
6 DISCUSSÃO	55
Limitações do Estudo	58
7 CONCLUSÃO	60
Recomendações	60

8 REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	69
Apêndice I – Termo de Cossentimento Livre e Esclarecido	69
Apêndice II – Instrumentos de Coleta de Dados	71
SEÇÃO A – Informações pessoais	71
SEÇÃO B – Perfil Social	71
SEÇÃO C – Problemas de Saúde	72
ANEXO I	73
SEÇÃO A – Mini Exame do Estado Mental	73
SEÇÃO B – Escala de Depressão Geriátrica	75
SEÇÃO C – Teste SRQ20	75
SEÇÃO D – Escala de Estresse Percebido	77
SEÇÃO E – Inventário de Ansiedade Geriátrica	78
ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP	79

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante minha jornada acadêmica, que iniciou em 2012, quando ingressei no Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em Campina Grande, senti a necessidade de desenvolver minha formação em todos os aspectos, assim, meu interesse por projetos de pesquisa, extensão e monitoria. Em 2013, tive a oportunidade de dar continuidade a essa formação no Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tendo concluído em novembro de 2018. Foram anos felizes e de muito crescimento que me levaram a concretização de um sonho: ser Enfermeira!

A aproximação com idosos ocorreu desde o início da minha vivência acadêmica, a partir do terceiro semestre, quando tive a honra de ingressar em Projeto de Iniciação Científica (PIBIC) e trabalhar com a temática “Qualidade de Vida de Idosos”. Posteriormente, segui desenvolvendo outras pesquisas com as temáticas: Síndrome de Fragilidade, cognição, depressão e capacidade funcional de idosos. Desde então, sempre estive envolvida com trabalhos da área de Gerontologia, em projeto de extensão, projeto de monitoria ou Iniciação Científica o que me fez compreender a importância do atendimento integral e adequado para a saúde da pessoa idosa compreendendo os seus aspectos físico, mental e funcional.

Ao ingressar no mundo do trabalho, obtive um período de experiência profissional atuando na regulação de exames e consultas, além disso, acompanhava de perto ações desenvolvidas com idosos em âmbito municipal. Durante essa fase, realizei um dos meus grandes desejos e ingressei no Mestrado Acadêmico em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB) e segui trabalhando com a Saúde do Idoso. Atualmente, venho desenvolvendo a função de Gestora em Saúde do Município de Alagoinha-PB, na qual consigo visualizar as necessidades de saúde desse público e as fragilidades que ocorrem na assistência.

Advinda à pandemia da COVID-19, vieram enormes desafios de cuidado e ficaram sequelas dessa devastadora doença. Os aspectos de saúde mental dos indivíduos foram fortemente afetados, dentre eles, os idosos que sofreram com isolamento social e foram pressionados a viver uma nova realidade mesmo com dependências e limitações da idade. Diante disso, surgiu a necessidade de trabalhar à temática em questão. A experiência anteriormente vivenciada de ter estudado e pesquisado sobre depressão e ansiedade, levaram ao desenvolvimento dessa pesquisa que aborda as condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas no período pós-pandemia da COVID-19 e verificar esse impacto em um município de pequeno porte.

Esta dissertação de mestrado está estruturada em sete capítulos: Introdução, Objetivos, Revisão teórico-conceitual, Método, Resultados, Discussão e Conclusão, seguidos de lista de Referências, Apêndices e Anexos.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O mundo sofre com epidemias, eventualmente. No entanto, a pandemia causada pelo Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), o novo coronavírus superou muitas outras, de modo que seus efeitos têm sido equivalentes à Gripe Espanhola, que ocorreu no ano de 1918. Com atenção especial para os grupos de risco, estando os idosos enquadrados neste grupo, tem-se buscado iniciativas para conter o contágio dessa doença e seus efeitos (OLIVEIRA, 2020).

Concomitantemente à pandemia, vivenciamos o prevalente envelhecimento populacional, tanto em nível mundial como nacional, sendo o principal evento demográfico do século XXI (YENILMEZ, 2015; GRAGNOLATI, 2011).

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, ocorre desde o início do ano de 2020, conforme a Organização Mundial de Saúde. Caracteriza-se como uma doença de caráter respiratório, podendo se manifestar como uma Síndrome Gripal (SG), com sintomas mais leves, como febre, tosse, dor de garganta, mialgias e artralgias, ou ainda através de uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conhecida como um agravamento da síndrome gripal, com dispneia e desconforto respiratório, requerendo oxigenoterapia para seu tratamento (SILVA FILHO, SILVA & PAIVA; 2020).

Em 18 de março de 2020, houve o primeiro caso registrado na Paraíba. Provavelmente, um caso importado, pois o paciente do sexo masculino, 60 anos de idade apresentava histórico de viagem para a Europa (SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2022). Estudo retrospectivo realizado na Paraíba apresentou uma amostra de 26.924 idosos com 60 anos ou mais avaliados no primeiro ano da pandemia, com diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus, comprovado através de teste (LEITE, 2022).

Atualmente, em 14 de fevereiro de 2024, a Paraíba já registra 724.559 casos de infecção pelo SARS-CoV-2, destes, 127.579 são de pessoas com idade ≥ 60 anos (SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2024).

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) leva o indivíduo a um período de quarentena, o que pode acarretar transtorno de estresse. Além disso, estudos revelaram que os idosos ficam mais predispostos à insônia, baixa concentração e indecisão, exaustão, irritabilidade, desempenho no trabalho prejudicado, resistência para trabalhar ou possibilidade de demissão, e ansiedade no relacionamento com outras pessoas (BANERJEE, 2020).

Segundo He et. al. (2020), o déficit cognitivo associado a fadiga mental e alterações de memória podem ser consequências da Síndrome da COVID-19, além disso, é notável quadros de depressão e ansiedade. Uma revisão integrativa da literatura apresenta estudos que apontam consequências psicológicas associadas ao coronavírus e ao isolamento social que o mesmo acarreta, dentre os quais, o medo, o estresse e a depressão (CRUZ et. al., 2022).

O isolamento social está atribuído ao elevado risco de diversos problemas crônicos, autoimunes, neurocognitivos e de saúde mental, significando uma importante preocupação de saúde pública. Constata-se que os idosos com histórico de doenças mentais, estão mais susceptíveis a recaídas e ao desenvolvimento de depressão e ansiedade. Considerando a dependência de ajuda que muitos idosos possuem de ajuda para a prática de atividades de vida diárias, o distanciamento social agravou a sensação de solidão (COSTA, 2020).

Comprova-se a partir dos dados de um estudo realizado na China, em que 8,1% das pessoas com COVID-19 apresentaram nível moderado a grave de estresse, 16,5% sentiram sintomas médios e graves de depressão e 28,8% de sintomas médios a graves de ansiedade (SHARMA & SHARMA, 2021).

Da Costa e Mendes (2020) apontam que medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos pré-existent, com isso durante epidemias e pandemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infecção, tragédias anteriores mostraram que as implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia e que os impactos psicossociais e econômicos podem ser incalculáveis se considerarmos sua ressonância em diferentes contextos.

De acordo com publicações recentes a população de idosos reagiu comportamental e emocionalmente à pandemia, observando uma queda considerável em seu bem estar psicológico, alta vulnerabilidade a estresse e o desenvolvimento de ansiedade e depressão (PÉREZ et al, 2020; HAYEK et al, 2020).

Todavia, em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2023), decretou o fim da Emergência de Saúde Pública Internacional (ESPII) referente à COVID-19, em Genebra, Suíça. Graças ao declínio de hospitalizações, internações em unidades de terapias intensivas e, conseqüentemente a predisposição de queda das mortes por COVID-19. Também constatou-se a população com altos níveis de imunidade da população ao SARS-CoV-2.

No entanto, isso não representa que a COVID-19 deixou de ser ameaça à saúde, mas que é necessária uma transição para “manejo da COVID-19 associada a outras doenças infecciosas”. Importante continuar empenhados na vacinação e fortalecer a vigilância

As repercussões causadas pela COVID-19, ressaltando as psicológicas causadas por um confinamento social se somam as doenças físicas e mentais preexistentes; o impacto tem sido significativo e a nível emocional que podem chegar facilmente a cronicidade pela qual se devem tomar ações de cuidado da saúde mental neste grupo (HAYEK et al, 2020). Isto leva a abrir uma nova vertente para potencializar quais são as principais marcas psicológicas resultantes dos períodos de confinamento social devido à quarentena e estabelecer as alterações de saúde mental que permanecem ou ocorrem em idosos durante uma nova realidade pós-pandemia, onde a enfermagem desempenha um papel fundamental (GONZÁLEZ-SOTO, 2021).

Entende-se que a realização do presente estudo contribuirá para a identificação de possíveis lacunas de cuidado e ações relativas à COVID-19 em pessoas idosas, podendo assim esclarecer os desdobramentos desse processo e permitir novas avaliações e planejamentos à adequação do processo e a implementação de ações eficazes.

Neste sentido, espera-se que as evidências científicas geradas neste estudo contribuam para reflexões e discussões acerca do impacto desencadeado na saúde mental e cognitiva da pessoa idosa. E ainda, que este estudo subsidie e fomente novas investigações sobre o tema.

A partir do exposto, emergiu o seguinte questionamento que norteia este estudo: As condições de saúde mental e cognitiva das pessoas idosas sofreram alterações após a pandemia da COVID-19? Para responder a referida questão, o objetivo da pesquisa é avaliar as condições da saúde mental e cognitiva de pessoas idosas de um município paraibano pós-pandemia da COVID-19.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

✓ Avaliar as condições da saúde mental e cognitiva de pessoas idosas de um município paraibano pós-pandemia da COVID-19.

2.2. Objetivos Específicos

✓ Caracterizar as pessoas idosas quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e clínicos (realização de teste, classificação dos sintomas, internação e sintomas referidos pós-COVID);

✓ Descrever os aspectos da saúde mental quanto aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-COVID;

✓ Avaliar as funções cognitivas das pessoas idosas;

✓ Correlacionar as associações entre os dados socioeconômicos, demográficos e clínicos com sintomas de depressão, ansiedade, estresse e cognição;

✓ Comparar as condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas que foram acometidas e não acometidas por COVID-19.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Condições de saúde de pessoas idosas no contexto da Pandemia da COVID-19

O SARS-CoV-2 trata-se de um vírus que pode se manifestar de diferentes maneiras em cada organismo. Indivíduos de todas as faixas etárias, sexos, raças e condições fisiológicas são igualmente suscetíveis ao vírus, mas idosos e imunocomprometidos, indivíduos com outras comorbidades, como diabetes, hipertensão, câncer, asma e anormalidades cardiovasculares são mais gravemente afetados, com uma maior taxa de mortalidade de casos (Lin et al, 2020; Chen et al, 2020).

Além disso, um estudo realizado na Itália, incluindo 1.625 casos fatais de COVID-19 foi relatado, e desses, 139 estavam na faixa etária entre 60 a 69 anos, 578 entre 70 a 79 anos e 850 pacientes possuíam 80 anos de idade ou acima, ratificando a maior mortalidade associada a COVID-19 na população geriátrica (ONDER; REZZA; BRUSAFERRO, 2020).

No Brasil, os idosos também se configuram como um grupo vulnerável na pandemia, compondo 53% dos óbitos por COVID-19 em 2020. Há um risco de morte aumentado substancialmente nesse grupo se comparado às outras faixas etárias, devido ao sistema imune mais frágil e a maior prevalência de doenças crônicas (BRASIL, 2020).

Atualmente, vemos um declínio de casos bem como de óbitos por COVID-19 associado ao efeito da vacinação que proporcionou essa queda e controle de casos e consequências negativas. Todavia, observa-se registro de casos de pessoas idosas com sintomas pós-COVID-19.

3. 2. A pandemia da COVID-19 e sua relação com a saúde mental e cognitiva

A Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou, em março de 2020, pandemia em decorrência da doença causada pela infecção por coronavírus tipo 2, responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pelo coronavírus (SARS-CoV-2) (HUANG, HUANG, WANG, 2021).

De rápido contágio, no início de julho de 2021, mais de 191 milhões de pessoas já tinham sido infectadas pelo SARS-CoV-2 em todo o mundo e seguia se expandido. É um tipo de infecção com sintomatologia variada, que em sua fase aguda é caracterizada como doença

pulmonar aguda e se manifesta através de pneumonia e da síndrome do desconforto respiratório agudo (ROTHAN, BYRAREDDY, 2020).

A COVID-19, em sua fase aguda, possui sintomas que duram entre 5 a 12 dias (LECHIEN et. al, 2020). Todavia, algumas pessoas podem desenvolver sintomas persistentes que perduram por semanas ou meses. A sintomatologia é altamente heterogênea incluindo dispneia, palpitações, confusão mental, depressão, ansiedade, fadiga, sintomas gastrointestinais, entre tantos outros.

Atualmente, lida-se com a realidade do pós-COVID-19 caracterizada como uma síndrome de sintomas persistentes e/ou complicações tardias ou de longo prazo, além de 4 semanas do início dos sintomas (NALBANDIAN et al, 2021), conforme é possível observar na Figura 1 (LOPEZ-LEON et al, 2022).

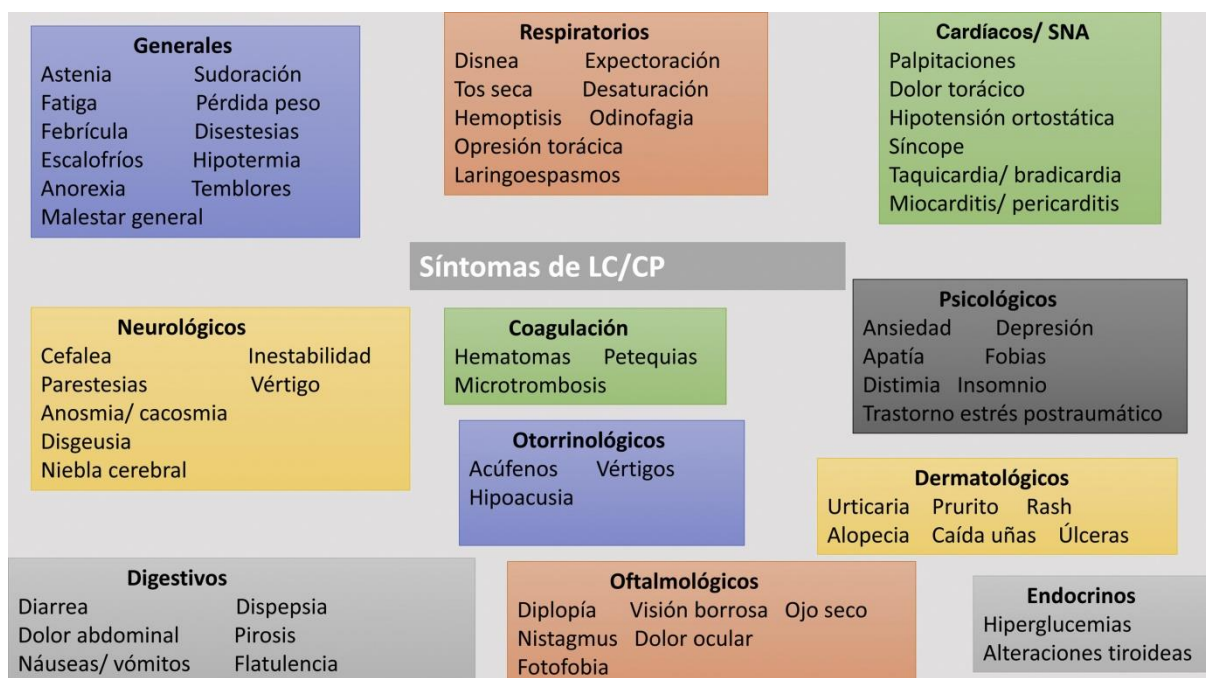


Figura 1. Sintomatologia de COVID longa. FONTE: LÓPEZ-SAMPALO et al, 2022.

Vários estudos ao redor do mundo apontam desfechos neurocognitivos em pacientes pós COVID-19. Conforme Romero-Duarte et. al. (2021, p.129), na Andaluzia (Espanha) foi realizado em 4 centros, estudo de coorte retrospectivo multicêntrico para analisar a prevalência em 962 pacientes que foram hospitalizados na fase aguda, destes, “63,9% desenvolveram sintomas após meses sendo acompanhados, 42% sintomas respiratórios, 36,1% sistêmicos, 20,8% neurológicos e 12,2% psicológicos”.

Em Whuan (China), um estudo de coorte prospectivo, avaliou 1.733 indivíduos seis meses após o início dos sintomas da COVID-19, predominantemente 76% apresentaram pelo menos um sintoma, apontando-se mais frequente fadiga/fraqueza muscular, seguido por dificuldade de sono (26%) e ansiedade/depressão (23%) (HUANG et. al., 2021).

Ocorre que o SARS-CoV-2 entra no sistema nervoso através da proteína enzimática transmembrana ACE2, que por afinidade se liga à proteína S spike. O receptor ACE2 se expressa nas células endoteliais do cérebro (PEZZINI, PADOVANI, 2020), assim a integridade da barreira hematoencefálica pode ser danificada pela proteína S, além de provocar forte resposta imunológica causada pela liberação de ocitocinas. Além disso, o vírus pode afetar o sistema nervoso periférico por meio da interação com os receptores ACE2, resultando em complicações neuromusculares (KORALNIK, TYLER, 2020).

Heneka et. al. (2020) destaca que dos sintomas neurológicos frequentes apresentam dores de cabeça semelhantes à enxaqueca. Comprometimento cognitivo, caracterizado como “névoa cerebral”, associado à dificuldade de concentração, perda de memória, comprometimento de funções executivas ou linguagem receptiva (ARCA; STARLING, 2020).

Uma série de sintomas psiquiátricos podem se manifestar após a infecção inicial, sendo os mais comuns a ansiedade e a depressão (30-40%), bem como insônia, sintomatologia obsessivo-compulsiva e transtorno de estresse pós-traumático (PUNTMANN et. al., 2020).

A partir disso, entende-se que a pandemia da COVID-19 tornou-se uma forma nova, multifacetada e complexa de estressor psicossocial (FIORILLO, et. al., 2020), pois trouxe impactos significativos à pessoa idosa, a partir do isolamento social que mudou a realidade, influenciando no ambiente e rotina, mesmo daqueles não infectados (NESTOLA, et al., 2020); promovendo, dessa forma, uma solidão incalculável, tornando-lhes vulneráveis a transtornos mentais (D’CRUZ; BANERJEE, 2020).

Além do mais, a ilimitada exposição às informações e recomendações conflitantes, divulgadas por fontes oficiais e não oficiais (MENG et. al., 2020), leva ao sofrimento mental ao qual a pessoa idosa fica exposta e tornou-se um problema significativo de saúde pública. (WONG, et al., 2020).

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Consoante com o estudo de Gil (2022), podemos interpretar a pesquisa descritiva como a apresentação das características em questão de determinada população, com escopo de reconhecer possíveis relações entre variáveis possibilitando uma proximidade com o problema, para torná-lo mais compreensível ou a elaborar hipóteses. Nesse caso, conforme Markoni & Lakarto (2022) compõe esse grupo as pesquisas que investigam características de um grupo, como sexo, idade, nível de escolaridade, nível socioeconômico, dentre outras.

Os estudos transversais são caracterizados como estudos de prevalência, pois dispõem de informações sobre a frequência em que ocorre uma doença ou evento em uma determinada população. Comumente, muito usado em Saúde Pública ou Coletiva, pois fornecem cortes instantâneos sobre a situação de saúde de uma população específica ou comunidade. Este tipo de estudo contribui, através do evento estudado, com informações sobre distribuição e características que produz indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Assim, podem ser úteis fornecendo condições para o mapeamento de um grupo populacional, a fim de melhor caracterizá-lo, facilitando para a avaliação e planejamento das necessidades de serviços de saúde com a criação de programas de promoção de saúde (CHIAVEGATO; PADULA, 2020).

Por sua vez, a abordagem quantitativa é aquela que aborda as variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e para classificá-los e analisá-los, emprega recursos rígidos e técnicas estatísticas. Assim, quantificam relações entre variáveis e o quanto essas relações são fortes, pois possui como meta apontar relações de causa a um fenômeno (GIL, 2022). Segundo, Markoni & Larkato (2022) é imprescindível, seguir as regras das abordagens quantitativas, pois produz um efeito de sentido de confiabilidade, validade, e suas conclusões contribuem para gerar conhecimento. Esse processo tem como base as regras da Lógica, particularmente do raciocínio dedutivo: com base na teoria, deriva expressões lógicas, as hipóteses, que deverão ser testadas.

4.2. Cenário de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Alagoinha no Estado da Paraíba. O município de Alagoinha fica localizado no Agreste paraibano, na região intermediária de João Pessoa – PB e imediata de Guarabira – PB (IBGE, 2021), fazendo limite com os municípios de Mulungu 12,5 km, Guarabira 12 km, Cuitegi 7km, Areia 16,5 km, Alagoa Grande 18 km (FAMUP, 2024). Fica localizado a 100,5km da capital João Pessoa.

Possui área territorial de 111,361 km² e população estimada de 13.725 pessoas, conforme resultados do último censo (IBGE, 2022), considerado município de pequeno porte (MPP), pois possui população inferior a 20 mil habitantes (LIMA, VIANA, MACHADO, 2014).

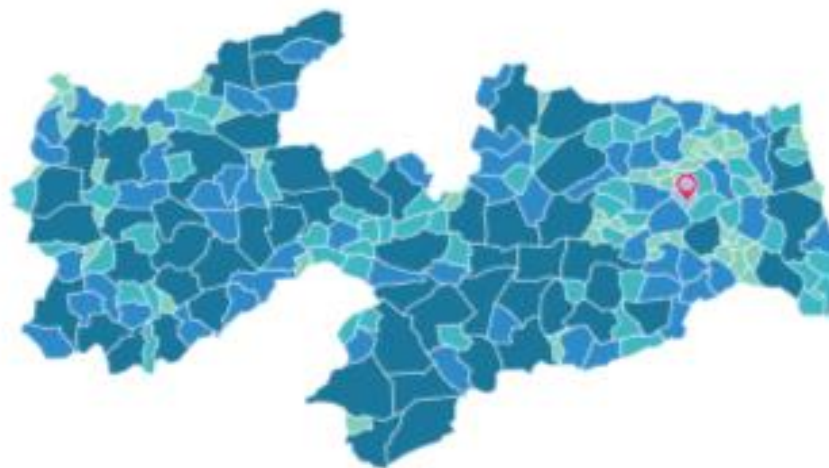


FIGURA 2 – Localização do município de Alagoinha, Paraíba, Brasil. FONTE: Adaptado de IBGE, 2022.

A Rede de Atenção à Saúde do município é composta por sete Unidades de Saúde da Família (USF), uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atende Alagoinha e outras três cidades da região, além de um Pronto Atendimento Municipal. No que se refere à Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS), dispõe-se de um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) que atende um público de pessoas de todas as faixas etárias com sinais e sintomas de sofrimento psíquico intenso, provocado por transtornos mentais persistentes e graves, ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas, além de situações clínicas que influencie no estabelecimento de laços sociais (BRASIL, 2024).

Conforme boletim epidemiológico do município de Alagoinha – PB, desde o início da pandemia da COVID-19 até o mês de novembro de 2022, foram registrados 2.748 casos

confirmados na população em geral, desses, 26 casos evoluíram ao óbito. No que se refere à população idosa, registrou-se uma média de 300 casos da COVID-19 neste mesmo período.

4.3. População e Amostra

A população considerada no estudo corresponde ao total de idosos residentes em Alagoinha - PB, acometidos ou não por COVID-19 durante a pandemia. O município possui uma média de 2348 indivíduos idosos registrados até 2023, segundo dados da base do eSUS (Ministério da Saúde, 2023). Considerando as condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas domiciliadas acometidas por COVID-19, Romero et al (2021) estima que, no Brasil, cerca de 66% dos idosos se sentiram ansiosos, nervosos, tristes ou deprimidos em algum nível durante a pandemia da COVID-19.

Partindo do pressuposto de que a população de idosos do município de Alagoinha residentes em domicílio, acometidos por COVID-19 durante a pandemia, é homogênea em relação às principais variáveis do estudo, podemos fazer uso da técnica de amostragem probabilística aleatória simples, que permite uma estimativa da proporção de idosos que se sentiram ansiosos, nervosos, tristes ou deprimidos em algum nível durante a pandemia da COVID-19. Neste caso, para calcular o tamanho de uma amostra com tamanho populacional conhecido utilizamos a seguinte equação:

$$n = \frac{Nz_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 p(1-p)}{p(1-p)z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 + (N-1)\varepsilon^2}$$

em que N é o tamanho da população, $z_{(.)}$ é o quantil da distribuição normal padrão, α é o nível de significância adotado, p é a proporção de idosos que se sentiram ansiosos, nervosos, tristes ou deprimidos em algum nível durante a pandemia da COVID-19 e ε é o erro amostral. O nível de significância adotado foi de 5% (ou seja, a confiança é de 95%) e o erro amostral considerado foi de 5%. O tamanho da população considerada foi o número total de idosos cadastrados nas unidades de saúde do município, que foi de 2286 idosos. A proporção de idosos que se sentiram ansiosos, nervosos, tristes ou deprimidos em algum nível durante a pandemia da COVID-19 foi cerca de 66%. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado

utilizando o *software* R versão 4.3.1, livre e gratuito, disponível para *download* em <https://www.r-project.org/>. Obtivemos então uma amostra de 171 idosos.

Após o cálculo do tamanho da amostra, esta foi subdividida entre as unidades de saúde, visto que a proporção de idosos atendidos, bem como a proporção de idosos acometidos pela COVID-19 diferem entre as unidades de saúde. Os tamanhos das subamostras estão disponíveis na Tabela a seguir:

Tabela 1: Cálculo das subamostras conforme o peso das unidades de saúde.

Unidade	Idosos	Peso	Subamostra	Coleta
UBS I	500	0,08	66	27
UBS II	100	0,21	12	37
UBS III	227	0,09	30	10
UBS IV	289	0,06	39	11
UBS V	344	0,08	45	15
UBS VI	431	0,36	57	46
UBS VII	395	0,12	51	25
Total	2286	1	300	171

Fonte: eSUS.

4.4. Critérios de Inclusão e exclusão

Como critério de inclusão temos indivíduos acima de 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, com capacidade cognitiva preservada para responder a entrevista. Foram excluídos aqueles não cadastrados na ESF.

4.5. Coleta de Dados

A coleta de dados se deu no período entre abril e novembro de 2023, em dois momentos:

1ª etapa: através do acesso a lista de pessoas idosas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) disponível no sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) por Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2023), os participantes foram selecionados conforme cálculo amostral e realizado o sorteio da quantidade de idosos que participariam da entrevista. Em seguida, foram contatados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que indicavam o endereço dos idosos para realização das visitas e convite para participar do estudo.

2ª etapa: as entrevistas foram realizadas nas residências das pessoas idosas, por meio da aplicação de questionário, presencialmente. As pesquisadoras aplicaram os questionários diretamente à pessoa idosa.

A equipe de entrevistadores foi composta de sete pesquisadoras, sendo uma mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), uma doutora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), duas doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB) e três alunas da Graduação em Enfermagem, participantes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica na Universidade Federal da Paraíba (PIBIC/UFPB) - que foram apropriadamente capacitadas para efetivar tal procedimento.

No que diz respeito às dificuldades da coleta de dados, ocorreu de não conseguir acesso a todos os idosos sorteados, às vezes por não serem encontrados na sua residência ou por ter mudado e o Agente Comunitário de Saúde não ter sido informado, sendo necessário realizar novos sorteios, que acarretou atrasos na coleta de dados.

4.6. Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento para a coleta de dados foi composto por roteiro estruturado (Apêndice I) que abordou aspectos socioeconômico, demográfico e clínico (questões em relação à COVID-19, a saúde mental e cognitiva) (Apêndice II), Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo I - Seção A), Escala de Depressão Geriátrica – GDS (Anexo I – Seção B), Teste SRQ 20 – Self report questionar (Anexo I – Seção C), Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – 10 item) (Anexo I – Seção D), Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI (Anexo I – Seção E).

O roteiro estruturado foi construído com base nas informações que seriam abordadas no estudo, dentre as quais, nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda. Além disso, um questionário de caracterização da saúde, incluindo questionamentos sobre COVID-19.

Para caracterização do estado de saúde utilizou-se instrumento elaborado para conhecer as morbidades crônicas. Dentre as morbidades descritas: anemia, ansiedade/transtorno do pânico, artrites, asma ou bronquite, audição prejudicada, câncer, enfisema/doença bronco-pulmonar, diabetes mellitus, depressão, derrame, doença cardíaca, hipertensão arterial, visão prejudicada (catarata/glaucoma), doença gastrointestinal alta (úlceras, hérnia, refluxo), doença vascular periférica (varizes), doença neurológica (Parkinson/Esclerose), incontinência urinária/fecal, obesidade, osteoporose, prisão de ventre, problemas na coluna, entre outras.

Por sua vez, as questões que abordam o COVID-19: se teve a doença; fez teste, negativo ou positivo; sintomas durante e após o COVID-19, se uso de máscara e vacina.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais estudado em todo o mundo e mais utilizado para rastrear quadros demenciais e avaliar a função cognitiva. Foi traduzido e validado no Brasil por Bertolucci et al (1994), composto por sete categorias, representadas por grupos de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, atenção e cálculo, linguagem, capacidade construtiva visual, memória imediata e memória de evocação. A pontuação total varia de zero a trinta, sendo utilizados os seguintes pontos de corte para avaliação da pontuação obtida: para idosos analfabetos, 13 pontos; para aqueles com escolaridade baixa e média, 18 pontos e 26 pontos para escolaridade alta.

A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS) rastreia a presença ou ausência de sintomas depressivos em idosos. O Ministério da Saúde recomenda o instrumento pela rápida avaliação para detectar depressão. A escala foi validada no Brasil e é composta por 15 questões com respostas dicotômicas e tem pontuação que varia de 0 a 15 pontos, com pontos de corte: menor ou igual a 5 pontos, apresenta estado normal ou ausência de sintomas de depressão; acima de 5 pontos, apresenta sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

O teste de Sofrimento Mental (Self Report Questionnaire - SRQ 20) tem por objetivo avaliar os transtornos mentais comuns. Na sua versão original era composto por 24 itens, distribuídos em quatro para transtornos psicóticos (delírio paranoide, alucinações e confusão mental) e as demais vinte questões abordando transtorno não-psicóticos (irritabilidade, dificuldade de concentração, fadiga, insônia e esquecimento). A versão brasileira conta apenas com vinte itens. O SRQ já foi traduzido para oito idiomas diferentes, dentre eles o Brasil (SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

A Escala de Estresse Percebido foi traduzida e testada em sua versão completa, com 14 questões e na versão reduzida, com dez questões. A tradução obedeceu às etapas de tradução,

tradução reversa e revisão por um comitê. A escala traduzida foi aplicada, por meio de entrevista, a 76 idosos com idade média de 70,04 anos (DP=6,34; mín: 60; máx: 84). As médias das versões completa e reduzida foram analisadas comparando o estresse percebido em função da auto-avaliação da saúde, nível econômico percebido, estado civil, condições de residência, entre outras (LUFT et. al. 2007).

O Inventário de Ansiedade Geriátrica ou Geriatric Anxiety Inventory (GAI) foi desenvolvido por Pachana et. al. (2007), é uma escala de autorrelato de 20 itens dicotômicos que avalia sintomas de ansiedade em idosos e apresenta propriedades psicométricas sólidas e amplo potencial de aplicação na prática. Os testes clínicos iniciais indicam que ele é capaz de discriminar entre aqueles com e sem qualquer transtorno de ansiedade e entre aqueles com e sem TAG do DSM-IV (MASSENA et. al., 2015).

4.7. Análise dos dados

Para alcançar os objetivos do estudo, a análise quantitativa foi feita no *software* R versão 4.3.1, disponível livre e gratuitamente em <https://www.r-project.org/>. O nível de significância adotado em todo estudo foi de 5%. Inicialmente a amostra foi descrita em sua totalidade, bem como dividida em dois grupos: idosos acometidos e não acometidos por COVID-19. O mesmo foi feito também considerando os idosos com e sem déficit cognitivo, com e sem depressão e com e sem sofrimento mental, com estresse ou sem estresse segundo a mediana dos dados e com e sem ansiedade geriátrica segundo a mediana dos dados, segundo as escalas utilizadas. Para tanto, foram utilizadas como medidas a frequência simples e o percentual, para descrever as variáveis qualitativas e para descrever as variáveis quantitativas foram utilizadas a média, a mediana, a amplitude interquartílica (IQR), o desvio padrão, o mínimo e o máximo. Além disso, para comparar os grupos, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher para as variáveis qualitativas; e para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. O teste exato de Fisher é a versão exata do teste Qui-quadrado e foi escolhido pois algumas suposições necessárias para a utilização do teste Qui-quadrado não estavam sendo atendidas. Já o Wilcoxon-Mann-Whitney foi escolhido, pois os grupos considerados são independentes e a suposição de normalidade dos dados não estava sendo respeitada para a maioria das variáveis.

4.8. Posicionamento ético

Conforme a recomendação da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS (BRASIL, 2012), a pesquisa foi fundamentada nas normas de estudos com seres humanos: informações sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, o anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas e liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases (BRASIL, 2012). Considerou-se o dever e responsabilidade dispostos na Resolução COFEN 311/2017, que determina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e informou-se sobre a justificativa e finalidade, explicações necessárias para o entendimento dos objetivos e suas consequências, apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I). Os participantes assinaram o TCLE e receberam uma cópia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer de número 5.912.691 (ANEXO II).

RESULTADOS

5 RESULTADO

5.1 Caracterização socioeconômica e clínica da pessoa idosa

A Tabela 1 apresenta as características dos participantes do estudo conforme os que tiveram COVID-19 e os que não tiveram, respectivamente, sendo eles majoritariamente indivíduos com 65 a 69 anos (31% e 20%), sexo feminino (78% e 74%), casados (46% e 46%), morando só com o cônjuge (26% e 26%), serviço SUS como opção para cuidar da saúde (91% e 97%) (p-valor = 0,0140*), analfabetos (39% e 50%), renda de um salário mínimo (72% e 82%%).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica da pessoa idosa e comparação por grupo segundo COVID-19. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Variável	Teve COVID		p-valor
	Sim (n = 54)	Não (n = 117)	
Faixa etária			0,1400
60 a 64 anos	13 (24%)	26 (22%)	
65 a 69 anos	17 (31%)	23 (20%)	
70 a 74 anos	5 (9,3%)	29 (25%)	
75 a 79 anos	7 (13%)	13 (11%)	
80 ou mais	12 (22%)	26 (22%)	
Sexo			0,5000
Masculino	12 (22%)	31 (26%)	
Feminino	42 (78%)	86 (74%)	
Estado civil			0,4000
Solteiro(a)	10 (19%)	12 (10%)	
Casado(a)	25 (46%)	54 (46%)	
Divorciado(a)/desquitado(a)	2 (3,7%)	3 (2,6%)	
Separado(a)	1 (1,9%)	9 (7,7%)	
Viúvo(a)	16 (30%)	38 (32%)	
NS/NR	0 (0%)	1 (0,9%)	
Arranjo Familiar			
Sozinho	13 (24%)	20 (17%)	
Somente com Cônjuge	14 (26%)	31 (26%)	
Cônjuge e filho(s) ou neto	9 (17%)	15 (13%)	

Cônjuge, filho(s) genro ou nora	2 (3,7%)	4 (3,4%)	
Somente com filho(s)	4 (7,4%)	10 (8,5%)	
Arranjos trigeracionais	4 (7,4%)	19 (16%)	
Arranjos intrageracionais	0 (0%)	3 (2,6%)	
Somente com os netos	6 (11%)	4 (3,4%)	
Outro(s)	2 (3,7%)	11 (9,4%)	
Serviço de saúde que utiliza			0,0140*
SUS	49 (91%)	113 (97%)	
Convênio de Saúde	4 (7,4%)	0 (0%)	
Particular	1 (1,9%)	4 (3,4%)	
Sabe ler e escrever			0,0920
Sim	0 (0%)	1 (0,9%)	
Não	32 (59%)	51 (44%)	
NS/NR	22 (41%)	65 (56%)	
Escolaridade			0,5000
Analfabeto	21 (39%)	59 (50%)	
1 a 4 anos	17 (31%)	36 (31%)	
5 a 8 anos	10 (19%)	15 (13%)	
9 a 11 anos	2 (3,7%)	3 (2,6%)	
12 ou mais anos	4 (7,4%)	4 (3,4%)	
Renda mensal idoso			0,0920
até 1 salário mínimo	39 (72%)	96 (82%)	
de 1 a 3 salários mínimos	10 (19%)	15 (13%)	
de 4 a 5 salários mínimos	3 (5,6%)	1 (0,9%)	
de 6 a 7 salários mínimos	1 (1,9%)	0 (0%)	
NS/NR	1 (1,9%)	5 (4,3%)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Dentre as morbidades pontuadas na Tabela 2, as de maior frequência foram: Ansiedade (p-valor=0,0080), Artrite (p-valor=0,7000), Diabetes (p-valor=0,6000), Hipertensão (p-valor=0,8000), Incontinência urinária ou fecal (p-valor=0,8000), no entanto, não apresentaram significância estatística.

Tabela 2 – Morbidades e sua relação com a COVID-19 em pessoas idosas. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Variável	Teve COVID		p-valor
	Sim (n = 54)	Não (n = 117)	
Anemia			0,0800
Sim	8 (15%)	7 (6,0%)	
Não	46 (85%)	110 (94%)	

Ansiedade			0,0080
Sim	28 (52%)	36 (31%)	
Não	26 (48%)	81 (69%)	
Artrite			0,7000
Sim	23 (43%)	53 (45%)	
Doença respiratória			>0,9000
Sim	4 (7,4%)	10 (8,5%)	
Não	50 (93%)	107 (91%)	
Audição prejudicada			0,8000
Sim	9 (17%)	21 (18%)	
Não	45 (83%)	96 (82%)	
Câncer			0,3000
Sim	0 (0%)	4 (3,4%)	
Não	54 (100%)	113 (97%)	
Doença renal crônica			0,4000
Sim	1 (1,9%)	7 (6,0%)	
Não	53 (98%)	110 (94%)	
Diabetes Mellitus			0,6000
Sim	21 (39%)	41 (35%)	
Não	33 (61%)	76 (65%)	
Depressão			0,4000
Sim	7 (13%)	10 (8,5%)	
Não	47 (87%)	107 (91%)	
Derrame			0,5000
Sim	1 (1,9%)	1 (0,9%)	
Não	53 (98%)	116 (99%)	
Doença cardíaca			0,4000
Sim	10 (19%)	29 (25%)	
Não	44 (81%)	88 (75%)	
Doença gastrointestinal			0,5000
Sim	15 (28%)	38 (32%)	
Não	39 (72%)	79 (68%)	
Doença vascular periférica			0,5000
Sim	11 (20%)	19 (16%)	
Não	43 (80%)	98 (84%)	
Doença neurológica			0,3000
Sim	1 (1,9%)	8 (6,8%)	
Não	53 (98%)	109 (93%)	
Hipertensão arterial			0,8000
Sim	39 (72%)	82 (70%)	
Não	15 (28%)	35 (30%)	
			0,8000

Incontinência urinária ou fecal			
Sim	15 (28%)	30 (26%)	
Não	39 (72%)	87 (74%)	
Obesidade			
Sim	7 (13%)	30 (26%)	0,0610
Não	47 (87%)	87 (74%)	
Osteoporose			
Sim	9 (17%)	23 (20%)	0,6000
Não	45 (83%)	94 (80%)	
Prisão de ventre			
Sim	17 (31%)	24 (21%)	0,1200
Não	37 (69%)	93 (79%)	
Problemas de coluna			
Sim	27 (50%)	65 (56%)	0,5000
Não	27 (50%)	52 (44%)	
Visão prejudicada			
Sim	32 (59%)	66 (56%)	0,7000
Não	22 (41%)	51 (44%)	
Doença cromossôm/fragilidade imunológica			
Sim	0 (0%)	1 (0,9%)	>0,9000
Não	54 (100%)	116 (99%)	
Outra doença			
Sim	13 (24%)	22 (19%)	0,4000
Não	41 (76%)	95 (81%)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

A Tabela 3 destaca os aspectos clínicos da COVID-19 em pessoas idosas, de modo que houve significância nas variáveis realizações do teste, (p-valor < 0,0001), se esteve sintomático (p-valor < 0,0001), caso de internação (p-valor = 0,0300) e sintomas pós COVID-19 (p-valor < 0,0001).

Tabela 3 - Aspectos clínicos relacionados ao COVID-19 na pessoa idosa. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Variável	Teve COVID		p-valor
	Sim (n = 54)	Não (n = 117)	
Realizou o teste			<0,0001*

Sim	43 (80%)	20 (17%)	
Não	11 (20%)	97 (83%)	
Sintomático			<0,0001*
Sim	48 (89%)	9 (7,7%)	
Não	6 (11%)	108 (92%)	
Assintomático			0,3000
Sim	1 (1,9%)	0 (0%)	
Não	53 (98%)	117 (100%)	
Internação			0,0300*
Sim	3 (5,6%)	0 (0%)	
Não	51 (94%)	117 (100%)	
Internação em UTI			0,1000
Sim	2 (3,7%)	0 (0%)	
Não	52 (96%)	117 (100%)	
Sintomas referidos pós-COVID			<0,0001*
Sim	28 (52%)	10 (8,5%)	
Não	26 (48%)	107 (91%)	
Tomou vacina COVID			>0,9000
Sim	52 (98%)	115 (98%)	
Não	1 (1,9%)	2 (1,7%)	
Desconhecido	1	0	
Fez uso de máscara			0,5000
Sim	53 (98%)	116 (99%)	
Não	1 (1,9%)	1 (0,9%)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

5.2 Aspectos da função cognitiva em idosos pós-pandemia da COVID-19

Na Tabela 4 observamos que houve relação entre déficit cognitivo e idade (p-valor = 0,0160), escolaridade (p-valor = 0,0230), doença cardíaca (p-valor = 0,0080) e ansiedade generalizada (p-valor = 0,0460).

Tabela 4 - Descrição da amostra e comparação por grupo segundo déficit cognitivo. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Variável	Déficit cognitivo		p-valor
	Sim (n = 32)	Não (n = 139)	
Idade auto-referida			0,0160*

Média (Desvio Padrão)	72 (9)	77 (11)	71 (8)
Mediana (IQR)	70 (13)	74 (17)	70 (13)
Mínimo	60	60	60
Máximo	103	103	93
Casado(a)	10 (31%)	69 (50%)	
Divorciado(a)/desquitado(a)	0 (0%)	5 (3,6%)	
Separado(a)	2 (6,3%)	8 (5,8%)	
Viúvo(a)	11 (34%)	43 (31%)	
Escolaridade			0,0230*
analfabeto	15 (47%)	65 (47%)	
1 a 4 anos	10 (31%)	43 (31%)	
5 a 8 anos	1 (3,1%)	24 (17%)	
9 a 11 anos	3 (9,4%)	2 (1,4%)	
12 ou mais anos	3 (9,4%)	5 (3,6%)	
Não tem	26 (81%)	126 (91%)	
Tem	6 (19%)	13 (9,4%)	
Doença cardíaca			0,0080
Sim	13 (41%)	26 (19%)	
Não	19 (59%)	113 (81%)	
Ansiedade generalizada			0,0460*
Maior que 3 (mediana)	21 (66%)	64 (46%)	
Menor ou igual a 3 (mediana)	11 (34%)	75 (54%)	

*resultados significativos
Fonte: Dados das Pesquisa, 2023.

5.3 Aspectos da depressão em idosos pós-pandemia da COVID-19

Na Tabela 5 podemos constatar que houve relação entre depressão (critério 5) e idade (p-valor = 0,0010), faixa etária (p-valor = 0,0070) e classificação de idade (p-valor = 0,0050). Também houve relação entre déficit cognitivo e renda mensal do idoso (p-valor = 0,0320), recebimento de pensão (p-valor = 0,0070), doações (p-valor = 0,0240), artrite (p-valor = 0,0060), audição prejudicada (p-valor = 0,0040), depressão auto-referida (p-valor < 0,0001), doença gastrointestinal (p-valor < 0,0001), doença vascular periférica (p-valor = 0,0370), hipertensão arterial (p-valor < 0,0001), incontinência urinária ou fecal (p-valor < 0,0001), prisão de ventre (p-valor = 0,0010), visão prejudicada (p-valor < 0,0001), depressão segundo critério 6 (p-valor < 0,0001) e sofrimento mental (p-valor < 0,0001), escore da escala de ansiedade generalizada (p-valor < 0,0001) e ansiedade generalizada segundo a mediana dos dados (p-valor < 0,0001).

**Tabela 5 - Descrição da amostra e comparação por grupo segundo depressão (critério 5).
Alagoinha, PB, Brasil.**

(n = 171)

Variável	Depressão		p-valor
	Sim (n = 68)	Não (n = 103)	
Idade auto-referida			0,0010*
Média (Desvio Padrão)	75 (10)	70 (8)	
Mediana (IQR)	74 (17)	69 (12)	
Mínimo	61	60	
Máximo	103	91	
Faixa etária			0,0070*
60 a 64 anos	8 (12%)	31 (30%)	
65 a 69 anos	18 (26%)	22 (21%)	
70 a 74 anos	11 (16%)	23 (22%)	
75 a 79 anos	8 (12%)	12 (12%)	
80 ou mais	23 (34%)	15 (15%)	
Classificação idade			0,0050*
idosos mais novos 60 a 79 anos	45 (66%)	87 (84%)	
idosos mais velhos 80 anos ou mais	23 (34%)	16 (16%)	
Arranjo Familiar			
Sozinho	12 (18%)	21 (20%)	
Somente com Cônjuge	19 (28%)	26 (25%)	
Cônjuge e filho(s) ou neto	5 (7,4%)	19 (18%)	
Cônjuge, filho(s) genro ou nora	4 (5,9%)	2 (1,9%)	
Somente com filho(s)	5 (7,4%)	9 (8,7%)	
Arranjos trigeracionais	8 (12%)	15 (15%)	
Arranjos intrageracionais	1 (1,5%)	2 (1,9%)	
Somente com os netos	6 (8,8%)	4 (3,9%)	
Outro(s)	8 (12%)	5 (4,9%)	
Serviço de saúde que utiliza			0,0520
SUS	64 (94%)	98 (95%)	
Convênio de Saúde	0 (0%)	4 (3,9%)	
Particular	4 (5,9%)	1 (1,0%)	
Renda mensal idoso			0,0320*
até 1 salário mínimo	49 (72%)	86 (83%)	
de 1 a 3 salários mínimos	15 (22%)	10 (9,7%)	
de 4 a 5 salários mínimos	0 (0%)	4 (3,9%)	
de 6 a 7 salários mínimos	1 (1,5%)	0 (0%)	
NS/NR	3 (4,4%)	3 (2,9%)	
Tem	4 (5,9%)	1 (1,0%)	
Pensão			0,0070*
Não tem	55 (81%)	97 (94%)	
Tem	13 (19%)	6 (5,8%)	

Doações			0,0240*
Não tem	64 (94%)	103 (100%)	
Tem	4 (5,9%)	0 (0%)	
Ansiedade			<0,0001*
Sim	37 (54%)	27 (26%)	
Não	31 (46%)	76 (74%)	
Artrite			0,0060*
Sim	39 (57%)	37 (36%)	
Não	29 (43%)	66 (64%)	
Audição prejudicada			0,0040*
Sim	19 (28%)	11 (11%)	
Não	49 (72%)	92 (89%)	
Depressão			0,0010*
Sim	13 (19%)	4 (3,9%)	
Não	55 (81%)	99 (96%)	
Doença gastrointestinal			<0,0001*
Sim	32 (47%)	21 (20%)	
Não	36 (53%)	82 (80%)	
Doença vascular periférica			0,0370*
Sim	17 (25%)	13 (13%)	
Não	51 (75%)	90 (87%)	
Não	62 (91%)	100 (97%)	
Hipertensão arterial			<0,0001*
Sim	59 (87%)	62 (60%)	
Não	9 (13%)	41 (40%)	
Incontinência urinária ou fecal			<0,0001*
Sim	31 (46%)	14 (14%)	
Não	37 (54%)	89 (86%)	
Prisão de ventre			0,0010*
Sim	25 (37%)	16 (16%)	
Não	43 (63%)	87 (84%)	
Visão prejudicada			<0,0001*
Sim	50 (74%)	48 (47%)	
Não	18 (26%)	55 (53%)	
Depressão 6			<0,0001*
Tem depressão	53 (78%)	0 (0%)	
Não tem depressão	15 (22%)	103 (100%)	
SRQ20			<0,0001*
Não tem sofrimento mental	19 (28%)	95 (92%)	
Tem sofrimento mental	49 (72%)	8 (7,8%)	
Máximo	29	30	
Escala ansiedade geriátrica			<0,0001*
Média (Desvio Padrão)	10 (6)	3 (4)	

Mediana (IQR)	11 (11)	1 (4)
Mínimo	0	0
Máximo	20	18
Ansiedade generalizada		<0,0001*
Maior que 3 (mediana)	58 (85%)	27 (26%)
Menor ou igual a 3 (mediana)	10 (15%)	76 (74%)

*resultados significativos

Fonte: Dados das Pesquisa, 2023

Na Tabela 6 é abordada a relação entre depressão segundo o critério 6 e as demais variáveis do estudo. Dessa forma, observamos que houve relação entre depressão e idade (p-valor = 0,0010), faixa etária (p-valor = 0,0050) e classificação de idade (p-valor > 0,0001). Também houve relação entre deficit cognitivo e estado civil (p-valor = 0,0180), anos de estudo (p-valor = 0,0170), escolaridade (p-valor = 0,0260), renda mensal do idoso (p-valor = 0,0300), recebimento de benefício (p-valor = 0,0330), recebimento de pensão (p-valor = 0,0310), doações (p-valor = 0,0090), ansiedade (p-valor < 0,0001), artrite (p-valor < 0,0050), doença renal crônica (p-valor = 0,0120), depressão auto-referida (p-valor = 0,0020), doença gastrointestinal (p-valor = 0,0020), hipertensão arterial (p-valor < 0,0001), incontinência urinária ou fecal (p-valor < 0,0001), prisão de ventre (p-valor = 0,0400), visão prejudicada (p-valor = 0,0040), sintomas referidos pós-COVID (p-valor = 0,0380), depressão segundo critério 5 (p-valor < 0,0001) e sofrimento mental (p-valor < 0,0001), escore da escala de ansiedade generalizada (p-valor < 0,0001) e ansiedade generalizada segundo a mediana dos dados (p-valor < 0,0001).

Tabela 6: Descrição da amostra e comparação por grupo segundo depressão (critério 6). Alagoinha, PB, Brasil.

(n = 171)

Variável	Depressão		p-valor
	Sim (n = 53)	Não (n = 118)	
Idade auto-referida			0,0010*
Média (Desvio Padrão)	76 (10)	71 (8)	
Mediana (IQR)	76 (18)	70 (12)	
Mínimo	61	60	
Máximo	103	93	
Faixa etária			0,0050*
60 a 64 anos	6 (11%)	33 (28%)	
65 a 69 anos	13 (25%)	27 (23%)	
70 a 74 anos	7 (13%)	27 (23%)	
75 a 79 anos	7 (13%)	13 (11%)	
80 ou mais	20 (38%)	18 (15%)	

Classificação idade			<0,0001*
idosos mais novos 60 a 79 anos	32 (60%)	100 (85%)	
idosos mais velhos 80 anos ou mais	21 (40%)	18 (15%)	
Estado civil			0,0180*
Solteiro(a)	6 (11%)	16 (14%)	
Casado(a)	18 (34%)	61 (52%)	
Divorciado(a)/desquitado(a)	2 (3,8%)	3 (2,5%)	
Separado(a)	1 (1,9%)	9 (7,6%)	
Viúvo(a)	26 (49%)	28 (24%)	
NS/NR	0 (0%)	1 (0,8%)	
Anos de estudo			0,0170*
Média (Desvio Padrão)	2 (4)	3 (4)	
Mediana (IQR)	0 (3)	3 (5)	
Mínimo	0	0	
Máximo	17	19	
Escolaridade			0,0260*
analfabeto	34 (64%)	46 (39%)	
1 a 4 anos	13 (25%)	40 (34%)	
5 a 8 anos	3 (5,7%)	22 (19%)	
9 a 11 anos	1 (1,9%)	4 (3,4%)	
12 ou mais anos	2 (3,8%)	6 (5,1%)	
Renda mensal idoso			0,0300*
até 1 salário mínimo	37 (70%)	98 (83%)	
de 1 a 3 salários mínimos	13 (25%)	12 (10%)	
de 4 a 5 salários mínimos	0 (0%)	4 (3,4%)	
de 6 a 7 salários mínimos	1 (1,9%)	0 (0%)	
NS/NR	2 (3,8%)	4 (3,4%)	
Benefício			0,0330*
Não tem	49 (92%)	117 (99%)	
Tem	4 (7,5%)	1 (0,8%)	
Pensão			0,0310*
Não tem	43 (81%)	109 (92%)	
Tem	10 (19%)	9 (7,6%)	
Doações			0,0090*
Não tem	49 (92%)	118 (100%)	
Tem	4 (7,5%)	0 (0%)	
Ansiedade			<0,0001*
Sim	31 (58%)	33 (28%)	
Não	22 (42%)	85 (72%)	
Artrite			0,0050*
Sim	32 (60%)	44 (37%)	
Não	21 (40%)	74 (63%)	
Doença renal crônica			0,0120*
Sim	6 (11%)	2 (1,7%)	

Não	47 (89%)	116 (98%)	
Depressão			0,0020*
Sim	11 (21%)	6 (5,1%)	
Não	42 (79%)	112 (95%)	
Doença gastrointestinal			0,0020*
Sim	25 (47%)	28 (24%)	
Não	28 (53%)	90 (76%)	
Hipertensão arterial			<0,0001*
Sim	47 (89%)	74 (63%)	
Não	6 (11%)	44 (37%)	
Incontinência urinária ou fecal			<0,0001*
Sim	23 (43%)	22 (19%)	
Não	30 (57%)	96 (81%)	
Prisão de ventre			0,0400*
Sim	18 (34%)	23 (19%)	
Não	35 (66%)	95 (81%)	
Visão prejudicada			0,0040*
Sim	39 (74%)	59 (50%)	
Não	14 (26%)	59 (50%)	
Teve COVID			0,2000
Sim	20 (38%)	34 (29%)	
Não	33 (62%)	84 (71%)	
Sintomas referidos pós-COVID			0,0380*
Sim	17 (32%)	21 (18%)	
Não	36 (68%)	97 (82%)	
Depressão 5			<0,0001*
Tem depressão	53 (100%)	15 (13%)	
Não tem depressão	0 (0%)	103 (87%)	
SRQ20			<0,0001*
Não tem sofrimento mental	10 (19%)	104 (88%)	
Tem sofrimento mental	43 (81%)	14 (12%)	
Escala ansiedade geriátrica			<0,0001*
Média (Desvio Padrão)	11 (6)	4 (5)	
Mediana (IQR)	11 (9)	1 (5)	
Mínimo	1	0	
Máximo	20	19	
Ansiedade generalizada			<0,0001*
Maior que 3 (mediana)	47 (89%)	38 (32%)	
Menor ou igual a 3 (mediana)	6 (11%)	80 (68%)	

*resultados significativos

Fonte: Dados das Pesquisas, 2023

5.4 Aspectos do sofrimento mental em idosos pós-pandemia da COVID-19

Na Tabela 7 que houve relação entre sofrimento mental e recebimento do doações (p-valor = 0,0110), ansiedade (p-valor < 0,0001), artrite (p-valor < 0,0001), depressão (p-valor < 0,0040), doença gastrointestinal (p-valor = 0,0100), hipertensão arterial (p-valor = 0,0170), incontinência urinária e fecal (p-valor < 0,0001), osteoporose (p-valor = 0,0080), prisão de ventre (p-valor = 0,0020), problemas de coluna (p-valor = 0,0390), visão prejudicada (p-valor = 0,0060), sintomas referidos pós-COVID (p-valor = 0,0130), depressão critério 5 (p-valor < 0,0001), depressão critério 6 (p-valor < 0,0001), escore da escala de ansiedade generalizada (p-valor < 0,0001) e ansiedade generalizada segundo a mediana dos dados (p-valor < 0,0001).

Tabela 7: Descrição da amostra e comparação por grupo segundo sofrimento mental. Alagoinha, PB, Brasil.

(n = 171)

Variável	Sofrimento mental		p-valor
	Não (n = 114)	Sim (n = 57)	
Renda			
Doações			0,0110*
Não tem	114 (100%)	53 (93%)	
Tem	0 (0%)	4 (7,0%)	
Ansiedade			<0,0001*
Sim	30 (26%)	34 (60%)	
Não	84 (74%)	23 (40%)	
Artrite			<0,0001*
Sim	40 (35%)	36 (63%)	
Não	74 (65%)	21 (37%)	
Depressão			0,0040*
Sim	6 (5,3%)	11 (19%)	
Não	108 (95%)	46 (81%)	
Doença gastrointestinal			0,0100*
Sim	28 (25%)	25 (44%)	
Não	86 (75%)	32 (56%)	
Hipertensão arterial			0,0170*
Sim	74 (65%)	47 (82%)	
Não	40 (35%)	10 (18%)	
Incontinência urinária ou fecal			<0,0001*
Sim	20 (18%)	25 (44%)	
Não	94 (82%)	32 (56%)	
Prisão de ventre			0,0020*
Sim	19 (17%)	22 (39%)	

Não	95 (83%)	35 (61%)	
Problemas de coluna			0,0390*
Sim	55 (48%)	37 (65%)	
Não	59 (52%)	20 (35%)	
Visão prejudicada			0,0060*
Sim	57 (50%)	41 (72%)	
Não	57 (50%)	16 (28%)	
COVID			
Sintomas referidos pós-COVID			0,0130*
Sim	19 (17%)	19 (33%)	
Não	95 (83%)	38 (67%)	
Depressão 5			<0,0001*
Tem depressão	19 (17%)	49 (86%)	
Não tem depressão	95 (83%)	8 (14%)	
Depressão 6			<0,0001*
Tem depressão	10 (8,8%)	43 (75%)	
Não tem depressão	104 (91%)	14 (25%)	
Escala ansiedade geriátrica			<0,0001*
Média (Desvio Padrão)	3 (4)	12 (6)	
Mediana (IQR)	1 (4)	12 (9)	
Mínimo	0	0	
Máximo	18	20	
Ansiedade generalizada			<0,0001*
Maior que 3 (mediana)	34 (30%)	51 (89%)	
Menor ou igual a 3 (mediana)	80 (70%)	6 (11%)	

*resultados significativos

Fonte: Dados das Pesquisas, 2023.

5.5 Aspectos segundo o estresse em idosos pós-pandemia da COVID-19

A Tabela 8 apresenta separadamente os idosos que obtiveram escore na escala de estresse maior que 18 ou menor ou igual a 18, em que 18 corresponde ao escore mediano. Podemos então observar que houve relação entre estresse e doença renal crônica (p-valor = 0,0320), escore da escala de estresse (p-valor < 0,0001), escore da escala de ansiedade generalizada (p-valor < 0,0001) e ansiedade generalizada segundo a mediana dos dados (p-valor = 0,0270).

Tabela 8 - Descrição da amostra e comparação por grupo segundo estresse. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Variável	Escore estresse		p-valor
	> 18 (n = 84)	≤ 18 (n = 87)	
Doença renal crônica			0,0320*
Sím	7 (8,3%)	1 (1,1%)	
Não	77 (92%)	86 (99%)	
Não tem sofrimento mental	51 (61%)	63 (72%)	
Tem sofrimento mental	33 (39%)	24 (28%)	
Escala estresse			<0,0001*
Média (Desvio Padrão)	21 (2)	15 (4)	
Mediana (IQR)	21 (3)	16 (2)	
Mínimo	19	0	
Máximo	30	18	
Escala ansiedade geriátrica			<0,0001*
Média (Desvio Padrão)	8 (7)	4 (5)	
Mediana (IQR)	6 (12)	2 (7)	
Mínimo	0	0	
Máximo	20	19	
Ansiedade generalizada			0,0270*
Maior que 3 (mediana)	49 (58%)	36 (41%)	
Menor ou igual a 3 (mediana)	35 (42%)	51 (59%)	

*resultados significativos

Fonte: Dados das Pesquisa, 2023

5.6 Aspectos segundo a ansiedade geriátrica em idosos pós-pandemia da COVID-19

Na Tabela 9 separamos os idosos que obtiveram escore na escala de ansiedade geriátrica maior que 3 ou menor ou igual a 3, em que 3 corresponde ao escore mediano. Observamos relação entre ansiedade geriátrica e sexo (p-valor = 0,0090), anos de estudo (p-valor = 0,0250), ansiedade (p-valor < 0,0001), artrite (p-valor = 0,0020), depressão (p-valor < 0,0001), doença gastrointestinal (p-valor = 0,0280), hipertensão arterial (p-valor = 0,0210), incontinência urinária ou fecal (p-valor < 0,0001), osteoporose (p-valor < 0,0001), prisão de ventre (p-valor = 0,0200), problemas de coluna (p-valor = 0,0040), visão prejudicada (p-valor = 0,0040), outra doença (p-valor = 0,0340), sintomas referidos pós-COVID (p-valor = 0,0030), déficit cognitivo (p-valor = 0,0460), depressão critério 5 (p-valor < 0,0001), depressão critério 6 (p-valor < 0,0001), escores escala de ansiedade geriátrica (p-valor < 0,0001) e estresse (p-valor = 0,0270).

Tabela 9 - Descrição da amostra e comparação por grupo segundo ansiedade geriátrica. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Variável	Maior que a mediana (n = 85)	Menor que a mediana (n = 86)	p-valor
Sexo do idoso			0,0090*
Masculino	14 (16%)	29 (34%)	
Feminino	71 (84%)	57 (66%)	
Anos de estudo			0,0250*
Média (Desvio Padrão)	4 (4)	2 (3)	
Mediana (IQR)	3 (5)	1 (3)	
Mínimo	0	0	
Máximo	19	17	
Ansiedade			<0,0001*
Sim	53 (62%)	11 (13%)	
Não	32 (38%)	75 (87%)	
Artrite			0,0020*
Sim	48 (56%)	28 (33%)	
Não	37 (44%)	58 (67%)	
Depressão			<0,0001*
Sim	15 (18%)	2 (2,3%)	
Não	70 (82%)	84 (98%)	
Doença gastrointestinal			0,0280*
Sim	33 (39%)	20 (23%)	
Não	52 (61%)	66 (77%)	
Não	79 (93%)	83 (97%)	
Hipertensão arterial			0,0210*
Sim	67 (79%)	54 (63%)	
Não	18 (21%)	32 (37%)	
Incontinência urinária ou fecal			<0,0001*
Sim	33 (39%)	12 (14%)	
Não	52 (61%)	74 (86%)	
Osteoporose			<0,0001*
Sim	25 (29%)	7 (8,1%)	
Não	60 (71%)	79 (92%)	
Prisão de ventre			0,0020*
Sim	29 (34%)	12 (14%)	
Não	56 (66%)	74 (86%)	
Problemas de coluna			0,0040*
Sim	55 (65%)	37 (43%)	
Não	30 (35%)	49 (57%)	
Visão prejudicada			0,0040*
Sim	58 (68%)	40 (47%)	
Não	27 (32%)	46 (53%)	
			0,0340*

Outra doença			
Sim	23 (27%)	12 (14%)	
Não	62 (73%)	74 (86%)	
Teve COVID			
Sim	29 (34%)	25 (29%)	0,5000
Não	56 (66%)	61 (71%)	
Sintomas referidos pós-COVID			
Sim	27 (32%)	11 (13%)	0,0030*
Não	58 (68%)	75 (87%)	
Escala MEEM			
Déficit cognitivo	21 (25%)	11 (13%)	0,0460*
Não tem déficit cognitivo	64 (75%)	75 (87%)	
Depressão 5			
Tem depressão	58 (68%)	10 (12%)	<0,0001*
Não tem depressão	27 (32%)	76 (88%)	
Depressão 6			
Tem depressão	47 (55%)	6 (7,0%)	<0,0001*
Não tem depressão	38 (45%)	80 (93%)	
SRQ20			
Não tem sofrimento mental	34 (40%)	80 (93%)	<0,0001*
Tem sofrimento mental	51 (60%)	6 (7,0%)	
Escala estresse			
Média (Desvio Padrão)	19 (4)	17 (4)	0,0090
Mediana (IQR)	19 (4)	18 (5)	
Mínimo	0	0	
Máximo	29	30	
Escala ansiedade geriátrica			
Média (Desvio Padrão)	11 (5)	1 (1)	<0,0001*
Mediana (IQR)	11 (8)	1 (1)	
Mínimo	4	0	
Máximo	20	3	
Estresse			
Maior que 18 (mediana)	49 (58%)	35 (41%)	0,0270*
Menor ou igual a 18 (mediana)	36 (42%)	51 (59%)	

*resultados significativos

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023

5.7 Correlação linear e os escores quantitativos das escalas de déficit cognitivo, ansiedade, depressão, sofrimento mental e estresse.

Em complemento à análise feita nas Tabelas anteriores, foi proposta uma análise de correlação linear entre as variáveis quantitativas do estudo, levando em consideração a

ocorrência de COVID-19. Os resultados estão dispostos na Tabela 10. Podemos observar que dentre os idosos que não tiveram COVID-19 houve uma correlação linear negativa fraca entre deficit cognitivo e depressão ($r = -0,30$ e $p\text{-valor} = 0,0227$) e sofrimento mental ($r = -0,29$ e $p\text{-valor} = 0,0324$). Observamos também que houve uma correlação linear positiva forte entre depressão e sofrimento mental ($r = 0,75$ e $p\text{-valor} < 0,0001$) e ansiedade geriátrica ($r = 0,63$ e $p\text{-valor} < 0,0001$), bem como entre sofrimento mental e ansiedade geriátrica ($r = 0,83$ e $p\text{-valor} < 0,0001$). Já entre idosos acometidos por COVID-19 observamos correlação linear negativa fraca entre deficit cognitivo e depressão ($r = -0,23$ e $p\text{-valor} = 0,0141$) e sofrimento mental ($r = -0,20$ e $p\text{-valor} = 0,0349$). Observamos também que houve uma correlação linear positiva forte/moderada entre depressão e sofrimento mental ($r = 0,70$ e $p\text{-valor} < 0,0001$) e ansiedade geriátrica ($r = 0,50$ e $p\text{-valor} < 0,0001$), bem como entre sofrimento mental e ansiedade geriátrica ($r = 0,69$ e $p\text{-valor} < 0,0001$). Por fim, observa-se uma correlação linear positiva moderada entre estresse e ansiedade geriátrica ($r = 0,32$ e $p\text{-valor} = 0,0005$).

Tabela 10 – Correlação linear entre os escores quantitativos das escalas. Alagoinha, PB, Brasil, 2023.

(n = 171)

Correlações		Não teve COVID		Teve COVID	
		r	P-valor	r	P-valor
Deficit cognitivo	x Depressão	-0,30	0,0277*	-0,23	0,0141*
Deficit cognitivo	x Sofrimento mental	-0,29	0,0324*	-0,20	0,0324*
Deficit cognitivo	x Estresse	-0,18	0,199	-0,03	0,721
Deficit cognitivo	x Ansiedade geriátrica	-0,10	0,479	0,07	0,427
Depressão	x Sofrimento mental	0,75	<0,0001*	0,70	<0,0001*
Depressão	x Estresse	0,07	0,0636	0,13	0,0160*
Depressão	x Ansiedade geriátrica	0,63	<0,0001*	0,50	<0,0001*
Sofrimento mental	x Estresse	0,23	0,0952	0,16	0,0895
Sofrimento mental	x Ansiedade geriátrica	0,83	<0,0001*	0,69	<0,0001*
Estresse	x Ansiedade geriátrica	0,24	0,0749	0,32	0,0005*

*resultados significativos

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A COVID-19 trouxe grandes repercussões na saúde da pessoa idosa. No presente estudo, visualiza-se uma amostra com prevalência de indivíduos do sexo feminino, casados, analfabetos, renda de um salário mínimo, todavia, apenas a variável “serviço de saúde que utiliza” apresentou significância estatística (Tabela 1), uma característica presente em um município de pequeno porte em que a maioria das pessoas possui uma renda pequena para sua própria manutenção, tendo como referência de cuidado à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Primária à Saúde de Alagoinha-PB possui 100% de cobertura, assim, prestando assistência a toda população, além de ofertar serviço de saúde mental e ter o Grupo de Convivência de Idosos com ações realizadas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) com ações intersetoriais, promovendo assim bem estar social e psicológico a esse público.

No que se refere à relação entre a COVID-19 e as morbidades autorreferidas pelos participantes da pesquisa, nenhuma das variáveis relativas se mostraram associadas ao desfecho analisado, conforme Tabela 2.

A maior parte das pessoas idosas deste estudo referiu não ter tido COVID-19 (117 indivíduos), sendo 54 o quantitativo que afirmou ter tido, destes 80% realizou teste COVID, desses a maioria apresentou sintomas (89%), mas poucos foram internados (5,6%). Em relação aos sintomas pós-COVID, entre aqueles que tiveram COVID-19 identificou-se um quantitativo parcial (52%); por sua vez, muitos referiram não sentir ou relataram já ter sintomas que podem ter piorado durante e após a pandemia (Tabela 3). Estudo brasileiro desenvolvido por Marrocos et. al. (2021) de forma online, com 123 idosos, identificou resultados semelhantes, no qual dos idosos questionados se foram acometidos por COVID-19, 74% informaram que “não”, 16% disseram que “sim”; se foram diagnosticados com vírus, mas tiveram sintomas leves, 7% responderam que não fizeram o teste, mas tiveram sintomas, e apenas 2% ficaram internados para tratar o COVID-19, mas não precisaram de intubação orotraqueal. Então, verifica-se que os idosos, em sua maioria, afirmam não ter sido acometido por COVID-19.

Considerando à cognição, verifica-se relação significativa com a idade, a escolaridade, doença cardíaca e ansiedade generalizada (Tabela 4). Um estudo brasileiro de Silva et al (2022) aponta que em relação à escolaridade, participantes com ensino fundamental apresentaram menor pontuação cognitiva no MEEM que pessoas com ensino superior

($p=0,005$). O declínio cognitivo ocorreu em participantes de todos os níveis educacionais ($p=0,001$) e na mesma intensidade ($p=0,969$). Chaumont et al (2020) aponta que considerando à COVID-19, quadros mais graves de COVID-19 podem provocar alterações cognitivas, mudanças na memória são evidentes e síndrome frontal; além disso, Pinna et al (2020), acrescenta como a memória de curto prazo como uma dessas alterações.

No que se refere à saúde mental, a depressão é uma morbidade que afeta, significativamente, a vida do indivíduo acometido, isso é demonstrado pelos achados desse estudo em que obtivemos o mesmo resultado levando em consideração o critério 5 ou critério 6 dessa escala. Neste estudo, a maioria das pessoas não referiram sintomas depressivos, todavia aqueles que referiram ter sentido sinais/sintomas de depressão tiveram influência em diversos aspectos da sua vida como relacionado à idade, renda, comorbidades e ansiedade (Tabela 5 e Tabela 6). Corroborando, uma realidade causada pela pandemia da COVID-19 de que a situação provocada deixou as pessoas mais depressivas. Assim, Marrocos et al (2021) apontam um provável aumento de casos/sintomas de depressão em idosos, durante e após o início da pandemia por COVID-19, trazendo à discussão a associação dessa doença com casos de demência, sinalizando o risco de aumento de idosos dependentes totais no futuro, dessa forma causando sobrecarga dos serviços de saúde e a sociedade por meio dos familiares e cuidadores.

Em se tratando de sofrimento mental, ainda há necessidade de estudos relacionados a essa condição associada aos desfechos da pandemia da COVID-19 em idosos, contudo, os dados dessa pesquisa mostram o impacto que o sofrimento mental causa nos aspectos relacionados à saúde da pessoa idosa, pois demonstra que o sofrimento mental interfere em diversos aspectos como recebimento de doações, à comorbidades como depressão, doença gastrointestinal, hipertensão, osteoporose, prisão de ventre, visão prejudicada, sintomas pós-COVID e ansiedade generalizada (Tabela 7).

A Tabela 8 revela dados de comparação segundo o estresse percebido. Observa-se que o quantitativo de indivíduos que afirmam ter percebido ou sentido sinais estressores é semelhante aqueles que afirmam não ter sentido. A percepção do estresse é refletida no sofrimento psíquico e na necessidade do enfrentamento ativo, alterações de bem-estar e humor, além da urgência de um suporte emocional. O estresse se caracteriza como uma reação do organismo quando exposto a determinadas situações, onde o nível de estresse aumentará dependendo de como o indivíduo reage, causando riscos biológicos e psicológicos ao mesmo (BITAN et al, 2020). A percepção do estresse pode está relacionada aos gatilhos-estressores associados à vivência de um período de incertezas, como foi a pandemia da COVID-19,

diante das questões socioeconômicas e emocionais como as fake news nos meios de comunicação, o isolamento que levou aos afastamento de familiares, amigos e ou cuidadores, a interrupção de atividades cotidianas, o medo de adoecer e da necessidade de internação hospitalar, além do medo da morte (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Em relação à ansiedade (Tabela 8), os idosos desse estudo, quando questionados, em sua maioria referiram não apresentar sinais dessa condição. Diferentemente desse achado, estudo internacional demonstra que acima dos 65 anos há uma maior prevalência de ansiedade associada à COVID-19 (HYLAND et al, 2020). Entretanto, estudo chinês aponta que os números de pessoas com sintomas de ansiedade e depressão aumentam na população jovem (HUANG et al, 2020). Sépulveda Loyola et al (2020) constataram aumento da prevalência de ansiedade em idosos a partir de 2020. Uma pesquisa realizada em Singapura, que utilizou a EDG e o GAI, apontaram associação entre depressão e ansiedade no período pré-COVID-19, mas os valores de associação foram identificados mais altos durante o isolamento imposto pela pandemia (YU, MAHENDRAN, 2021).

A partir dos dados da tabela 10, infere-se que os idosos que não tiveram COVID-19 e que apresentavam déficit cognitivo não apresentavam ou apresentaram sintomas leves de depressão e de sofrimento mental. Por outro lado, houve uma associação significativa entre depressão, sofrimento mental e ansiedade.

Conforme a Tabela 10, considerando os idosos acometidos por COVID-19, observou-se que não houve associação entre déficit cognitivo, depressão e sofrimento mental; mas houve associação significativa entre depressão, sofrimento mental e ansiedade.

Desse modo, conclui-se que não houve diferença nos achados entre o grupo acometido por COVID-19 e o grupo dos não acometidos. Infere-se a partir desse resultado, que a forma que os idosos lidaram com a pandemia em um município de pequeno porte, tendo mais proximidade familiar e vivendo de uma forma mais acessível; diferentemente do que ocorre nos grandes centros em que as famílias moram distantes, os filhos passam o dia no trabalho e, com a pandemia, acabaram evitando contato com os idosos por se exporem mais, possivelmente acarretou sentimentos de solidão, tristeza e medo.

Em suma, apesar da maioria das pessoas idosas do estudo não apresentarem queixas ou sinais/sintomas de condições que podem ter afetado sua saúde mental, Forte (2023) revela um alerta de que os indivíduos que foram infectados pelo SARS-CoV-2 e sobreviveram estão em grande parte entre a população que está em maior risco de um estado neurodegenerativo acelerado.

Dessa forma, considerando que o processo de envelhecimento é fato, faz-se necessário que haja a reestruturação dos serviços de saúde para abranger impactos significativos deixados pela COVID-19 ou condições tardias da doença. Embora grande parte da população mais exposta e que desenvolveu a doença esteja nas faixas etárias mais jovens, a mortalidade foi maior em pessoas com maior faixa etária. Isto posto, acende-se um alerta para um processo de envelhecimento antecipado ou totalmente diferente do esperado naquelas pessoas que sobreviveram à infecção pelo vírus (STRONG, 2022).

Assim, compreende-se como um novo desafio para a Enfermagem, está atenta aos sinais causados pela pandemia da COVID-19 nos idosos, considerando que nesse contexto de município de pequeno porte e pela forma que vivem esses sinais podem ser mascarados no dia a dia. Uma investigação apurada e a atenção aos sinais e sintomas apresentados podem indicar a necessidade de tratamento e acompanhamento do quadro de saúde desses indivíduos.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A COVID-19, sem dúvidas, trouxe repercussões à saúde mental e cognitiva das pessoas idosas, o que já era difícil e limitante, se tornou ainda mais com alto poder de adoecimento, trazendo problemas como ansiedade, depressão, estresse, sofrimento mental e déficit cognitivo. Como riscos de adoecimento por indivíduos vulneráveis, tornaram-se instalados. Observando isso, convém uma maior atenção à saúde da pessoa idosa, considerando a relação da depressão com a demência, podendo elevar o número de idosos dependentes no futuro, causando sobrecarga dos serviços de saúde.

Este estudo aponta um público de idosos que possuem características importantes que podem influenciar no seu estado de saúde, pois são idosos com pouca escolaridade e que possuem renda baixa. Assim, é necessário à atenção e o planejamento de cuidados à saúde dessa população para lidar com questões que podem passar despercebidas. Os achados são úteis, pois representam dados relevantes para reflexões acerca do impacto da COVID-19 na saúde mental e cognitiva das pessoas idosas pós-pandemia. Além disso, pode contribuir na formação de profissionais de saúde e serve como subsídio para as gestões de saúde identificarem as necessidades e planejarem ações e estratégias de enfrentamento a essas condições.

Nesse sentido, destaca-se a relevância destes para Enfermagem na perspectiva de observar, identificar e orientar o cuidado e planejar ações, de prevenção de agravos como déficit cognitivo, depressão e ansiedade; e de promoção da saúde, a exemplo de estímulo às atividades físicas e de lazer.

Nesse sentido, é salutar identificar os espaços que são ofertados pelo município, como o atendimento na Atenção Primária à Saúde e também na Rede de Atenção Psicossocial, para acolher e propiciar tais atividades aos idosos, e assim implantar ações de cuidado que visem reparar danos e promover saúde física e mental à população de um modo geral, prioritariamente, os idosos. Vale salientar a importância em âmbito municipal da ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, com atenção maior à saúde da pessoa idosa.

Este estudo teve como limitações o tamanho da amostra, além das informações obtidas, considerando que alguns idosos constavam com resultado de teste positivo para COVID, mas sinalizavam nunca ter tido a doença. Isso pode estar relacionado às informações disseminadas sobre a minimização da gravidade da doença em que muitos não compreendiam a real gravidade e alerta da situação.

Além disso, a literatura ainda incipiente abrangendo alguns aspectos da pesquisa, considerando que apesar da atenção fornecida às questões relacionadas à COVID-19, havia muitas incertezas e condições novas para serem abordadas.

Recomendações:

A partir do exposto, observa-se a necessidade de capacitação profissional voltada às complicações tardias da COVID-19 em pessoas idosas; ampliação das ações do Grupo de Convivência de Idosos; bem como, ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 57, n. 2B, p. 421-6, 1999.
- ARCA, K. N.; STARLING, A. J. Treatment-refractory headache in the setting of COVID-19 pneumonia: migraine or meningoencephalitis? Case report. **SN Comprehensive Clinical Medicine**, v. 2, p. 1200-1203, 2020.
- BANERJEE, D. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 35, n. 12, p. 1466, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.5320>
- BANERJEE, D.; RAI, M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, p. 525–527, 2020.
- BERTOLUCCI P. H. et. al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 52, p. 1-7, 1994.
- BITAN D. T., et. al. Escala de medo da COVID-19: características psicométricas, confiabilidade e validade na população israelense. **Psychiatry res. [Internet]**, v. 28, n. 9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>. Acesso 01 Fev 2024
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios/Produção/Atendimento individual**. Disponível em: <https://alagoinhaesus.com.br/relatorios/producao/atendimento-individual?> Acesso em: 05 Fev 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 14 nov. 2022
- BRASIL. Ministério da saúde. **Painel coronavírus**. [Internet]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso 04 Fev 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022**. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 [Internet]. 2024 [cited Fev 03, 2024] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-913-22-MS.htm
- CHAUMONT, H. et. al. Mixed central and peripheral nervous system disorders in severe SARS-CoV-2 infection. **Journal of Neurology**, v. 267, n. 11, p. 3121–3127, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09986-y>
- CHIAVEGATO, L. D.; PADULA, R. S. Estudos transversais. **Manual de Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde**, p. 143-146, 2020 [online]. Disponível: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=WS3sDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA143&dq=tipos+de+estudo+transversal&ots=mVV8DOmMV&sig=62TkHxYDAz_1ptAzCcJgE8MaOE#v=onepage&q=tipos%20de%20estudo%20transversal&f=false

COSTA, F. A. et. al. COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. **Brazilian Journal of Development**. v. 6, n.7, p. 49811-49824, 2020.

CRUZ, N. A. O. Repercussion of Covid-19 infection in the elderly: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e0811223910, 2022.

DA COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T. **Saúde mental em tempos de crise e pandemia: um diálogo com Martín-Baró**. 2020. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=SA%C3%9ADE+MENTAL+EM+TEMPOS+DE+CRISE+E+PANDEMI A%3A+UM+DI%C3%81LOGO+COM+MART%C3%8DN-BAR%C3%93.&btnG=>>. Acesso em: 15 dez 2023.

D'CRUZ, M.; BANERJEE, D. 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic. **An advocacy review.Psychiatry Res.**, v. 292, 2020.

FAMUP. Dados Municipais. Disponível em: <https://famup.org.br/paraiba/alagoinha/> . Acesso 01 de Fev 2024.

FIORILLO, A. Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. **European Psychiatry**, 2020.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN S. E.; McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, v. 12, p.189-98, 1975.

FORTE, M. J. SARS-CoV-2, envelhecimento e neurodegeneração pós-COVID-19. **Jornal de Neuroquímica**, v. 165, p. 115–130, 2023. Disponível: <https://doi.org/10.1111/jnc.15736>
GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2022. *E-book*. ISBN 9786559771653. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559771653/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

GRAGNOLATI M. et. al. Growing old in an older Brazil: impli - cations of population aging on growth, pov - erty, public finance and service delivery. **Wash - ington DC: World Bank**; 2011.

HE, F., DENG, Y., LI, W. Doença por coronavírus 2019: o que sabemos? **Journal of medical virology** . v. 92, n. 7, p. 719-725, 2020.

HENEKA M. T. et. al. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. **Alzheimers Res Ther**, v. 12, p.69, 2020.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. ; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia. **Cogit. Enferm.** [Internet], v. 25, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>

HUANG C. et. al. Consequências da COVID-19 em 6 meses em pacientes que receberam alta hospitalar: um estudo de coorte. **Lancet** , v. 397, 2021.

HYLAND P et. al. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. **Acta Ppsychiatr Scand**, v. 142, n. 3, p. 249-56, 2020.

IBGE. Cidades/ brasil/pb/alagoinha/panorama. <http://www.ibge.gov.br>, 2024. Disponível em: IBGE | Cidades@ | Paraíba | Alagoinha | Panorama. Acesso em: 02 de janeiro de 2024.

KORALNIK I. J., TYLER K. L. COVID-19: A Global Threat to the Nervous System. **Ann Neurol**, v. 88, 2020.

LECHIEN, J. R. et al. Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. **Journal of internal medicine**, v. 288, n. 3, p. 335-344, 2020.

LEITE, M. A. P. **Morbimortalidade por COVID-19 em idosos; análise da letalidade, riscos e dos fatores associados** (Dissertação), 2022.

LIMA L. D.; VIANA A. L. D.; MACHADO C. V. Regionalização da saúde no Brasil: Condicionantes de Desafios. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS, organizadores. Regiões de Saúde, diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. **São Paulo: Editora Hucitec**; p. 21-46, 2014.

LOPEZ-LEON, S. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 16144, 2021.

LUFT C. D.B. et. al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos metodologia científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. [São Paulo]: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559770670. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559770670/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MARROCOS, E. M. et. al. Elderly perception of the repercussions of the COVID-19 pandemic on their health. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e41010918067, 2021.

MASSENA, P. N. et. al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. **Int Psychogeriatr**, v. 27, n. 7, p. 1113-9. doi: 10.1017/S1041610214001021.

NALBANDIAN, A. et. al. Post-acute COVID-19 syndrome. **Nat Med [Internet]**, v. 27, n. 4, p. 601–15, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33753937/>

NESTOLA, T. et al. COVID-19 and Intrinsic Capacity. **J. Nutr. Health Aging**, v. 24, p. 692–695, 2020.

ONDER G., REZZA G., BRUSAFERRO S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. **JAMA**, v. 323 (18), p. 1775-1776, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso 25 Mar 2024.

PEZZINI A., PADOVANI A. Lifting the mask on neurological manifestations of COVID- 19. **Nat Rev Neurol** , v. 24, 2020.

PARAÍBA. CORONAVÍRUS. **Dados epidemiológicos Coronavírus**. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/dados-epidemiologicos-covid>. Acesso: 02 de janeiro de 2024.

PARAÍBA. Secretaria de Saúde da Paraíba. **Dados epidemiológicos COVID-19 Paraíba**. [Internet]. 2024. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/dados-epidemiologicos-covid>. Acesso em 10 jan 2024

PARAÍBA. Secretaria de Saúde da Paraíba. **Dados epidemiológicos COVID-19 na Paraíba**. [Internet]. 2022. Disponível em: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/55/>. Acesso em 10 jan 2024

PACHANA, N. A. et. al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **International Psychogeriatrics**, v. 19, n. 1, p. 103-114, 2006.

PUNTMANN V. O. et. al. Resultados da ressonância magnética cardiovascular em pacientes recentemente recuperados da doença por coronavírus 2019 (COVID-19). **JAMA Cardiol** , v. 5, 2020.

R CORE TEAM (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 jan 2024.

ROMERO-DUARTE A. et. al. Sequelas, sintomatologia persistente e resultados após hospitalização por COVID-19: o estudo multicêntrico de acompanhamento de 6 meses ANCOHVID. **BMC Med**, v. 19, p. 129, 2021.

ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de saude publica**, v. 37, 2021.

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of autoimmunity**, v. 109, p. 102433, 2020.

SANTOS, K. O. B. et. al. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>

SHARMA, P; SHARMA, R. Impact of Covid-19 on mental health and aging. **Saudi Journal of Biological Sciences**. v. 28, n.12, p. 7946-7053, 2021.

SEPÚLVEDA-LOYOLA W. et. al. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people mental and physical effects and recommendations. **J Nutr Health Aging**, v.24 (1), p. 938-47, 2020.

SILVA, T. C. et al. Impacto da pandemia da covid-19 nas funções cognitivas e motoras de pessoas idosas: um estudo coorte de 3 anos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, p. e220146, 2022.

STRONG, M. J. SARS-CoV-2, aging, and Post-COVID-19 neurodegeneration. **J Neurochemistry**, v. 165, n. 2, p. :115-30, 2022 . Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnc.15736>

WONG, S. Y. S. et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 700, p. 817-824, 2020

YENILMEZ, M.I. Economic and social consequences of population aging the dilemmas and opportunities in the twenty-first century. **Appl Res Qual Life**, v. 10, p. 735-52, 2015.

YU J., MAHENDRAM R. COVID-19 lockdown has altered the dynamics between affective symptoms and social isolation among older adults: results from a longitudinal network analysis. **Sci Rep**, v. 11 (14739), p. 1-10, 2021.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I - TERMO DE COSSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Sou Rayane de Almeida Farias, estudante da pós-graduação em enfermagem, e venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, a qual se intitula **CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL E COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS PÓS-PANDEMIA DA COVID-19 EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO** e tem como orientadora a Prof.^a Dr.^a MARIA DE LOURDES DE FARIAS PONTES, buscando, a partir de um devido esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa a realização de uma entrevista que visa à coleta de informações disponíveis, a fim de colaborar com a pesquisa.

O mesmo, por sua vez, apresenta como objetivo geral: Avaliar as condições da saúde mental e cognitiva de pessoas idosas de um município de pequeno porte pós-pandemia da COVID-19. Justifica-se esta pesquisa pelo fato, de após pesquisas elaboradas nas bases de dados internacionais e nacionais, foi analisado que há produções científicas voltadas à repercussões de saúde mental do indivíduos pós-pandemia da COVID-19, no entanto é perceptível uma escassa produção científica voltada para a avaliação indivíduo idoso.

Ressaltamos ainda que esta pesquisa poderá causar riscos mínimos, no que se trata ao participante se sentir desconfortável para responder as questões abordadas na entrevista, no entanto seu desenvolvimento trará benefícios que corroboram para a criação ou implantação de medidas de saúde que possam favorecer a população pesquisada.

Desta forma, solicito sua autorização, para realizar uma entrevista, e após a conclusão do estudo apresentar em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Informo-lhe que esta investigação, não lhe trará danos e comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária, e caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, estará em seu direito. Estando ainda o pesquisador a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

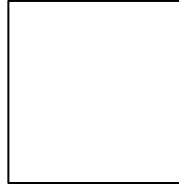
Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

João Pessoa, ____/____/2022

Maria de Lourdes de Farias Pontes
Pesquisadora responsável



Assinatura ou Impressão Datiloscópica
do Sujeito da Pesquisa ou Responsável Legal

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO IDOSO

Nº do questionário: _____ Data da entrevista: _____ Telefone: _____

USF: _____ ACS: _____

Nome do idoso (a): _____

Endereço: _____

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade _____ (anos completos)
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino
A3) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a)
A4) Com quem o Sr (a) mora: _____
A16) Quando o (a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr.(a) utiliza como primeira opção? (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____

SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL

B1a) O Sr(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não
B1b) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____ ANOS (Se nenhum, colocar “0”)

B2) Qual é a renda mensal em reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR
B3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) B3a) Aposentadoria B3b) Benefício B3c) Pensão B3d) Aluguel B3e) Trabalho Próprio B3f) Doações (família, amigos, instituições) B3g) Outras _____

SEÇÃO C – PROBLEMAS DE SAÚDE

O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?				
	SIM	NÃO	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? (nome comercial) qual?
D1) Anemia	1	2	99	
D2) Ansiedade / transtorno do pânico	1	2	99	
D3) Diabetes Mellitus	1	2	99	
D4) Depressão	1	2	99	
D5) Doença neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99	
D6) Hipertensão arterial	1	2	99	
D7) Doença cardíaca crônica	1	2	99	
D8) Doença respiratória crônica descompensada	1	2	99	
D9) Doença renal crônica em estágio avançado (grau 3,4 e 5)	1	2	99	
D10) Portador de doença cromossômica ou estado de fragilidade imunológica	1	2	99	
D11) Outras – Qual? _____	1	2	99	
Considerando a COVID-19:				
	SIM	NÃO	NS/NR	
D12) Realizou teste	1	2	99	
D13) Classificação dos sintomas: sintomático	1	2	99	
D14) Classificação dos sintomas: assintomático	1	2	99	
D15) Foi internado?	1	2	99	
D16) Sintomas referidos pós COVID-19				Quais?

ANEXO I – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

SEÇÃO A: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

ANO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
SEMESTRE	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
MÊS	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
DIA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
DIA DA SEMANA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)

NOME DA RUA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
NÚMERO DA CASA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
BAIRRO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
CIDADE	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
ESTADO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas.

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

ÁRVORE	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
MESA	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
CACHORRO	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU

Número de repetições _____

C4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100 - 7 = 93	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
93 - 7 = 86	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
86 - 7 = 79	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
79 - 7 = 72	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
72 - 7 = 65	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Soletre a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação) – ODNUM

()acertou ()errou ()Não sabe

C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem.

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra

ÁRVORE	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
MESA	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU
CACHORRO	() CONSEGUIU	() NÃO CONSEGUIU

C6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

CANETA	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
RELOGIO	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

CONSEGUIU ()	NÃO CONSEGUIU ()
---------------	-------------------

C8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

C9) Diga ao idoso (a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
Dobre esse papel ao meio	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE
Ponha-o no chão	() ACERTOU	() ERROU	() NÃO SABE

C10) Diga ao idoso(a):

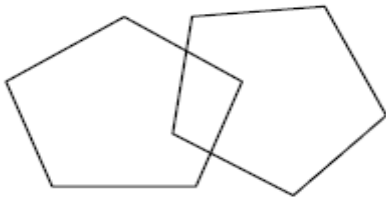
O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito,verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg).

C11) Diga ao idoso(a): Por favor, copie este desenho:

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos

interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)



Pontuação Final: _____

ESCORE: 13 pontos: analfabetos; 18 pontos: baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (de 4 a 8 anos incompletos); 26 pontos: alta escolaridade (> 8 anos)

SEÇÃO B: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS (Abreviada)

I.1 Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Sim (1) NÃO
I.2 Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM (0) Não
I.3 Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM (0) Não
I.4 Você se aborrece com frequência?	(1) SIM (0) Não
I.5 Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Sim (1) NÃO
I.6 Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM (0) Não
I.7 Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Sim (1) NÃO
I.8 Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM (0) Não
I.9 Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM (0) Não
I.10 Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1)SIM (0) Não
I.11 Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) Sim (1) NÃO
I.12 Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM (0) Não
I.13 Você se sente cheio de energia?	(0) Sim (1) NÃO
I.14 Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM (0) Não
I.15 Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM (0) Não

Escore: pontuação 5 – 6: provável depressão

SEÇÃO C: TESTE SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONARE

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS

- | | |
|---|---|
| 9.1- Você tem dores de cabeça freqüente? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.2- Tem falta de apetite? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.3- Dorme mal? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.4 Assusta-se com facilidade? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.5- Tem tremores nas mãos? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a) | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.7- Tem má digestão? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.8- Tem dificuldades de pensar om clareza? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.9- Tem se sentido triste ultimamente? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.10- em chorado mais do que de costume? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.12- Tem dificuldades para tomar decisões? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?) | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.15- Tem perdido o interesse pe as coisas? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.19- Você se cansa com facilidade? | SIM ☐ NÃO ☐ |
| 9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM ☐ NÃO ☐ |

9.21-Total de respostas SIM

9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:

1[]Sim 2[]Não

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

SEÇÃO D: ESCALA DE STRESSE PERCEBIDO

Perceived Stress Scale – PSS (10 item)

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

0= nunca 1= quase nunca 2= algumas vezes 3=frequentemente 4= muito frequente

	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					

8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controle?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controle?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

SEÇÃO E: INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA (GAI)

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2. Tenho dificuldades em tomar decisões		
3. Sinto-me inquieto(a) muitas vezes		
4. Tenho dificuldade em relaxar		
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações		
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante		
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago		
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores		
10. Sinto-me muitas vezes nervoso (a)		
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)		
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante		
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa		
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior		
15. Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente		
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida		
17. Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações		
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago		
19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado		
20. Muitas vezes sinto-me aflito(a)		

Pontuação da GAI: 1 ponto para as respostas *Concordo* em todas as questões

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas pós-pandemia em um município de pequeno porte

Pesquisador: RAYANE DE ALMEIDA FARIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67206423.8.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.912.691

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa de mestrado egresso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as condições da saúde mental e cognitiva de pessoas idosas de um município de pequeno porte pós-pandemia da COVID-19.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as pessoas idosas quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e clínicos (realização de teste, classificação dos sintomas, Internação e sintomas referidos pós-COVID);
- Descrever os aspectos da saúde mental quanto aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-COVID;
- Avaliar as funções cognitivas das pessoas idosas;
- Explorar as associações entre os dados socioeconômicos, demográficos e clínicos com sintomas de depressão, ansiedade, estresse e cognição;
- Comparar as condições de saúde mental e cognitiva de pessoas idosas que foram acometidas e não acometidas por COVID-19.

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedetica@ccs.ufpb.br