



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



AVALIAÇÃO DO MEDO DA COVID – 19 E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
DA ZONA RURAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Tarso Pereira Teixeira

Rio Grande, RS

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



**AVALIAÇÃO DO MEDO DA COVID – 19 E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
DA ZONA RURAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Tarso Pereira Teixeira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação como
requisito parcial para obtenção do título de Doutor em
Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Nogueira Gonzalez

Rio Grande, RS

2024

Tarso Pereira Teixeira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Nogueira Gonzalez

**AValiação DO MEDO DA COVID – 19 E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
DA ZONA RURAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Orientador – FURG

Prof. Dra. Suelle Manjourany Duro

Examinadora Externa – UFPEL

Profa. Dra. Luana Patrícia Marmitt

Examinadora Externa – UNOESC

Prof. Dr. Linjie Zhang

Examinador Interno – FURG

Prof. Dra. Carla Vitola Gonçalves

Examinadora Interna – FURG

Prof. Dr. Michael Pereira da Silva

Examinador Suplente – FURG

Ficha Catalográfica

T266a Teixeira, Tarso Pereira.

Avaliação do medo da COVID-19 e fatores associados em idosos da zona rural em um município do sul do Brasil / Tarso Pereira Teixeira. – 2024.

89 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande/RS, 2024.

Orientador: Dr. Rodrigo Dalke Meucci.

1. Idoso 2. Medo da COVID-19 3. População rural 4. Sintomas de depressão I. Meucci, Rodrigo Dalke II. Título.

CDU 616-053.9

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

AGRADECIMENTO

Agradeço a realização dessa Tese a minha família, por todo o suporte dentro dos momentos importantes da vida em que não pude estar junto para escrever o projeto e realizar as pesquisas, principalmente a Letícia Leal Leão, que mesmo com suas próprias adversidades e também fazendo doutorado, sempre encontrou tempo para me escutar e dar apoio quando precisei. A minha filha, Laís Leão Teixeira, a qual sempre procurou entender a minha ausência devido aos compromissos acadêmicos e me inspira a seguir em frente.

Aos meus pais, Ivete Pereira Teixeira e, *in memoriam*, Deoclécio José Martins Teixeira, por terem me dado vida, amor e todos os recursos intelectuais e motivacionais para que eu pudesse chegar onde estou. Graças ao exemplo de vocês, continuo acreditando no ensino e no crescimento pessoal constante como metas para a minha vida.

Ao meu professor orientador Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci, pela paciência e apoio em momentos decisivos na minha jornada dentro do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, assim como a professora co-orientadora Prof^a Dr^a Tatiane Nogueira Gonzalez pela análise estatística, muita disponibilidade, paciência e apoio em momentos decisivos da tese. Também agradeço a coordenação do Programa de Pós-Graduação, principalmente o Prof. Dr. Flávio Manoel Rodrigues da Silva Júnior, pelo apoio em momentos desafiantes vividos por mim ao longo do programa.

Por fim a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que eu conseguisse chegar nesse estágio da minha formação: colegas de trabalho e gestores, tanto da Universidade quanto dos serviços de saúde que passei até hoje, pacientes que atendi ao longo dos meus mais de 20 anos de trabalho, estudantes de graduação e residência e os tantos funcionários dos mais diversos serviços que, sem eles, certamente não teria como finalizar essa etapa da carreira. Muito obrigado a todos!!

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1 Revisão Medo de COVID e fatores associados em idosos	14
2.2 Revisão Medo de COVID e depressão em idosos	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivos gerais	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 HIPÓTESES	19
5 JUSTIFICATIVA	20
6 METODOLOGIA	20
6.1 Caracterização do local de estudo	20
6.2 EpiRural Rio Grande	21
6.2.1 Estudo de linha de base	21
6.2.2 Primeiro acompanhamento (Onda 1-2018/2019)	22
6.2.3 Segundo acompanhamento (Onda 2-2020/2022)	22
6.3 Delineamento utilizado	23
6.4 População alvo	23
6.5 Critérios de inclusão	23
6.6 Critérios de exclusão	23
6.7 Instrumento e informações coletadas	23
6.7.1 Instrumentos do primeiro acompanhamento (Onda 1-2018/2019)	24
6.7.2 Instrumentos do segundo acompanhamento (Onda 1-2020/2022)	24
6.8 Variável dependente e operacionalização	25
6.9 Variáveis independentes	26
6.10 Processamento dos dados	27
6.11 Análise dos dados	28
6.12 Logística	28
6.13 Aspectos éticos	28
7 RESULTADOS ESPERADOS	29
8 CRONOGRAMA	29

9	RISCOS E DIFICULDADES	29
10	ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO	30
11	ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL	30
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
	ARTIGO 1	35
	ARTIGO 2	51
	APÊNDICE A: FLUXO DE BUSCA DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	66
	APÊNDICE B: FICHA DOS ARTIGOS SELECIONADOS – MEDO DE COVID-19, IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS	67
	APÊNDICE C: FLUXO DE BUSCA DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – MEDO DE COVID-19, IDOSOS E DEPRESSÃO	70
	APÊNDICE D: FICHA DOS ARTIGOS SELECIONADOS – MEDO DE COVID-19 E DEPRESSÃO EM IDOSOS	71
	ANEXO A: QUESTIONÁRIO DOMICILIAR INDIVIDUAL 2020-2021 (2ª ONDA)	74
	ANEXO B: PARECER 154/2018 CEPAS – FURG	87
	ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88

RESUMO

A pandemia de COVID-19, uma doença causada pelo vírus SARS-COV-2, teve uma apresentação clínica e taxa de mortalidade especialmente grave em pessoas $\geq$ de 60 anos de idade e/ou com comorbidades antes do desenvolvimento de vacinas. Essa situação gerou aumento do medo e de transtornos de ansiedade e depressão em nível mundial. O objetivo deste estudo é avaliar o medo da COVID-19 e os fatores associados, além da relação deste com a prevalência de sintomas de depressão maior entre os idosos moradores da zona rural da cidade de Rio Grande, RS. Para isso, foram utilizados dados do “EpiRural Rio Grande: coorte de idosos da área rural do Rio Grande, RS”, pesquisa de base populacional com o objetivo de descrever e monitorar os padrões de morbimortalidade e de utilização de serviços de saúde dos idosos moradores da área rural do município. Neste projeto, o delineamento foi transversal, com dados coletados no segundo acompanhamento, realizado entre os anos de 2020 e 2022. No artigo 1, a variável dependente foi o medo da COVID-19, utilizando-se a Escala de Medo da COVID-19 (FCV-19S). Como variáveis independentes, foram avaliadas sexo, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação, renda, estado de saúde, hábitos comportamentais, dores, uso dos serviços de saúde, presença de doenças/morbidades físicas e mentais. No artigo 2, a variável dependente foi sintomas de depressão maior, avaliada por meio do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), e a exposição principal foi o medo da COVID-19 (FCV-19S). O artigo 1 observou como resultado uma pontuação média do FCS-19S de 18,2 pontos ($\pm$ 8,9), sendo fatores associados a menor medo, sexo masculino, período de entrevista após início da vacinação, ter saído para realizar necessidades essenciais, ter recebido familiares e/ou amigos em casa e ter praticado alguma atividade relacionada a crença, religião ou espiritualidade. Maior medo esteve associado ao aumento do tabagismo no período da pandemia e à procura de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). No artigo 2, a prevalência de sintomas de depressão maior foi 7,1% (IC95% 5,3-9,4), enquanto naqueles com muito medo da COVID-19 foi de 16,2% (IC95% 10,1-24,9). Após ajustes, a razão de prevalência de sintomas de depressão maior aumentou 2,27 vezes (IC95% 1,10-4,65) para aqueles com muito medo, em relação aqueles com pouco medo. Portanto, o medo se associou positivamente com piora de comportamento de risco e uso de serviço de saúde e negativamente com a presença de crença e espiritualidade, ter saído de casa em situações específicas, ser do sexo masculino e ter recebido amigos ou familiares em casa. Além disso, os idosos com muito medo apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos. O estudo, portanto, mostrou a importância do medo no planejamento de ações em saúde entre idosos moradores de área rural em uma pandemia.

PALAVRAS CHAVE: Idoso, Medo da COVID-19, População rural, Sintomas de depressão.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, a disease caused by the SARS-COV-2 virus, had an especially severe clinical presentation and mortality rate in people ≥ 60 years of age and/or with comorbidities before the development of vaccines. This situation has generated an increase in fear and anxiety and depression disorders worldwide. The objective of this study is to evaluate the fear of COVID-19 and associated factors, in addition to its relationship with the prevalence of symptoms of major depression among older people resident of the rural area of the city of Rio Grande, RS. For this, data were used from the “EpiRural Rio Grande: cohort of older people from the rural area of Rio Grande, RS”, a population-based survey with the objective of describing and monitoring the patterns of morbidity and mortality and use of health services among older people resident from the rural area of the municipality. In this project, the design was cross-sectional, with data collected in the second follow-up, carried out between 2020 and 2022. In article 1, the dependent variable was fear of COVID-19, using the COVID-19 Fear Scale (FCV-19S). As independent variables, sex, age, skin color, education, marital status, occupation, income, health status, behavioral habits, pain, use of health services, presence of physical and mental illnesses/morbidities were evaluated. In article 2, the dependent variable was symptoms of major depression, assessed using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the main exposure was fear of COVID-19 (FCV-19S). Article 1 observed an average FCS-19S score of 18.2 points (± 8.9) as a result, with factors associated with less fear, male gender, interview period after the start of vaccination, having gone out to carry out essential needs, having received family and/or friends at home and having practiced some activity related to belief, religion or spirituality. Greater fear was associated with the increase in smoking during the pandemic period and the search for care at the Primary Healthcare Center (PHC). In article 2, the prevalence of symptoms of major depression was 7.1% (95%CI 5.3-9.4), while in those very afraid of COVID-19 it was 16.2% (95%CI 10.1- 24.9). After adjustments, the prevalence ratio of major depression symptoms increased 2.27 times (95% CI 1.10-4.65) for those with a lot of fear, compared to those with little fear. Therefore, fear was positively associated with worsening risk behavior and use of health services and negatively with the presence of belief and spirituality, having left home in specific situations, being male and having received friends or family at home. Furthermore, older people who were very afraid had a higher prevalence of depressive symptoms. The study therefore showed the importance of fear in planning health actions among older adults living in rural areas during a pandemic.

KEYWORDS: Elderly, Fear of COVID-19, Rural population, Depression symptoms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variação de exposição de estudos	26
Tabela 1 (Artigo 1)	Description of the sample	47
Tabela 2 (Artigo 1)	Bivariate analysis and crude and adjusted regression	49
Tabela 1 (Artigo 2)	Descrição geral da amostra e segundo presença de episódio depressivo maior	66
Tabela 2 (Artigo 2)	Prevalência e razão de prevalência de episódio depressivo maior com o medo da Covid-19 como variável exposição	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
Coef.	Coeficiente
COVID-19	<i>(CO)rona (VI)rus (D)isease 2019</i>
CTT	Teoria Clássica dos Testes
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FCV-19S	Escala de medo da COVID-19
FES-I-Brasil	<i>Falls Efficacy Scale</i>
FPM	Força de Preensão Manual
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GPS	Sistema de Posicionamento Global
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV / AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
H1N1	Vírus <i>Influenza A</i> Subtipo H1N1
IC95%	Intervalo de Confiança no Nível 95%
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MsIs	Membros Inferiores

OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Valor-p
PHQ-9	<i>Patient Helth Questionnarie-9</i>
PubMed	Base de dados PubMed
SARC-Calf	Questionário SARC-Calf
SARC-F	Questionário SARC-F
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SM	Salários Mínimos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
VES-13	Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, por uma nova cepa de coronavírus (OPAS, 2021). Em seguida, novos casos foram notificados na Europa e nas Américas, sendo que, em 11 de março de 2020, a OMS declarou oficialmente a COVID-19 como uma pandemia (WHO, 2020). De acordo com o Painel da OMS sobre o Coronavírus, até abril de 2023 foram relatados, em nível global, mais de 763 milhões de casos confirmados da COVID-19, com mais de 6,9 milhões de mortes (OMS, 2022).

A transmissão do vírus causador da doença COVID-19, denominado SARS-CoV-2, ocorre de uma pessoa doente para outra saudável durante o período sintomático, que pode ser de 2 a 14 dias, por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar (aerossóis), por meio de contato direto ou próximo e, ainda, pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas. A infecção pode variar de casos assintomáticos, perpassando por manifestações clínicas leves como um simples resfriado, podendo chegar a quadros de insuficiência respiratória grave, choque e disfunção de múltiplos órgãos (BRASIL, 2021a).

Indivíduos de todas as idades correm o risco de contrair a infecção e desenvolver a forma grave da doença. No entanto, pessoas com idade ≥ 60 anos e com comorbidades médicas subjacentes (obesidade, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes, doença pulmonar crônica, tabagismo, câncer, transplante de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas) têm um risco aumentado de desenvolver COVID-19 grave (BRASIL, 2021a). No início da pandemia, ainda sem o advento das vacinas, a porcentagem de pacientes com COVID-19 que necessitaram de hospitalização foi seis vezes maior entre pessoas com condições médicas preexistentes, em comparação às pessoas sem essas condições médicas (45,4% *versus* 7,6%), sendo a taxa de letalidade 12 vezes maior nesse grupo de pessoas (19,5% *versus* 1,6%) (STOKES et al., 2020).

Ao longo da história da humanidade ocorreram diversas pandemias, sendo muitas associadas à disseminação do medo e ao aumento do estresse e da ansiedade entre o público em geral, contribuindo para o aumento da depressão e do trauma psicológico, intensificando os sintomas de pessoas com vários distúrbios de saúde mental e, muitas vezes, acompanhadas de estigmatização exibida em relação a indivíduos, grupos e etnias que se acredita estarem em alto risco de transmitir a doença (CHOI et al., 2017; DIGIOVANNI et al., 2004; LAU et al., 2010; SMITH-MORRIS, 2017; YU et al., 2005). Em uma revisão recente, foi avaliado que as

pandemias e surtos de Ebola, H1N1, MERS e SARS contribuíram para o aumento do medo, ansiedade e sofrimento psicológico entre indivíduos e comunidades, aumentos esses associados a um declínio nos comportamentos de procura de tratamento e a dificuldades em retomar o emprego. Esses resultados tendem a ser mais comuns em grupos com maior risco de serem afetados pela pandemia, como mulheres, idosos, profissionais de saúde e aqueles com maior probabilidade de sofrer perdas financeiras (WASIM et al., 2022).

A pandemia de COVID-19 impactou negativamente a saúde mental da população em geral, incluindo mais sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (PROUT et al., 2020). O auto-isolamento, embora uma medida eficaz para prevenir a infecção, colocou os idosos sob maior estresse psicológico. Estudos anteriores mostraram que o isolamento social pode levar ao aumento de problemas de saúde mental por meio da percepção de isolamento e solidão (SANTINI et al., 2020). Em amostras comunitárias de idosos, o isolamento percebido durante a pandemia foi associado a maior ansiedade, depressão e demais sintomas de saúde mental (FIORDELLI et al., 2020; SANTINI et al., 2020).

A pauta de reflexões sobre o medo e a ansiedade é antiga, geral e global. O medo é um instinto primal com papel fundamental na adaptabilidade, na evolução e na sobrevivência humana e na conformação da sociedade, entendido tanto como determinado estruturalmente quanto socialmente transformador. Podemos especular que o núcleo do medo moderno é formado pela insegurança ontológica e pela ansiedade existencial (FREUD, 1972; JOHNSTON, 2003). O medo também é um sentimento importante na exploração da experiência da doença, a qual é um dos componentes do método clínico centrado na pessoa. Esse sentimento deve sempre ser buscado pelo profissional de saúde ao se comunicar com uma pessoa que procura atendimento, pois muitas vezes é um fator importante na procura ou não pela busca ao cuidado em saúde (STEWART et al., 2017).

Após o início e o desenvolvimento da pandemia de COVID-19, muitas pessoas temeram adoecer e morrer em função da doença, mas igualmente sentiram medo do risco de infectar aqueles com quem convivem, da perda de seus meios de subsistência e das possíveis restrições relacionais resultantes do distanciamento social ou do isolamento social. Portanto, além da pandemia de COVID-19, esteve em curso uma pandemia de medo (ORNELL et al., 2020; MERTENS et al., 2020). Estudos demonstraram que o medo foi identificado como um importante preditor da adesão aos comportamentos preventivos preconizados pelas autoridades sanitárias para reduzir a transmissão do SARS-CoV-2 (HARPER et al., 2020), enquanto pessoas que apresentavam baixa percepção individual de risco quanto à infecção eram propensas à imprudência (WISE et al., 2020). Dessa forma, sabe-se que o medo desencadeado

pela pandemia de COVID-19, por um lado, aumentou os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e, por outro lado, piorou o quadro clínico de pacientes com transtornos mentais pré-existentes (SHIGEMURA et al., 2020). A escuta de um profissional de saúde é fundamental para o entendimento da necessidade em saúde da pessoa e a orientação necessária para a promoção do autocuidado em saúde. A perturbação na vida das pessoas em decorrência da própria situação de adoecimento e, também, pelas necessidades impostas pela rápida e alta disseminação do vírus levou ao aumento da prevalência de problemas de saúde mental, principalmente ansiedade e depressão. (HUANG; ZHAO, 2020; VERMA; MISHRA, 2020).

A saúde brasileira tem o Sistema Único de Saúde com uma Atenção Primária a Saúde (APS) ainda em expansão, aliado a um forte Programa Nacional de Imunizações. Em relação à assistência à saúde conforme a localização do serviço, muitos estudos mostram menor uso e pior qualidade no atendimento em saúde na área rural em comparação à urbana (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; BORTOLOTTI; LORET DE MOLA; TOVO-RODRIGUES, 2018; GARBACCIO et al., 2018; GARNELO et al., 2018; PEDRAZA et al., 2018; SHIMIZU et al., 2018; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Além disso, considerando que o contexto do combate à pandemia no Brasil foi marcado por ações governamentais erráticas e desorganizadas (GIOVANELLA et al., 2021), este projeto tem por objetivo avaliar o medo da COVID-19 e seus fatores associados, além de analisar a associação de medo da COVID-19 com a presença de depressão entre idosos residentes na área rural do município do Rio Grande, Rio Grande do Sul.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Revisão Medo da COVID e fatores associados em idosos

Para investigar estudos de base populacional sobre a prevalência e os fatores associados ao medo da COVID-19, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed e LILACS até o mês de março do ano de 2023. Foram utilizados os seguintes descritores, na língua inglesa, com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e Medical Subjects Headings (MeSH), com os operadores *booleanos* OR e AND, com a seguinte configuração: (((“fear”), AND ((COVID-19), AND (“aged OR elderly”))). Para a organização e seleção das referências, foi utilizado o programa *Mendeley*.

Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais de base populacional, em idosos (idade maior ou igual a 60 anos), nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram excluídos estudos longitudinais, artigos de revisão, pesquisas qualitativas, estudos de validação de escala,

estudos em populações com doenças específicas e que incluíssem idosos institucionalizados ou hospitalizados. O processo de seleção ocorreu em quatro etapas: seleção por meio dos descritores, seleção por análise dos títulos, seleção por meio da leitura dos resumos e, por fim, a leitura na íntegra.

Foram encontradas 1320 referências, sendo que 65 foram identificadas pelo programa como duplicadas e foram descartadas. Para a realização do processo de seleção dos artigos, em primeiro lugar, foram lidos os títulos dos 1255 artigos, excluindo-se 1130 artigos desta primeira seleção, restando 125 artigos para a leitura dos resumos. Após a leitura desses, 76 artigos foram excluídos por não abordarem o desfecho de interesse e a população-alvo estudada ou por ter delineamento experimental, qualitativo ou ser revisão de literatura. Assim, foram selecionados para a leitura na íntegra 49 artigos, sendo 40 desses excluídos por não contemplarem todos os critérios de inclusão ou apresentarem resultados conflitantes ou sem interesse para o atual projeto e 09 terminaram sendo selecionados para a revisão (Anexos A e B).

Quanto aos países em que os artigos selecionados foram realizados, os mesmos se concentraram na Europa, Ásia e apenas um em toda a América. Os estudos ocorreram na Turquia, com 4 artigos (AYAZ-ALKAYA; DÜLGER, 2021; YAGAR, 2021; GOKSEVEN et al., 2022; KILIC *et al.*, 2023), e um artigo em cada um dos seguintes países: Bangladesh (MISTRY et al., 2021), México (MEDINA-FERNANDEZ et al., 2022), Irã (SHARIFI et al., 2021), Nepal (YADAV et al., 2021), e Polônia (AGRAWAL et al., 2021).

A realização das pesquisas ocorreu em momentos distintos da pandemia. Em 2020, duas pesquisas foram realizadas entre julho e setembro (YADAV et al., 2021; GOKSEVEN et al., 2022), e outra pesquisa foi realizada entre novembro e dezembro (AGRAWAL et al., 2021). As pesquisas de 2021 ocorreram entre março e maio (AYAZ-ALKAYA; DÜLGER, 2021; YAGAR, 2021), entre agosto de 2021 e janeiro de 2022 (KILIC et al., 2023). Em 2022 verificou-se apenas um estudo que não especificou o mês da pesquisa (MEDINA-FERNANDEZ et al., 2022).

Todos os estudos foram realizados com idosos com idade acima ou igual a 60-65 anos. Para as análises estatísticas, 07 artigos utilizaram regressão linear e dois utilizaram a correlação de Spearman (KILIC et al., 2023; MEDINA-FERNANDEZ et al., 2022). Para a medida de medo de COVID, os artigos utilizaram a Escala de Medo da COVID-19 de sete itens (FCV-19S), (AHORSU et al., 2020), com pontuação do escore variando de 0 a 35, no qual quanto maior o escore, maior a percepção de medo da doença. Os valores encontrados em relação a média da escala variaram de 3,45 (YAGAR, 2021), a 22,90 pontos (SHARIFI et al., 2021), sendo que 08 dos 09 estudos mostraram valor de média acima de 16 pontos.

Quanto aos fatores associados ao medo, MISTRY et al. (2021), encontraram maior pontuação nos seguintes grupos: desempregados, pessoas que moravam sozinhas, idosos preocupados e sobrecarregados com a COVID-19, que apresentaram dificuldade de ganhar dinheiro durante o período de maior número de casos, que tiveram dificuldade em obter remédios neste período, que tiveram amigos próximos ou familiares diagnosticados com COVID-19 e que se sentiram isolados devido aos cuidados necessários. Esse estudo observou também um menor medo de COVID-19 entre os idosos que receberam informações relacionadas à doença pelos profissionais de saúde.

A pesquisa realizada no Nepal por Yadav et al. (2021), encontrou um escore de medo da COVID-19 de 18,1 pontos (DP $\pm 5,2$), sendo o maior escore entre idosos da Etnia Dalits ($\beta = 1,43$; IC95%: 0,72 a 2,14), a qual é minoritária no país, naqueles idosos mais afastados da Unidade de Saúde (considerado acima de 60 minutos de caminhada), ($\beta = 1,65$; IC95%: 0,65 a 2,65), e em idosos sobrecarregados com a pandemia de COVID-19 ($\beta = 1,88$; IC95%: 0,53 a 3,23), além de um menor escore de medo entre aqueles com problemas de saúde preexistentes ($\beta = -1,94$; IC95%: -3,76 a -0,12).

Uma das pesquisas realizadas na Turquia examinou a relação entre o medo da COVID-19 e os escores de alfabetização em saúde. O escore FCV-19 foi de 3,45 pontos (DP $\pm 0,93$). A maior alfabetização geral em saúde mostrou efeito significativo sobre a diminuição ao medo do COVID-19 ($\beta = -0,596$, $p < 0,05$). Entre as dimensões da alfabetização em saúde, as que apresentaram maior efeito significativo na redução do medo de COVID-19 foram as de acesso e de aplicação da alfabetização (respectivamente, $\beta = -0,252$ e $\beta = -0,301$, $< 0,05$) (YAGAR, 2021).

Em relação aos demais fatores associados, três estudos demonstraram maior medo entre pessoas do sexo feminino (AYAZ-ALKAYA; DÜLGER, 2021; GOKSEVEN et al., 2022; AGRAWAL et al., 2021), e um concluiu que a taxa de autocuidado diminui com o aumento do medo do COVID-19 em idosos (SHARIFI et al., 2021). Ainda associados ao aumento na média de escore de medo de COVID-19 foram encontrados os seguintes fatores: ter uma doença crônica, considerar as medidas de controle da epidemia insuficientes (AYAZ-ALKAYA; DÜLGER, 2021), ter dificuldade em dormir à noite nos períodos após o início da pandemia, achar que precisa de apoio psicológico por causa do surto (GOKSEVEN et al., 2022), histórico pessoal de uso de anticoagulantes e ter maiores níveis de ansiedade (AGRAWAL et al., 2021).

2.2. Revisão Medo da COVID e depressão em idosos

Para investigar estudos de base populacional sobre medo da COVID-19 em idosos e sua relação com depressão, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed e LILACS até o mês de junho de 2023. Foram utilizados os seguintes descritores, na língua inglesa, com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e Medical Subject Headings (MeSH), com os operadores *booleanos* OR e AND, com a seguinte configuração: ((Fear COVID-19) AND (Depression)) AND (Aged OR Elderly).

Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais de base populacional, em idosos (idade maior ou igual a 60 anos), nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram excluídos estudos longitudinais, artigos de revisão, pesquisas qualitativas, estudos de validação de escala, estudos com populações com doenças específicas e estudos que incluíssem idosos institucionalizados ou hospitalizados. O processo de seleção ocorreu em quatro etapas: seleção por meio dos descritores, seleção por análise dos títulos, seleção por meio da leitura dos resumos e, por fim, a leitura na íntegra.

Foram encontradas 601 referências, sendo que 05 foram identificadas pelo programa como duplicadas e foram descartadas, restando 596 artigos. Para a realização do processo de seleção dos artigos, em primeiro lugar, foram lidos os títulos, restando 59 artigos para a leitura dos resumos. Após a leitura desses, 43 artigos foram excluídos por não abordarem o desfecho de interesse e a população-alvo estudada ou por ter delineamento experimental, qualitativo ou ser revisão de literatura. Assim, foram selecionados para a leitura na íntegra 16 artigos, sendo 09 desses excluídos por ainda não contemplarem todos os critérios de inclusão ou apresentarem resultados conflitantes ou sem interesse para o atual projeto e 05 terminaram sendo selecionados para a revisão (Anexos C e D).

Os estudos foram realizados nos seguintes países: Brasil, Paquistão, Coreia do Sul, Turquia e Grécia, sendo um artigo em cada país. Todos os estudos foram realizados com idosos com idade acima ou igual a 60-65 anos, sendo que um dos artigos utilizou idade acima de 50 anos (MUMTAZ et al., 2021). Para as análises estatísticas, três estudos utilizaram regressão linear múltipla (MUMTAZ et al., 2021; MOUSTAKOPOULOU et al., 2023; KIM; HWANG, 2022), um utilizou correlação de Spearman (KILIC et al., 2023) e um utilizou Regressão de Poisson (CARLETTI et al., 2023).

Para avaliar a medida de medo de COVID, 04 artigos utilizaram a Escala de Medo de COVID-19 de sete itens (FCV-19S) (MUMTAZ et al., 2021; MOUSTAKOPOULOU et al., 2023; KILIC et al., 2023; CARLETTI et al., 2023), com os escores encontrados ficando entre

22,66 (SHIRALY et al., 2022) e 4,12 pontos (MUMTAZ et al., 2021). Kim e Hwang (2022) realizaram uma pergunta sobre medo de COVID-19 de forma dicotômica, dentro das variáveis preditoras.

O estudo do Paquistão demonstrou escores de medo (FCV-19S) de 4,12 pontos e de depressão de 3,79 pontos. O medo da COVID-19 teve uma associação positiva significativa com depressão com o valor de $\beta = 0,162$ para $p < 0,05$ (MUMTAZ et al., 2021). Outro estudo na Grécia mostrou um FCV-19S de 18,5 pontos e um escore da Escala de Depressão Geriátrica com valor médio de $5 \pm 3,7$ pontos, com 33,5% dos participantes apresentando sintomas depressivos (MOUSTAKOPOULOU et al., 2023). Kilic et al. (2023), na Turquia, apresentou pontuação média da FCV-19S dos participantes de $19,71 \pm 8,64$ pontos e pontuação média da Escala de Depressão Geriátrica de $6,77 \pm 5,11$ pontos. No estudo realizado no Brasil, no qual foi aplicado um questionário online em todo o território nacional, a pontuação do FCV-19S foi 21 ± 6 pontos (CARLETTI et al., 2023).

Em um estudo da Coreia do Sul, após o surto de COVID-19, 11,5% dos participantes afirmaram sentir tristeza e depressão, 62,5% afirmaram ter medo da COVID-19 e 36,8% dos entrevistados relataram ter medo de que eles ou seus familiares fossem altamente propensos a contrair o COVID-19. Esse estudo demonstrou que sentir tristeza e depressão foi maior entre aqueles que tinham medo do COVID-19 e achavam que eles ou seus familiares corriam alto risco de contrair COVID-19 (RO: 1,70, IC 95%: 1,10 - 2,62) (KIM; HWANG, 2022).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos gerais

- Avaliar o medo da COVID-19 e seus fatores associados entre idosos moradores da zona rural de Rio Grande, RS;
- Avaliar a prevalência de sintomas de depressão entre os idosos da zona rural de Rio Grande, RS, e a sua relação com o medo da COVID-19.

3.2. Objetivos específicos

- Investigar a associação do medo da COVID-19 e de sintomas de depressão de acordo com as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, pessoas que moram junto, renda familiar, moradia, situação da renda após o início da pandemia;
- Uso de meios de comunicação para buscar informações: televisão, rádio, *internet*, telefone, computador, jornais, ou outros meios;
- Adesão ou não ao isolamento social;
- Hábitos de vida e problemas de saúde autorreferidos: tabagismo e uso de bebidas alcoólicas anterior e durante o período da pandemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, angina, DPOC, asma, AVC, doenças articulares, Parkinson, câncer, catarata, glaucoma, retinopatia diabética, dificuldade auditiva, incontinência urinária, HIV/AIDS, quedas, fraturas, como considera sua saúde;
- Uso de serviços de saúde: atendimento por algum profissional da saúde, tipo de serviço utilizado, se já foi na Unidade de Saúde do seu bairro, meio de transporte para ir até a Unidade de Saúde do bairro, se utiliza plano de saúde; uso dos serviços de saúde e cuidados recebidos na presença de sintomas gripais.

4. HIPÓTESES

Baseado na literatura, o valor escore médio de medo da COVID-19 encontrado deve ser em torno de 16 a 20 pontos.

As demais hipóteses consideradas consideram uma maior associação do medo nas seguintes variáveis:

- Fatores sociodemográficos: associação com sexo, e situação da renda após o início da pandemia;
- Uso de televisão ou rádio para busca de informações;
- Comportamento observado durante o isolamento social e uso de medidas de proteção individual;
- Idosos portadores de doenças crônicas auto-referidas;
- Idosos que utilizam um maior número de medicações de uso contínuo, principalmente naqueles com polifarmácia.

Além das variáveis descritas acima, o presente estudo deve encontrar uma relação direta entre escore de medo de COVID-19, estratificado pela intensidade do medo e sintomas de depressão;

5. JUSTIFICATIVA

Os artigos revisados por este projeto avaliaram o medo da COVID-19 e sua relação com fatores associados e, mais especificamente, com sintomas de depressão maior em idosos. Foram encontrados poucos estudos sobre este tema incluindo os idosos e, mais especificamente, em área rural.

A análise desses dados na área rural de um município localizado no sul do Brasil, em um período de pandemia, se torna de interesse para avaliar como essa população apresenta esse sentimento, com quais fatores ele se associa e se ele tem relação com sintomas de depressão maior.

O medo é um dos sentimentos avaliados pela abordagem centrada na pessoa (Stewart, 2014), dentro do componente denominado experiência da doença. Ele é fundamental para o maior entendimento da pessoa que busca cuidado em saúde e pode determinar o sucesso ou o fracasso de um tratamento, além de contribuir para o surgimento ou agravamento de doenças mentais, como ansiedade e depressão.

É sabido que situações de pandemia causam medo da doença na população e aumentam prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, gerando problemas de saúde acrescem os cuidados necessários ao agravo principal e podem alterar prognósticos da doença. Portanto, estudar este sentimento e outros aspectos da saúde mental é parte importante do planejamento de ações preventivas em saúde pública, visando aumentar a adesão das pessoas em situações de emergência mundial, como é o caso desta pandemia.

6. METODOLOGIA

6.1. Caracterização do local de estudo

O município do Rio Grande está situado na Planície Litorânea, na margem sul do canal que liga a Laguna dos Patos ao Oceano Atlântico, no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. É constituído por 5 distritos: Rio Grande, Ilha dos Marinheiros, Povo Novo, Quinta e Taim, abrangendo uma área territorial total de 2.709,5 km². Apresenta uma população estimada em 2021 de 212.881 habitantes.

Em relação aos indicadores de qualidade da saúde, o município apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 8,75 óbitos por mil nascidos vivos em 2020, encontrando-se estando na posição 3085 das cidades do Brasil e 160 no Estado. A zona rural do município de Rio Grande

é delimitada geograficamente pelos corpos d'água Laguna dos Patos, Oceano Atlântico e Laguna Mirim, onde comunidades tradicionais vivem principalmente da pesca e da agricultura familiar, incluindo pecuária, arroz e soja (IBGE, 2023).

Os serviços de atenção à saúde da cidade são oferecidos pela rede de saúde pública do Sistema Único de Saúde e por serviços privados da Saúde Suplementar. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a rede de atenção a saúde dispõe de 48 equipes de Saúde da Família, apresentando uma cobertura de APS nesse modelo de aproximadamente 77,7% da população, sendo que na zona rural, a cobertura é de 100%, com 10 equipes. Ainda compõe a rede, dois hospitais, um público, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande, o qual atende 100% de sua demanda para o SUS, e um privado, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, que presta uma parte do seu atendimento para a rede pública de saúde, além de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Esses hospitais, além da própria Secretaria Municipal da Saúde também prestam atendimento médico ambulatorial especializado (RIO GRANDE, 2022).

6.2. EpiRural Rio Grande

Esse projeto está vinculado a um estudo maior intitulado “EpiRural Rio Grande: coorte de idosos da área rural do Rio Grande, RS”, que tem por objetivos gerais descrever e monitorar os padrões de morbimortalidade e de utilização de serviços de saúde dos idosos moradores da área rural do município (MEUCCI et al., 2022). A seguir são descritos os aspectos metodológicos referentes a cada uma das etapas realizadas deste estudo.

6.2.1. Estudo de linha de base

O estudo de linha de base foi realizado no ano de 2017 (abril a outubro), e se originou a partir dos dados coletados em um estudo transversal realizado em toda a área rural do município denominado “Saúde da população rural riograndina”, que avaliou três populações distintas: menores de 5 anos, mulheres de 15 a 49 anos e idosos (60 anos ou mais). Para seleção dos indivíduos, foi utilizado um processo de amostragem aleatória sistemática dos domicílios permanentemente habitados. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre “1” e “5”, sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número “3” ter sido sorteado, todo domicílio de número “3” de uma

sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Ao final deste trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 101 domicílios, mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total, 1785 domicílios tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos). Foram identificados 1351 idosos, desses, 22 recusaram realizar a pesquisa e 79 foram perdidos ao longo do estudo, restando uma amostra de 1130 idosos entrevistados, ou 83,7% dos idosos identificados.

6.2.2. Primeiro acompanhamento (Onda 1-2018/2019)

O primeiro acompanhamento dos idosos incluídos no estudo de linha de base ocorreu entre setembro do ano de 2018 a março do ano de 2019. Todos os integrantes foram revisitados em seus domicílios e convidados a participar do estudo. Ao final, foram acompanhados 862 idosos, ou seja, 83,9% dos indivíduos incluídos no estudo de linha de base.

6.2.3. Segundo acompanhamento (Onda 2-2020/2022)

O segundo acompanhamento estava previsto para iniciar na data de 16 de março de 2020, no entanto, esta data coincidiu com o decreto de pandemia pela COVID-19 e o início das medidas restritivas devido à situação pandêmica, sendo suspenso. Dessa forma, a segunda onda iniciou oficialmente em 03 de novembro de 2020, porém, foi novamente interrompida em 26/02/2021 devido a piora no número de casos de COVID-19, reiniciada em 04/10/2021 e finalizada em 20/01/2022. Ao final do estudo foram acompanhados 651 idosos neste segundo momento. Nesta onda foi iniciado um sistema de georreferenciamento através do mapeamento de cada domicílio com o uso de um dispositivo de Sistema de Posicionamento Global (GPS) com apoio do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, *Campus* Rio Grande. Ainda, foram investigadas algumas variáveis do estudo de linha de base, do primeiro acompanhamento e, novas informações específicas.

6.3. Delineamento utilizado

Este projeto terá um delineamento transversal de base populacional.

Os dados foram coletados em dois momentos diferentes, sendo a primeira entrevista (denominada Primeira Onda) entre 2018 e 2019 e a segunda (denominada Segunda Onda) entre 2020 e 2022, durante a pandemia de COVID-19. Os dados coletados da Primeira Onda são referentes a perfil sociodemográfico, comportamentos em saúde, doenças crônicas auto-referidas, medicamentos de uso contínuo e utilização de serviços de saúde. Os dados da Segunda Onda exploraram a situação de renda devido a pandemia, acesso a meios de comunicação e informação, cuidados pessoais para evitar contaminação, sintomas referentes a síndrome gripal, uso de serviços e profissionais de saúde mediante esses sintomas e medo da COVID-19.

6.4. População alvo

A população foi composta por idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, residentes na zona rural do município do Rio Grande, RS.

6.5. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos as pessoas acima de 60 anos integrantes da coorte de idosos da área rural do município de Rio Grande, RS.

6.6. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão do Projeto EpiRural foram idosos lotados em instituições e mudança de endereço para área urbana. Para este projeto foram excluídos, além dos critérios anteriores, os idosos cujo cuidador respondeu à pesquisa.

6.7. Instrumentos e informações coletadas

Serão aqui descritos os instrumentos utilizados no primeiro acompanhamento (2018/2019) e no segundo acompanhamento (2020/2022).

6.7.1. Instrumentos do primeiro acompanhamento (Onda 1-2018/2019)

Todas as informações foram obtidas por meio da aplicação direta de dois questionários, devidamente padronizados e pré-codificados. O questionário domiciliar consistia de informações referentes a situação socioeconômica familiar e foi respondido pelo(a) auto-declarado(a) chefe do domicílio, ou na sua ausência, ou no caso do(a) idoso(a) residir só, o mesmo foi aplicado ao(a) próprio (a), idoso (a).

Posteriormente a aplicação da primeira etapa, foi aplicado o questionário individual, dirigido especificamente ao(a) idoso(a), devendo ser respondido pelo (a) próprio (a) idoso (a) ou pelo (a) seu (sua) cuidador (a) e investigou características demográficas (sexo, idade, cor da pele), de saúde autorreferidas (estado de saúde autorreferido, presença de morbididades, quedas durante o último ano, dores no corpo, funcionalidade, estado mental), utilização dos serviços de saúde (acesso aos serviços de saúde, uso de medicamentos, entre outras), características comportamentais (uso de álcool e tabaco), coleta de medidas antropométricas (peso, altura do joelho e circunferência da panturrilha) e aplicação dos instrumentos SARC-F, SARC-Calf, Vulnerable Elders Survey (VES-13) e do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e, ainda, foram investigados itens de segurança no domicílio. Ao final do instrumento, o(a) idoso(a) era convidado(a) para ficar na posição em pé para realizar as medidas antropométricas. A coleta de dados foi realizada por meio de visita domiciliar e realizada com o uso de questionário eletrônico. A entrada de dados ocorreu por meio do aplicativo REDCap® (Research Electronic Data Capture). Todas as entrevistadoras/antropometristas foram submetidas a um treinamento de 30 horas e a padronização das medidas antropométricas seguiu a metodologia de Habitch et al., 1974.

6.7.2. Instrumentos do segundo acompanhamento (Onda 2-2020/2022)

Para este acompanhamento, a equipe EpiRural realizou diversas reuniões para estruturação, programação e definição da logística. Após foi agendado e realizado treinamento prévio da equipe Epi-Rural e dos entrevistadores com alterações no cronograma previsto em razão da pandemia COVID-19. Após a fase inicial da pandemia, foi feito um período de pausa no início do estudo devido a necessidade, naquele momento, de distanciamento social e da manutenção da segurança da saúde dos idosos e das pessoas envolvidas diretamente na pesquisa. Passado o período de nove meses o estudo foi retomado com re-treinamento dos

entrevistadores de 30 horas e, atualização da programação e adaptações em razão dos cuidados de prevenção ao COVID-19.

Para a coleta das informações foram aplicados dois questionários, intitulados “Domiciliar - Bloco A” e “Individual – Bloco D” (Apêndice A), que estavam previamente padronizados e pré-codificados. O questionário domiciliar era respondido pelo(a) autodeclarado(a) chefe do domicílio ou ao (a) próprio (a) idoso (a) em caso de ausência e/ou quando idoso (a) residia sozinho (a). Neste questionário havia informações referentes a situação socio-familiar e foi adicionado o instrumento de Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

No questionário individual foram investigados situação de saúde, morbidade, quedas, utilização de serviços de saúde e características comportamentais, com os seguintes instrumentos: Patient Helth Questionnaire-9 (PHQ-9); o instrumento de saúde bucal, o Falls Efficacy Scale (FES-I-Brasil); o marcador de consumo alimentar, a Escala de Katz, SARC-F, SARC-Calf, VES-13. Foram coletadas novamente as medidas antropométricas do primeiro acompanhamento e, foram adicionados dois novos testes e uma nova escala: o teste de Força de Preensão Manual (FPM) e o teste de Velocidade de Marcha de 4 metros, e a Escala de medo da COVID-19 (FCV-19S).

6.8. Variável dependente e operacionalização

Para avaliar o desfecho, medo da COVID-19, foi utilizada a Escala de medo da COVID-19 (FCV-19S), desenvolvida e validada por Ahorsu et al. (2020), usando dois tipos de testes psicométricos: análise da teoria clássica dos testes (CTT), e análise de Rasch. Essa escala foi traduzida para diversas línguas e validada em diversos países, inclusive no Brasil, sempre resultados positivos em suas propriedades psicométricas (AGUIAR, 2021).

A escala utiliza as seguintes questões: (1) tenho muito medo do coronavírus-19, (2) fico desconfortável ao pensar no coronavírus-19, (3) Minhas mãos ficam úmidas quando penso no coronavírus-19, (4) tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19, (5) ao assistir notícias e histórias sobre o coronavírus-19 nas redes sociais, fico nervoso ou ansioso, (6) Não consigo dormir porque estou preocupado em pegar o coronavírus-19, (7) meu coração dispara ou palpita quando penso em pegar coronavírus-19. Os participantes indicam seu grau de concordância com as afirmações por meio de uma escala do tipo *Likert* de cinco itens. As respostas incluíam “discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”. A pontuação mínima possível para cada questão é 1 e a

máxima é 5. A pontuação total é calculada somando a pontuação de cada item (variando de 7 a 35). Quanto maior a pontuação, maior o medo do coronavírus-19.

6.9. Variáveis independentes

Foram consideradas variáveis de exposição neste estudo: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação, renda, estado de saúde, uso de medicamentos, hábitos comportamentais, dores, uso dos serviços de saúde, presença de doenças/morbidades físicas e mentais, variáveis antropométricas e IMC.

Em relação aos dados de ocupação e renda, foram realizadas perguntas que exploraram se houve mudanças no padrão desses dois componentes após o início da pandemia. Já quanto ao uso de serviços de saúde, foram adicionados quais serviços de saúde foram utilizados caso a pessoa tenha se sentido sintomas gripais, tenha confirmado ou não COVID-19, ou tenha acessado por qualquer outro motivo e se conhece ou utilizou o serviço de tele-triagem.

Tabela 1. Variáveis de exposição do estudo.

VARIÁVEIS	TIPO DE VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	PERÍODO DE COLETA
Sexo	Nominal dicotômica	Masculino/Feminino	2018-2019
Idade	Numérica discreta	Anos de vida categorizados	2018-2019
Cor da pele	Nominal politômica	Branca, preta, parda ou outra	2018-2019
Escolaridade	Numérica discreta	Anos de estudo categorizados	2018-2019
Estado civil	Categórica politômica	Solteiro(a)/Casado(a)/Viúvo(a)	2018-2019
Trabalho remunerado	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
Renda familiar	Numérica contínua	Renda em SM categorizados	2020-2022
Evolução renda familiar pandemia	Categórica politômica	Aumentou/Igual/Diminuiu/Sem renda.	2020-2022
Mídia de informação	Categórica politômica	Televisão/Rádio/Revista/Jornal impresso/ <i>Internet</i> .	2020-2022
Estado de saúde (autorreferido)	Categórica politômica	Muito Bom/Bom/Regular /Ruim/Muito Ruim	2018-2019
Polifarmácia (utilização de 5 ou mais fármacos)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
Tabagismo	Categórica politômica	Fumante/Ex-fumante/Não fumante	2020-2022

VARIÁVEIS	TIPO DE VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	PERÍODO DE COLETA
Consumo de álcool na última semana	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Quedas	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Dor nos MIs	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
DM (autorreferido)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
HAS (autorreferido)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
Asma (autorreferido)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
DPOC (autorreferido)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
Câncer (autorreferido)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2018-2019
Depressão (PHQ9)	Categórica Dicotômica	Crítérios diagnósticos: respostas Não/Sim	2020-2022
Catarata (autorreferido)	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Dor na coluna vertebral	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Dor nos joelhos	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Hospitalização no último ano	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Uso dos serviços de saúde	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Isolamento Social	Categórica Dicotômica	Saiu de casa: (Não/Sim); Locais que saiu (não/sim).	2020-2022
Teste COVID-19	Nominal dicotômica	Não/Sim	2020-2022
Sintomas gripais	Categórica Dicotômica	Cita sintomas: respostas (Não/Sim)	2020-2022
Uso dos serviços de saúde durante sintomas gripais	Categórica politômica	UBS/Consultório/Pronto Atendimento/Hospital/ Teletriagem/Centro de triagem.	2020-2022

Fonte: Autoria própria (2024).

6.10. Processamento dos dados

Com a aplicação de questionário em formato eletrônico e a utilização do *software REDCap® (Research Electronic Data Capture)*, foi possível a entrada das informações de modo direto no banco de dados. Diariamente, após o término das entrevistas, os dados eram enviados através de conexão com a *internet* para um servidor da FURG, nesse eram armazenados e revisados através do Programa *Data Quality®*. Caso houvesse necessidade, um

novo contato com o (a) entrevistado (a) era realizado para verificação de inconsistências e, caso necessário, realizadas as devidas correções.

6.11. Análise dos dados

Os dados obtidos serão analisados através do programa estatístico STATA versão 13. Será feita uma descrição da amostra através da proporção de cada uma das categorias das variáveis independentes. Posteriormente será calculada a média do seu desfecho para cada uma dessas categorias. A comparação das médias será analisada através do teste T ou Anova se tiver distribuição simétrica. Se a distribuição for assimétrica serão utilizados testes não-paramétricos (*Mann-Witney* e *Kruskal-Wallis*) e para análise de fator associado será usada análise de regressão linear ou outra conforme a distribuição do desfecho. Para todos os testes específicos a serem utilizados será adotado um nível de significância de 5%.

6.12. Logística

A logística do trabalho de campo se deu através de organização prévia da equipe do EpiRural Rio Grande, com estudo do mapeamento das áreas a serem visitadas e confecção e organização dos cronogramas das escalas das viaturas, das entrevistadoras, da distribuição das planilhas com os endereços a serem visitados e dos supervisores para cada dia de campo. Diariamente eram organizados, higienizados e revisados os materiais necessários para saídas de campo e, as saídas se davam no turno da tarde, geralmente em duas viaturas.

6.13. Aspectos éticos

O estudo “Epi-Rural Rio Grande: Coorte de idosos na área rural de Rio Grande, RS”, no qual está inserido este projeto, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), através do Parecer n. 51/2017 e n. 154/2018 (Anexo B).

Além disso, todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos desde o risco mínimo até a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), garantindo-se o sigilo

dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Como produtos da pesquisa em termos de publicação pretende-se realizar dois artigos em revistas na área Medicina Qualis A1 a A4. Um dos artigos vai avaliar a média de Escore de Medo de COVID-19 e os fatores associados a esse escore. O segundo artigo vai analisar a associação entre medo de COVID-19 e a prevalência de sintomas de depressão na população idosa da zona rural .

Além das publicações em artigos científicos, esse projeto objetiva divulgar seus resultados para o público-alvo do estudo, bem como para a comunidade científica e trabalhadores em saúde através de apresentação em eventos dentro da Universidade Federal do Rio Grande, da Secretaria de Município da Saúde, bem como de Congressos em nível regional e nacional.

8. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	MÊS/ANO																	
	Out/ 22	Nov/ 22	Dez/ 22	Jan/ 23	Fev/ 23	Mar/ 23	Abr/ 23	Mai/ 23	Jun/ 23	Jul/ 23	Ago/ 23	Set/ 23	Out/ 23	Nov/ 23	Dez/ 23	Jan/ 24	Fev/ 24	Mar/ 24
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x												
Elaboração do Projeto			x	x	x	x	x	x										
Qualificação do Projeto								x										
Análise Estatística									x	x	x	x	x	x				
Escrita e envio dos artigos															x	x	x	x
Defesa da Tese																		x

9. RISCOS E DIFICULDADES

A pesquisa não ofereceu riscos à saúde dos entrevistados. A participação foi voluntária e o entrevistado teve a possibilidade de deixar de responder o questionário a qualquer momento. As informações coletadas foram sigilosas. Almeja-se entregar os resultados de todos os

indivíduos para acompanhamento da Unidade Básica de Saúde de referência. Quando for identificada alguma necessidade em saúde do participante durante as entrevistas, foi oferecido encaminhamento aos serviços disponíveis. Cabe destacar que foram tomadas as devidas medidas de proteção, com uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), pela equipe envolvida no projeto.

10. ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

O presente projeto faz parte de um estudo de maior porte intitulado “EpiRural Rio Grande: coorte de idosos da área rural de Rio Grande, RS”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), e da CAPES. Além desta, este estudo contou com o apoio da Prefeitura Municipal de Rio Grande, através da parceria com a Secretaria Municipal da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, com o fornecimento de uma viatura e as despesas com deslocamento/combustível para as atividades de campo e o setor da Vigilância Epidemiológica, forneceu apoio com material de escritório e impressões dos dados de mortalidade no período do estudo. Ainda, a Secretaria Municipal de Saúde forneceu Cadernetas da Pessoa Idosa para distribuição aos participantes do estudo em seus domicílios.

A FURG forneceu viatura e os custos com seu deslocamento, além de material de escritório e impressões dos questionários em papel e dos TCLE necessários para o desenvolvimento do estudo. Além disso, o grupo de trabalho do estudo EpiRural Rio Grande, composto por professores e alunos do mestrado e doutorado dos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e de Saúde Pública da FURG, custearam despesas adicionais necessárias para a execução do estudo.

11. ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

A tese sofreu algumas modificações em relação ao cronograma, devido a mudanças na análise estatística do segundo artigo, o qual teve como objetivo avaliar a associação entre depressão maior com o medo da COVID-19. Para esse artigo, foi utilizado o escore em três estratos, de acordo com a validação de Faro et al. (2022), a saber: de 7 a 19 pontos “medo leve”; 20 a 26 pontos “medo moderado” e acima de 27 pontos “medo intenso”. A exposição principal foi a depressão maior, avaliada por meio do *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9). O PHQ-9 constitui-se de um instrumento com nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior nas últimas duas semanas, descritos no

Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 pontos correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. O escore total do instrumento varia de 0 a 27 pontos e o ponto de corte ≥ 9 indica presença de depressão maior. Neste estudo foi utilizada versão validada em português.

As variáveis de ajuste e utilizadas para descrever a amostra desse artigo foram: sexo (masculino/feminino); idade (60-69 anos/70-79 anos/80 anos ou mais); renda durante a pandemia (aumentou ou ficou igual/ diminuiu pouco ou diminuiu muito); vive só (sim/não); auto avaliação de saúde (muito boa ou boa/regular/ruim ou muito ruim), morbidades (0/1/2/3 a 5); período da pandemia (antes da vacinação/durante ou após a vacinação para COVID-19).

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRAWAL, S. *et al.* The Assessment of Fear of COVID-19 among the Elderly Population: A Cross-Sectional Study. **J Clin Med.** Nov 26;10(23):5537. 2021.

AHORSU, D. K. *et al.* The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. **Int J Ment Health Addict.** 2022;20(3):1537-1545. DOI: 10.1007/s11469-020-00270-8. Epub 2020 Mar 27. PMID: 32226353; PMCID: PMC7100496.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad Saúde Publica.** 34(6). 2018.

AYAZ-ALKAYA, S.; DÜLGER, H. Fear of coronavirus and health literacy levels of older adults during the COVID-19 pandemic. **Geriatr Nurs.** Jan-Feb; 43: 45-50. 2022.

BORTOLOTTI, C. C.; LORET DE MOLA, C.; TOVO-RODRIGUES, L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev Saude Pública.** 52 Supl 1:4s. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19.** 2021a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/orientacoes-para-manejo-de-pacientes-com-covid-19/view>>. Acesso em: 22 Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**; Ed. 105, S. 1; p.105; 08 jun. 2021b.

CARLETTI, T. M. *et al.* Association of sociodemographic characteristics, mental health, and sleep quality with COVID-19 fear in an elderly Brazilian population. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, Limeira, SP, v. 22, n. 00, p. e238271, 2023.

CHOI, S. et al. Large-scale machine learning of media outlets for understanding public reactions to nation-wide viral infection outbreaks. **Methods**. 129, 50–59. 2017.

DIGIOVANNI, C. et al. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. **Biosecurity and Bioterrorism**, 2(4), 265–272. 2004.

FARO, A. et al. The Fear of COVID-19 Scale adaptation and validation. **Estudos De Psicologia (Campinas)**, 39, e200121. 2022. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200121>

FIORDELLI, M. *et al.* Differentiating objective and subjective dimensions of social isolation. **BMC Geriatrics**, 20 (1), 472. 2020.

GARBACCIO, J. L. et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Rev Bras Enferm**. 71Supl 2:776-84. 2018.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saude Debate**. 42 No Espec 1:81-99. 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. **Trabalho, Educação e Saúde**. 19, e00310142. 2021.

GOKSEVEN, Y. *et al.* The Fear of COVID-19 Infection in Older People. **J Geriatr Psychiatry Neurol**. 2022 May;35(3):460-466. DOI: 10.1177/08919887211002651. Epub 2021 Mar 22. PMID: 33745357.

HARPER, C. A. *et al.* Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. **Int J Ment Health Addict**. 1-14. 2020.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Chinese mental health burden during the COVID-19 pandemic. **Asian J Psychiatr**. 51: 102052. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2019**. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

JOHNSTON, J. S. Paradoxes of the Safe Society: A Rational Actor Approach to the Reconceptualization of Risk and the Reformation of Risk Regulation. **University of Pennsylvania Law Review**. 2003; 151(3):747.

KILIC, D. *et al.* Relationship between the fear of COVID-19 and social isolation and depression in elderly individuals. **Psychogeriatrics**. Mar;23(2):222-229. 2023.

KIM, S.; HWANG, J. Examining Risk Factors for Mental Health During the COVID-19 Pandemic-Focusing on Older Adults in South Korea. **Int J Public Health**. 2022 Jun 24;67(1): 604487. 2022.

LAU, J. T. F. et al. Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. **BMC Infectious Diseases**, 10(1), 139. 2010.

MEDINA FERNÁNDEZ, J. A., et al. Effect of Fear, Concern, and of Risk Factors for Complicated Covid-19 on Self-Care in People in Pre-elderly and Elderly Stages. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 40(1), e10. 2022.

MERTENS, G. et al. Fear of the coronavirus (COVID-19): predictors in an online study conducted in March **J Anxiety Disord.** 74:102258. 2020.

MEUCCI, R. D. *et al.* Aging in a rural area in southern Brazil: designing a prospective cohort study. **Rural and Remote Health** 2022; 22: 6591. <https://doi.org/10.22605/RRH6591>.

MISTRY, S. K. et al. Exploring fear of COVID-19 and its correlates among older adults in Bangladesh. **Global Health.** 14;17(1):47. 2021.

MOUSTAKOPOULOU, L. *et al.* Exploring Loneliness, Fear and Depression among Older Adults during the COVID-19 Era: A Cross-Sectional Study in Greek Provincial Towns. **Healthcare (Basel)**, Apr 26;11(9):1234. 2023.

MUMTAZ, A. *et al.* COVID-19 and Mental Health: A Study of Stress, Resilience, and Depression among the Older Population in Pakistan. **Healthcare (Basel)**, Apr 6;9(4):424. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19)**. 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/table>>. Acesso em: 08 Dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19)**. 2022. Disponível em: <<https://covid19.who.int/table>>. Acesso em: 13 Jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Histórico da Pandemia COVID-19**. 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 08 Dez. 2021.

ORNELL, F. *et al.* "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz J Psychiatry.** 42(3):232-235. 2020.

PEDRAZA, D. F. *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Cienc. Saude Coletiva.** 23(3):923-33. 2018.

PROUT, T. A. *et al.* Identifying Predictors of Psychological Distress During COVID-19: A Machine Learning Approach. **Front Psychol.** 5; 11:586202. 2020.

RIO GRANDE, RS. Prefeitura Municipal do Rio Grande. **Secretaria de Município da Saúde**. 2022. Organograma da Secretaria de Município da Saúde. <https://www.riogrande.rs.gov.br/saude/>. Acessado em 01/05/2022.

SANTINI, Z. I. *et al.* Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. **The Lancet Public Health**, 5 (1), e62–e70. 2020.

SHARIFI, N. *et al.* Association between Fear of COVID-19 with Self-care Behaviors in Elderly: A Cross- Sectional Study. **Soc Work Public Health.** Jul 4;36(5):606-614. 2021.

SHIGEMURA, J. *et al.* Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin Neurosci.** 74(4):281-282. 2020.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Rev Esc Enferm USP.** 52:e03316. 2018.

SHIRALY, R., *et al.* Suicidal ideation and its related factors among older adults: a population-based study in Southwestern Iran. **BMC geriatrics**, 22(1), 371. 2022.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STOKES, E. K. *et al.* Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** Jun 19;69(24):759-765. 2020.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad Saude Publica.**23(10):2490-502. 2007.

VERMA, S.; MISHRA, A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. **Int J Soc Psychiatry.** 66(8): 756–762. 2020.

WASIM, A. *et al.* A systematic review of fear, stigma, and mental health outcomes of pandemics. **J Ment Health.** Jul 6:1-15, 2022.

WISE, T. *et al.* Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. **R Soc Open Sci.** 7(9):200742. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Novel coronavirus — China. 2020a. Available from: <<http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020b.** Available from: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tracking SARS-CoV-2 variants.** 2021. Available from: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.

YADAV, U. N. *et al.* Perceived fear of COVID-19 and its associated factors among Nepalese older adults in eastern Nepal: A cross-sectional study. **PLoS ONE** 16(7): e0254825. 2021.

YU, H. Y. R. *et al.* Short Communication: The psychological burden experienced by Hong Kong midlife women during the SARS epidemic. **Stress and Health**, 21(3), 177–184. 2005.

YAĞAR F. FEAR of COVID-19 and Its Association With Health Literacy in Elderly Patients. **Journal of patient experience**, 8. 2021.

ARTIGO 1

Artigo a ser submetido e de acordo com as normas da revista The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.

ASSESSMENT OF FEAR OF COVID-19 AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OLDER ADULTS IN THE RURAL AREA OF A SOUTH BRAZILIAN MUNICIPALITY

Tarso Pereira Teixeira, MSc.

Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil.

Rodrigo Dalke Meucci, PhD.

Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil.

Tatiane Nogueira Gonzalez, PhD.

Universidade Federal do Acre, AC, Brasil.

***Address correspondence to:** Rodrigo Dalke Meucci, PhD. Email: rodrigodalke@gmail.com

ABSTRACT

Objective: to assess the fear of COVID-19 and its associated factors among older adults living in the rural area of the municipality of Rio Grande, in the state of Rio Grande do Sul (RS), Brazil. **Methods:** A cross-sectional study with data from the longitudinal study entitled “EpiRural: cohort of older adults from the rural area of Rio Grande, RS”. Data were collected among older adults ≥ 60 , applied through face-to-face home interviews, between 2020 and 2022. To assess the outcome was used the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S). Socio-demographic status, comorbidities, lifestyle habits, social distancing measures and period before or after/during vaccination against COVID were analyzed as independent variables. Descriptive analysis of the data was made with t test or ANOVA. Linear regression was used to the adjusted analyses. **Results:** The mean FCS-19S score was 18.2 points (± 8.9). Male sex, interview period after the start of vaccination, having gone for essential needs, having received family and/or friends at home and having practiced some activity related to belief, religion or spirituality were associated with lower fear of COVID-19; increase in cigarette smoking were associated with higher fear of COVID-19. **Discussion:** In global health emergency situations, public health planning must consider comprehensive care for physical, psychological and spiritual demands, especially for older people in rural areas, and the exploration of fear is one of the most important factors for this.

Keywords: Cross-Sectional Study, Mental Disorder, Comprehensive Care, World Health Emergencies.

INTRODUCTION

After the beginning of the COVID-19 pandemic, many people feared becoming ill and dying from the disease. Furthermore, there was the fear of infecting those who cohabited, the loss of means of subsistence and possible relational restrictions resulting from social distancing or social isolation. Therefore, in addition to the COVID-19 pandemic, a pandemic of fear was underway (Mertens et al., 2020; Ornell et al., 2020).

Before the advent of vaccines, hospitalization and case fatalities due to COVID-19 were, respectively six (45.4% versus 7.6%) and 12 times higher (19.5% versus 1.6%) among those with pre-existing medical conditions (Stokes et al., 2020). Older adults ≥ 60 years and with underlying medical comorbidities (obesity, cardiovascular disease, chronic kidney disease, diabetes, chronic lung disease, smoking, cancer, solid organ or hematopoietic stem cell transplant) were at higher risk of developing severe COVID-19 (Brasil, 2021).

The fear triggered by the COVID-19 pandemic increased anxiety and stress levels in healthy individuals and worsened the clinical condition of patients with pre-existing mental disorders (Shigemura et al., 2020). The disruption in people's lives as a result of becoming ill, the needs imposed by the rapid and overwhelming spread of the virus among the population, as well as the lack of effective vaccine and treatment at the beginning of the pandemic, led to an increase in the prevalence of mental health problems, especially anxiety and depression (Verma & Mishra, 2020).

Previous studies described lower use and worse quality of health care provided in rural areas compared to urban areas. Social isolation, lack of information and greater difficulty in access, made the rural population, and more specifically the older adults, vulnerable to the physical and mental consequences in situation of emergencies in public health. (Arruda et al., 2018; Bortolotto et al., 2018; Garnelo, et al., 2018; Pedraza *et al.*, 2018; Shimizu *et al.*, 2018; Travassos & Viacava, 2007). Therefore, evaluating the fear of the disease among older people in a rural area is necessary by the characteristics of this population and the access to health services differ from those of the urban population of the same age.

The objective of this study is to assess fear of COVID-19 and its associated factors among older adults living in the rural area of the municipality of Rio Grande, in the state of Rio Grande do Sul (RS), Brazil.

METHODS

Study design and population

This was a cross-sectional study with data from the second follow-up of the study “EpiRural: cohort of older people from the rural area of Rio Grande, RS”. EpiRural aims to describe and monitor patterns of morbidity and mortality and use of health services among older people living in the rural area of this municipality, located in southern Brazil (Meucci et al., 2022).

Data collection

The baseline study occurred in 2017, based on mapping and selection of permanently inhabited households in the rural area of the municipality of Rio Grande, RS, Brazil. In this study, 1130 older people were interviewed, corresponding to 83.7% of those identified. There were two waves of follow-up, the first being carried out between 2018 and 2019, with 862 older people interviewed, and the second between November 2020 and January 2022, with some interruptions due to the COVID-19 pandemic, ending with 651 older adults interviewed. Data were collected through structured questionnaires applied through face-to-face home interviews. The information was collected via tablets, using the REDCap® application (Research Electronic Data Capture) (Harris et al., 2009).

Variables

In order to assess the outcome “fear of COVID-19”, we used the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S), validated in Brazil (Aguiar et al., 2021). The scale used the following questions: (1) I am very afraid of COVID -19, (2) It makes me uncomfortable to think about COVID-19, (3) My hands become clammy when I think about coronavirus-19, (4) I am afraid of losing my life because of COVID -19, (5) When I watch news and stories about COVID -19 on social media, I become nervous or anxious, (6) I cannot sleep because I’m worrying about getting COVID-19, (7) My heart races or palpitates when I think about getting COVID-19.

Participants indicate their level of agreement with the statements using a five-item Likert-type scale. The answers can be “strongly disagree,” “disagree,” “neither agree nor disagree,” “agree,” and “strongly agree.” The minimum possible score for each question is 1 and the maximum is 5. The total score is calculated by adding the scores for each item (ranging from 7 to 35). The higher the score, the greater the fear of COVID-19.

The independent variables analyzed were: sex (male/female); age (60-69 years/70-79 years/80 years or more); chronic respiratory diseases (yes/no); depression (assessed using the

Patient Health Questionnaire-9, PHQ9); cigarette smoking during the social isolation period (non-smoker, continued the same, increased, reduced); alcoholic beverage intake during the social isolation period (non-drinker, continued the same, increased, reduced); and social distancing measures (went for essential needs, went out to visit friends/relatives, went out as usual, used a bus, frequented bars/restaurants/shopping malls, received parents and/or friends at home, interacted with friends and/or relatives using online tools, practiced any belief, religion or spirituality, had someone to help with everyday needs); and interview period (before or after/during vaccination against COVID).

Data Analysis

Descriptive analysis was performed, identifying the main characteristics of the older adults through distribution of absolute frequencies and percentages for categorical variables and means and standard deviations for numerical variables. Then, the t test or ANOVA was used to verify the difference in FCV-19S means according to the independent variables. Finally, both crude and adjusted analyses were performed using linear regression, in which linear regression coefficients (β) and 95% confidence intervals (95%CI) were obtained. In the adjusted analysis we used a hierarchical model to control for confounding factors: 1st level (sex and age), 2nd level (Body Mass Index – BMI and smoking) and 3rd level (self-reported diagnosis of hypertension, diabetes *mellitus* – DM, depression and chronic obstructive pulmonary disease – COPD). Variables with a p value < 0.20 were kept in the model and a 5% significance level was adopted. Data analysis was carried out using the Stata 13.0 software package.

Ethical Approval

The research was approved by the Health Research Ethics Committee of the *Universidade Federal do Rio Grande*, as per Opinion No. 51/2017 and Opinion No. 154/2018. All ethical aspects were respected in accordance with Resolution No. 466/2012. Participation of all older adults was voluntary and all participants agreed with and signed a Free and Informed Consent Form.

RESULTS

A total of 651 older people were followed-up in the second wave of the EpiRural Rio Grande study. Were taken into consideration 628 responses, in order to describe the sample and analyze the outcome. The remainder were excluded due to the information being provided by relatives or caregivers.

On the description of the sample (table 1), 52.7% were male, and 46.3% were aged between 70 and 79 years. Among the comorbidities, 17.7% had respiratory diseases and 7.1% had diagnostic criteria for depression. 91.4% of the older adults were non-smokers and 88.1% reported not consuming alcoholic beverages. Regarding adoption of social distancing measures, 70.2% of the interviewed only went for essential needs, 63.4% received family and/or friends at home, 27.9% used a bus, 27.7% went out to visit friends or relatives, 14.5% practiced some belief, religion or spirituality and 12.9% interacted with friends and/or family using online tools. Almost 55% of interviews were carried out after the start of vaccination against covid-19

The mean COVID-19 Fear Scale (FCV-19S) score was 18.2 points (± 8.9) (table 1) points. On the variables, the means were (table 2): (1) Sex: (a) female: 19,42 ($\pm 8,32$), (b) male: 17,17 ($\pm 7,76$); (2) Age: (a) 60-69 years: 18,34 ($\pm 8,04$), (b) 70-79 years: 18,15 ($\pm 8,02$), (c) 80 years or more: 18,04 ($\pm 8,38$); (3) Cigarette smoking during the social distancing period: (a) non smoker: 18,13 ($\pm 8,06$), (b) continued the same: 16,67 ($\pm 7,91$), (c) increased: 25,40 ($\pm 6,92$), (d) reduced: 20,89 ($\pm 9,20$); (4) Alcoholic beverage intake during the social distancing period: (a) non drinker: 18,19 ($\pm 8,20$), (b) continued the same: 18,34 ($\pm 7,59$), (c) increased: 17,00 ($\pm 8,04$), (d) reduced: 17,89 ($\pm 5,28$); (5) Respiratory diseases: (a) no: 18,24 ($\pm 8,18$), (b) yes: 17,95 ($\pm 7,25$); (6) Major Depressive Symptoms: (a) no: 17,97 ($\pm 7,89$), (b) yes: 20,25 ($\pm 10,04$); (6) Went out: (a) to see essential needs: no: 20,42 ($\pm 8,50$), yes: 17,25 ($\pm 7,74$), (b) to visit friends or relatives: no: 18,41 ($\pm 8,05$), yes: 17,63 ($\pm 8,20$), (c) as usual: no: 18,26 ($\pm 8,03$), yes: 16,58 ($\pm 9,56$); (7) Used a bus: (a) no: 18,55 ($\pm 8,05$), (b) yes: 17,26 ($\pm 8,19$); (8) Frequented bars/restaurants/shopping malls: (a) no: 18,33 ($\pm 8,12$), (b) yes: 16,05 ($\pm 7,52$); (9) Received parents and/or friends at home: (a) no: 20,82 ($\pm 8,20$), (b) yes: 16,67 ($\pm 7,64$); (10) Interacted with friends and/or relatives using online tools: (a) no: 18,52 ($\pm 8,13$), (b) yes: 16,00 ($\pm 7,56$); (11) Practiced any belief, religion or spirituality: (a) no: 18,65 ($\pm 8,10$), (b) yes: 15,51 ($\pm 7,56$); Had someone to help with everyday needs: (a) no: 18,39 ($\pm 8,18$), (b) yes: 16,43 ($\pm 6,92$).

In the adjusted analysis (Table 2), the following characteristics were associated with lower fear of COVID-19: being male ($\beta = -2.26$; 95%CI -3.52; -1.00); interview period after the start of vaccination against COVID-19 ($\beta = -1.71$ 95%CI -2.97; -0.45); having gone out for

essential needs ($\beta = -1.74$; 95%CI -3.17; -0.31); having received family and/or friends at home ($\beta = -3.35$; 95%CI -4.69;-2.02); having practiced some activity related to belief, religion or spirituality ($\beta = -1.97$; 95%CI -3.77; -0.16). The increase in cigarette smoking during the social distancing period ($\beta = 7.27$; 95%CI 2.23;12.32) were associated with higher fear of COVID-19.

DISCUSSION

This study identified a COVID-19 fear score which is considered moderate fear (Ahorsu et al., 2020). Being male, interview period after the start of vaccination against COVID-19, going out only for essential needs, receiving family and/or friends at home and practicing some activity related to belief, religion or spirituality were the factors associated with less fear of COVID-19. Otherwise, increased cigarette consumption were associated with a higher mean score.

The mean COVID-19 fear score found was similar to that in other countries also with older people, most of them in urban areas. A study in Iran found a mean of 22.9 points (Sharifi et al., 2021), which was similar to that found in three studies in Turkey: 20.39 points (Ayaz-Alkaya *et al.*, 2021), 19.7 points (Kilic et al., 2023) and 16 points (Gokseven et al., 2022), as well as another study with 500 older adults in Poland, which found a mean of 19.3 points (SD ± 5.6) (Agrawal et al., 2021).

In our study, the lower mean fear of COVID-19 in older males compared to older females, is consistent with the findings of three studies that demonstrated an increase in fear of COVID-19 among females (Agrawal et al., 2021; Ayaz-Alkaya et al., 2022).

The period in which interviews were carried out after the start of vaccination against the virus was associated with a lower fear of COVID-19, showing the importance of vaccination not only from a biological aspect, but also for the mental health of the older people. This can be explained by the reduction of mortality after the vaccination. Is important notice that fear is an important influence on the decision to get vaccinated. A study in Spain with people between 18 and 60 years old showed that the fear of infecting their families, especially parents, and the fear of being infected were the main motivations for getting vaccinated. Older people who had not yet been infected stated that their main motivation was also the fear of becoming infected, which could be due to the risk of becoming ill with COVID-19 through close contact with other people (Sauch Valmaña *et al.*, 2022). Another multicenter study demonstrated positive association between fear of vaccination and fear of COVID-19 in vaccinated and unvaccinated people and found that fear of COVID-19 was a positive predictor of fear of vaccination, in this case longitudinally supporting the positive association between these variables (Ochnik et al., 2022).

The relation between smoke and fear of COVID-19 found in this research needs more causality study. In a cross-sectional study of Italian smokers aged 18 or over, 13.2% of former smokers before COVID-19 lockdown/restriction reported relapse and 32.7% of current smokers

increased their cigarette consumption. Of the 7 (seven) stressors selected, four were significantly related to relapse: fear of being infected and falling ill; fear of dying from the disease; anxiety caused by hearing news about the epidemic; feeling of powerlessness to protect oneself from infection (Munarini, 2022).

In the literature, greater fear of COVID-19 was also found in situations in which older people seek health services more, such as those who use anticoagulants, with higher levels of anxiety (Agrawal, 2021), a history of chronic illness and who reported difficulty sleeping at night (Ayaz-Alkaya, 2022). Greater seeking of health services associated with higher fear of the disease can be explained by more search by health service users with chronic conditions and anxiety.

In relation to older people who went out, those who were less afraid of the disease showed variable responses to social isolation. In Turkey, Kilic *et al.* (2023) found a positive relationship between fear of COVID-19 in older people, depression and social isolation. These results suggest that, although social isolation plays an important role in preventing disease transmission, other factors such as fear of the disease and depression need to be considered in influencing preventive public health actions.

Regarding the lower fear among older adults who went out to practice belief, religious or spiritual activities, an integrative review of the literature reported that, for both health professionals and the general population, spirituality helped to reduce negative emotional symptoms related to the COVID-19 pandemic, providing psychological well-being, resilience and hope (De Diego-Cordero *et al.*, 2022).

This study had the following limitations: difficulty in establishing causality, due to its cross-sectional design; and the interview period was interrupted due to the worsening of the pandemic and the increase in social isolation at the time. On the other hand, the fact that interviews were carried out in the pre- and post-COVID-19 vaccination period made it possible to make an additional analysis of the influence of fear of the disease.

Due to the restrictions imposed by social distancing needed to prevent transmission of the virus, few studies were carried out during the pandemic using a face-to-face questionnaire. Therefore, a portrait of the situation and analysis of this population's feeling of fear is unlikely to be replicated in the same way, so that the portrait we achieved provides important analysis for planning future studies and actions. Another important aspect of this study is that the results found have not been presented in other studies with older people until now, thus increasing the factors to be analyzed in future research.

Comprehensive care for the older adults presupposes care for physical, psychological and spiritual health, which was reinforced by our results. Further studies could explore these associations with fear in more depth. Balancing health care with the feeling of fear in the older adults population in preventive activities, especially in pandemic situations, needs to be a priority in planning public health actions.

Funding

Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (Capes) and Research Support Foundation of Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Conflict of Interest

None to declare.

Author contributions

RDM planned the study and acquired the funding supported. Data analysis was led by TNG supervised by RDM and supported by TPT. TPT wrote the paper supported by TNG and supervised by RDM. All authors reviewed and edited the paper.

Acknowledgements

The authors would like to thank the logistical and organizational support of the FURG Faculty of Medicine, the coordination of the Public Health Postgraduate Program, the Transport Division of the FURG Dean of Infrastructure and the Rio Grande City Hall, through the Municipal Health Department, Coordination of the Family Health Strategy, Vehicle Sector and the Coordination of Epidemiological Surveillance.

They also thank the participants for sharing their experiences and all colleagues who contributed to the project, conducting interviews with older adults in rural areas and/or helping to organize data collection.

REFERENCES

- Aguiar M.M., Barros M.N.S, Macedo A., Puccia M.I.R. & Pereira A.T. (2021). COVID-19 Fear Scale – translation and validation into Brazilian portuguese. *J Hum Growth Dev.* 31(3):376-386. <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.12604>
- Agrawal, S., Drózdź, M., Makuch, S., Pietraszek, A., Sobieszczńska, M., & Mazur, G. (2021). The Assessment of Fear of COVID-19 among the Elderly Population: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5537. <https://doi.org/10.3390/jcm10235537>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International journal of mental health and addiction*, 20(3), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: a disaggregation of factors from 1998 to 2008. *Cadernos de saude publica*, 34(6), e00213816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
- Ayaz-Alkaya, S., & Dülger, H. (2022). Fear of coronavirus and health literacy levels of older adults during the COVID-19 pandemic. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 43, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.001>
- Bortolotto, C. C., Mola, C. L. de ., & Tovo-Rodrigues, L.. (2018). Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. *Revista De Saúde Pública*, 52, 4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000261>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). *Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19*. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/orientacoes-para-manejo-de-pacientes-com-covid-19/view>>. Acesso em: 22 Abr. 2022.
- de Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing outlook*, 70(1), 64–77. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>
- Garbaccio J.L., Tonaco L.A.B., Estêvão W.G., Barcelos B.J. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(suppl 2):724-32 [Thematic Issue: Health of the Elderly]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
- Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C., & Herkrath, F. J.. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 81–99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
- Gokseven, Y., Ozturk, G. Z., Karadeniz, E., Sari, E., Tas, B. G., & Ozdemir, H. M. (2022). The Fear of COVID-19 Infection in Older People. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 35(3), 460–466. <https://doi.org/10.1177/08919887211002651>
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for

providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics*, 42(2), 377–381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

Kilic, D., Aslan, G., Ata, G., & Bakan, A. B. S. (2023). Relationship between the fear of COVID-19 and social isolation and depression in elderly individuals. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 23(2), 222–229. <https://doi.org/10.1111/psyg.12924>

Meucci, R. D., Farias, C. P., Paludo, C. D. S., Pagliaro, G., Soares, M. P., de Lima, S. H., Gonzalez, T. N., & Hoffmann, T. (2022). Aging in a rural area in southern Brazil: designing a prospective cohort study. *Rural and remote health*, 22(1), 6591. <https://doi.org/10.22605/RRH6591>

Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>

Munarini, E., Stival, C., Boffi, R., Lugoboni, F., Veronese, C., Tinghino, B., Agnelli, G. M., Lugo, A., Gallus, S., & Giordano, R. (2022). Factors associated with a change in smoking habit during the first COVID-19 lockdown: an Italian cross-sectional study among ever-smokers. *BMC public health*, 22(1), 1046. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13404-5>

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 42(3), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Ochnik, D., Arzenšek, A., Rogowska, A. M., Mars Bitenc, U., & Benatov, J. (2022). Changes in Mental Health during the COVID-19 Pandemic among Representative Sample of Young Adults from Germany, Israel, Poland, and Slovenia: A Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 5794. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105794>

Pedraza, D. F., Nobre, A. M. D., Albuquerque, F. J. B., & Menezes, T. N. (2018). Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos [Accessibility to Basic Family Health Units from the perspective of the elderly]. *Ciencia & saude coletiva*, 23(3), 923–933. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>

Sauch Valmaña, G., Fuster-Casanovas, A., Ramírez-Morros, A., Rodoreda Pallàs, B., Vidal-Alaball, J., Ruiz-Comellas, A., & Miró Catalina, Q. (2022). Motivation for Vaccination against COVID-19 in Persons Aged between 18 and 60 Years at a Population-Based Vaccination Site in Manresa (Spain). *Vaccines*, 10(4), 597. <https://doi.org/10.3390/vaccines10040597>

Sharifi, N., Rezaei, N., Fathnezhad-Kazemi, A., & Ghiasi, F. (2021). Association between Fear of COVID-19 with Self-care Behaviors in Elderly: A Cross- Sectional Study. *Social work in public health*, 36(5), 606–614. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1937435>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Shimizu, H. E., Trindade, J. S., Mesquita, M. S., & Ramos, M. C. (2018). Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 52, e03316. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>

Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M., El Burai Felix, S., Tie, Y., & Fullerton, K. E. (2020). Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(24), 759–765. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>

Travassos, C., & Viacava, F. (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003 [Access to and use of health services by rural elderly, Brazil, 1998 and 2003]. *Cadernos de saude publica*, 23(10), 2490–2502. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001000023>

Verma, S., & Mishra, A. (2020). Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. *The International journal of social psychiatry*, 66(8), 756–762. <https://doi.org/10.1177/0020764020934508>

TABLES

Table 1. Description of the sample. (N=628)

Variable	N	%
Sex		
Female	295	47.3
Male	328	52.7
Age		
60-69 years	205	32.6
70-79 years	291	46.3
80 years or more	132	21.0
Cigarette smoking during the social distancing period		
Non-smoker	574	91.4
Continued the same	36	5.7
Increased	10	1.6
Reduced	8	1.3
Alcoholic beverage intake during the social distancing period		
Non-drinker	553	88.1
Continued the same	62	9.9
Increased	4	0.6
Reduced	9	1.4
Respiratory diseases (n=627)	111	17.7
Depression (PHQ9) (n=617)	44	7.1
Social Distancing		
Went out to see to essential needs	441	70.2
Went out to visit friends/relatives	174	27.7
Went out as usual	24	3.8
Used a bus (n=627)	175	27.9
Frequented bars/restaurants/shopping malls	37	5.9
Received parents and/or friends at home	398	63.4
Interacted with friends and/or relatives using online tools	81	12.9
Practiced any belief, religion or spirituality	91	14.5
Had someone to help with everyday needs (n=627)	56	8.9
Interview Period		
Before vaccination	284	45.2
After/During vaccination	344	54.8
Mean Score on the COVID-19 Fear Scale ($\pm$SD)	18.19 (8.09)	

Table 2. Bivariate analysis and crude and adjusted linear regression.

Variable		Mean	±SD	Crude analysis			Adjusted analysis		
Level				Beta	95%CI	p	Beta	95%CI	p
1 st	Sex					<0.001*			<0.001*
	Female	19.42	8.32	0			0		
	Male	17.17	7.76	-2.26	-3.52;-0.99		-2.26	-3.52;-1.00	
	Age					0.941*			0.932*
	60-69 years	18.34	8.04	0			0		
	70-79 years	18.15	8.02	-0.18	-1.63;1.27		-0.10	-1.54;1.34	
	80 years or more	18.04	8.38	-0.30	-2.08;1.47		-0.34	-2.11;1.44	
	Period					0.011*			0.008*
	Before vaccination against COVID-19	19.10	8.32	0			0		
	After/During vaccination against COVID-19	17.44	7.84	-1.65	-2.92;-0.38		-1.71	-2.97;-0.45	
2 nd	Cigarette smoking during the social distancing period					0.017*			0.013*
	Non-smoker	18.13	8.06	0			0		
	Continued the same	16.67	7.91	-1.45	-4.17;1.26		-1.08	-3.77;1.60	
	Increased	25.40	6.92	7.27	2.23;12.32		7.67	2.68;12.66	
	Reduced	20.89	9.20	2.75	-2.88;8.38		2.89	-2.66;8.44	
	Alcoholic beverage intake during the social distancing period					0.989*			0.430*
	Non-drinker	18.19	8.20	0			0		
	Continued the same	18.34	7.59	0.15	-1.98;2.28		1.60	-0.60;3.81	
	Increased	17.00	8.04	-1.19	-9.18;6.81		-3.21	-11.24;4.82	
	Reduced	17.89	5.28	-0.30	-5.65;5.05		0.46	-4.85;5.76	
	Respiratory diseases (n=627)					0.793*			0.858*
	No	18.24	8.18	0			0		
	Yes	17.95	7.25	-0.29	-2.45;1.87		-0.15	-1.82;1.52	
	Major Depressive Episode (PHQ9) (n=617)					0.071*			0.333*
	No	17.97	7.89	0			0		

3 th	Yes	20.25	10.04	2.28	-0.20;4.76	<0.001*	1.22	-1.25;3.68	0.017*
	Went out to see to essential needs								
	No	20.42	8.50	0					
	Yes	17.25	7.74	-3.17	-4.43;-1.80	0.283*	-1.74	-3.17;-0.31	0.182*
	Went out to visit friends/relatives								
	No	18.41	8.05	0			0		
	Yes	17.63	8.20	-0.78	-2.19;0.64	0.321*	0.96	-0.45;2.38	0.723*
	Went out as usual								
	No	18.26	8.03	0			0		
	Yes	16.58	9.56	-1.67	-4.98;1.63	0.073*	0.60	-2.71;3.91	0.349*
	Used a bus (n=627)								
	No	18.55	8.05	0			0		
	Yes	17.26	8.19	-1.29	-2.71;0.12	0.098*	-0.67	-2.06;0.73	0.794*
	Frequented bars/restaurants/shopping malls								
	No	18.33	8.12	0			0		
	Yes	16.05	7.52	-2.27	-4.96;0.42	<0.001*	-0.37	-3.18;2.44	<0.001*
	Received parents and/or friends at home								
	No	20.82	8.20	0			0		
	Yes	16.67	7.64	-4.15	-5.42;-2.87	0.009*	-3.35	-4.69;-2.02	0.079*
	Interacted with friends and/or relatives using online tools								
	No	18.52	8.13	0			0		
	Yes	16.00	7.56	-2.52	-4.40;-0.63	0.001*	-1.68	-3.55;0.19	0.033*
	Practiced any belief, religion or spirituality								
	No	18.65	8.10	0			0		
	Yes	15.51	7.56	-3.14	-4.93;-1.36	0.084*	-1.97	-3.77;-0.16	0.219*
	Had someone to help with everyday needs (n=627)								
	No	18.39	8.18	0			0		
	Yes	16.43	6.92	-1.96	-4.18;0.26		-1.39	-3.61;0.83	

*Heterogeneity test p-value.

The variables that remained associated in the final model explain 12% of the variation in the outcome ($R^2=0.12$).

ARTIGO 2

Artigo a ser submetido e de acordo com as normas da revista The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO MAIOR E MEDO DA COVID-19 EM PESSOAS IDOSAS DA ZONA RURAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Tarso Pereira Teixeira, MSc.

Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil.

Rodrigo Dalke Meucci, PhD.

Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil.

Tatiane Nogueira Gonzalez, PhD.

Universidade Federal do Acre, AC, Brasil.

***Address correspondence to:** Rodrigo Dalke Meucci, PhD. Email: rodrigodalke@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre sintomas de depressão maior e medo da COVID-19 entre idosos da zona rural em uma cidade no sul do Brasil. **Metodologia:** estudo transversal, com aplicação de questionários estruturados através de entrevista domiciliar em pessoas ≥ 60 anos moradoras da zona rural entre novembro de 2020 e janeiro de 2022. Para a análise dos sintomas de depressão, foi utilizado o instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) e, para a variável de exposição, medo de COVID-19, a *Escala de Medo da COVID-19* (FCV-19S), além das variáveis de ajuste. As análises bruta e ajustada foram calculadas com regressão de Poisson. A análise de regressão foi realizada com 3 modelos. O modelo 1 apresentou a análise bruta. O modelo 2, ajuste para sexo, idade, viver só, renda e período da pandemia. O modelo 3 teve ajustes para as variáveis anteriores além de auto-avaliação de saúde e comorbidades. **Resultados:** participaram 621 pessoas. A prevalência geral de depressão maior foi 7,1% (IC95% 5,3;9,4), enquanto naqueles com muito medo da COVID-19 foi de 16,2% (IC95% 10,1;24,9). Após ajuste no modelo 2, ter muito medo da COVID-19 aumentou 2,02 vezes (IC95% 1,02;3,98) a razão de prevalência de sintomas de depressão maior em relação a pouco medo, enquanto no modelo 3, essa razão de prevalência aumentou 2,27 vezes (IC95% 1,10;4,65). **Conclusão:** houve associação positiva e direta entre sintomas de depressão maior e ter muito medo da COVID-19.

Palavras-chave: depressão, COVID-19, área rural.

INTRODUÇÃO

O contexto desencadeado pela pandemia de COVID-19, aumentou o nível de estresse em indivíduos saudáveis, piorou o quadro clínico de pacientes com transtornos mentais pré-existent e levou ao aumento da prevalência de problemas de saúde mental, principalmente ansiedade e depressão (Shigemura et al. 2020; Verma & Mishra, 2020). Em 2020 a pandemia de COVID-19 ocasionou um aumento de 27,6% nos casos de transtorno depressivo maior e de 25,6% nos casos de transtornos de ansiedade, principalmente em locais altamente afetados pela COVID-19, e entre mulheres e pessoas mais jovens (Santomauro et al. 2021).

Uma pesquisa brasileira de abrangência nacional (IBGE, 2013), verificou que 7,6% dos indivíduos maiores de 18 anos residentes em áreas urbanas e rurais receberam diagnóstico de depressão, com maior proporção na faixa etária de 60 a 64 anos (11,1%) e prevalência de 5,6% em adultos da área rural. Devido do maior risco de morte anterior ao período de vacinação, ao isolamento e a solidão, a pandemia de COVID-19 trouxe para muitos idosos desesperança, ansiedade e transtornos depressivos (Kar, 2020;). Em um estudo, 37% dos idosos experimentaram depressão e ansiedade neste período (Girdhar et al. 2020).

Historicamente, há um uso menor e de pior qualidade no atendimento em saúde na área rural em comparação à urbana. A falta de acesso a serviços em geral e todas as consequências dessa, tais como o isolamento e a falta de informações, tornam a população rural e, em especial, os idosos, mais vulneráveis. Dessa forma, se torna importante analisar fatores relacionados a sintomas de depressão e sua relação com o medo de doença em uma pandemia nessa população. (Arruda et al., 2018; Bortolotto, et al., 2018; Garbaccio et al., 2018; Garnelo, et al., 2018; Pedraza et al., 2018; Shimizu et al., 2018). Os estudos que avaliaram a relação entre depressão e medo da COVID-19 no mundo foram realizados em maior número com adultos jovens em zonas urbanas, sendo encontradas até o momento, quatro pesquisas envolvendo idosos na Europa e na Ásia (Mumtaz A, 2021; Moustakopoulou L, 2023; Kim S, 2022; Kilic D, 2023), e a apenas uma no Brasil (Carletti, TM et al. 2023).

Considerando o aumento da prevalência dos transtornos depressivo e de ansiedade na pandemia e da necessidade de reforçar a atenção integral da saúde, estudos que avaliam a relação dessas doenças com sentimentos como o medo durante esses períodos se tornam especialmente importantes. Estudos com idosos e, em especial, nas áreas rurais, podem auxiliar na tomada de decisão em saúde pública em casos de emergências de saúde em nível mundial. Este artigo tem como objetivo avaliar a associação entre depressão maior e medo da COVID-19 entre idosos residentes na zona rural de uma cidade no sul do Brasil.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi feita com base no estudo “EpiRural: coorte de idosos da área rural do Rio Grande, RS”, utilizando dados coletados durante o segundo acompanhamento no período de 2020 a 2022, ocorrido neste município (Meucci et al., 2022).

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de dois questionários estruturados aplicados em entrevista domiciliar face a face. As informações foram coletadas através de *tablets* desconectados (*offline*), através do aplicativo *RedCap®* (*Research Electronic Data Capture*) (Harris et al., 2009). Foram entrevistados todos os idosos moradores da área rural do município, excluindo-se aqueles que tiveram suas respostas realizadas pelo cuidador ou responsável ou se mudaram para a área urbana durante o período das entrevistas.

Para avaliar o desfecho de sintomas de depressão maior foi utilizado o instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que avalia a presença de sintomas depressivos nas últimas duas semanas, com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2013). O ponto de corte recomendado é ≥ 9 , que possui boas características psicométricas e operacionais, com sensibilidade entre 77 e 98% e especificidade de 75 a 80% (Santos et al., 2013).

A variável de exposição “medo da COVID-19”, foi avaliada pelo instrumento *Escala de Medo da COVID-19* (FCV-19S), validada no Brasil (Aguiar, 2021; Faro et al. 2022). Esta é uma escala do tipo Likert, com sete perguntas cujas respostas variam de discordo totalmente até concordo totalmente. O presente estudo organizou a pontuação em três estratos, a saber: de 7 a 19 pontos “medo leve”; 20 a 26 pontos “medo moderado” e acima de 27 pontos “medo intenso” (Faro et al. 2022).

As variáveis de ajuste utilizadas para descrever a amostra foram: sexo (masculino/feminino); idade (60-69 anos/70-79 anos/80 anos ou mais); renda durante a pandemia (aumentou ou ficou igual/ diminuiu pouco ou diminuiu muito); vive só (sim/não); auto avaliação de saúde (muito boa ou boa/regular/ruim ou muito ruim), morbidades (0/1/2/3 a 5); período da pandemia em que foi realizada a entrevista (antes da vacinação/durante ou após a vacinação para COVID-19).

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Stata (StataCorp, College Station, TX), versão 13.0. Inicialmente, frequências absoluta e relativa foram apresentadas para o total da amostra e segundo a presença de episódio depressivo, por meio do teste exato de Fisher. Em seguida, foi calculada a prevalência de episódio depressivo maior e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). Por fim, análises bruta e ajustada foram realizadas usando regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para estimar as razões de prevalências

(RP) e IC95%. Em relação à análise de regressão, três modelos foram construídos, modelo 1: análise bruta, sem ajuste; modelo 2: ajustado para sexo, idade, vive só, renda durante a pandemia e período da pandemia e, modelo 3: ajustado para as variáveis do modelo 2 acrescido de auto avaliação de saúde e morbidades. O nível de significância foi de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), através dos Pareceres N. 51/2017 e N. 154/2018. Todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução N. 466/2012. A participação de todos idosos foi de maneira voluntária e, todos concordaram com e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na segunda onda do “EpiRural Rio Grande” foram acompanhados 651 idosos. Para a descrição da amostra e análise dos dados, foram incluídos apenas aqueles que responderam ao PHQ-9 sem auxílio de cuidadores ou outras pessoas e completaram todas as informações do instrumento. Assim, 621 entrevistados participaram deste estudo.

Quanto às características dos participantes, 52,5% eram do sexo masculino, 45,8% estavam na faixa de idade de 70 a 79 anos, 78,8% referiram aumento ou manutenção da renda durante a pandemia, 21,3% viviam só, 56,3% referiram sua própria saúde como muito boa ou boa, 47,2% referiam apenas uma comorbidade, 54,2% foram entrevistados durante ou após o início da vacinação contra COVID-19 e 50,7% foram classificados como tendo pouco medo de COVID-19. Entre as pessoas com sintomas de depressão maior, apenas três características mostraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$): sexo, auto-avaliação de saúde e medo de COVID-19. Dentre esses idosos, a maioria era do sexo feminino (65,9%), com autoavaliação de saúde regular (63,6%) e pouco medo da COVID-19 (45,4%) (Tabela 1).

A prevalência geral dos sintomas de depressão maior foi de 7,1% (IC95% 5,3;9,4). Em idosos com muito medo da COVID-19, a prevalência de depressão maior foi de 16,2% (IC95% 10,1;24,9), sendo 2,54 vezes maior em quem tinha muito medo da COVID 19 em relação àqueles com pouco medo (IC95% 1,31;4,90). No modelo 2, ter muito medo da COVID-19 esteve associado a um aumento de 2,02 vezes (IC95% 1,02;3,98) na probabilidade de depressão maior na comparação com o pouco medo. Já no modelo 3, a probabilidade de depressão maior aumentou em 2,27 vezes (IC95% 1,10;4,65) nos idosos com muito medo da COVID-19, em relação àqueles com pouco medo.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou a associação dos sintomas de depressão maior com o sentimento de medo de COVID-19, apresentando maior prevalência e razão de prevalência desses sintomas na situação de maior intensidade do medo. Essa associação reforça a importância de considerar o sentimento de medo na abordagem de pessoas idosas.

A prevalência geral de sintomas de depressão maior entre idosos demonstrada nesta pesquisa foi de 7,1% , não sendo significativamente diferente da prevalência encontrada no estudo de linha de base de 2017, a qual foi de 8,1% (Corrêa et al. 2020). Em estudo realizado após o início da pandemia na Turquia, a prevalência de depressão maior em idosos foi 6,77% (Kilic, et al. 2023). Outro estudo realizado na Irlanda com idosos da comunidade e acompanhamento de 6 anos, avaliou um aumento na prevalência de depressão de 7,2% (IC95% 6,5;7,9) anterior a pandemia para 19,8% (IC95% 18,5, 21,2) durante a pandemia de COVID-19, além de um grande aumento nos sintomas durante a pandemia ($\beta = 2,20$, IC95% 2,07;2,33) entre os adultos mais velhos ≥ 70 anos (BRIGGS, R et al. 2021).

A maior prevalência e razão de prevalência de sintomas de depressão maior em idosos com muito medo de COVID-19 nos idosos tanto na análise bruta quanto após os ajustes trazem a importância de abordar esse sentimento durante situações de emergência mundial como nas pandemias. Os estudos realizados em outros países, mesmo distantes, com culturas muito diferentes do Brasil e não necessariamente em área rural, demonstraram resultados semelhantes entre adultos mais velhos. Uma pesquisa no Paquistão em 2020 com mais de 300 idosos demonstrou associação positiva de medo da COVID-19 com depressão ($\beta = 0,162$, $p < 0,05$) (MUMTAZ, A. 2020). Outro estudo na Coreia do Sul identificou que sintomas de tristeza e depressão foram maiores entre idosos que tinham medo da COVID-19 e achavam que eles ou seus familiares corriam alto risco de contrair a doença (OR: 1,70; IC95% 1,10;2,62) (KIM, S; HWANG J. 2022).

Esse estudo teve como limitações o estabelecimento de causalidade, devido natureza da pesquisa. Tanto os sintomas de depressão maior podem ter aumentado em idosos com muito medo da doença quanto o contrário pode ter ocorrido. A interrupção das entrevistas devido a piora da pandemia seguida de entrevistas após o início da vacinação também pode ter influenciado nos resultados, pois houve influência do período de entrevistas na prevalência de medo de COVID-19. O fato da entrevista ter sido feita de forma presencial foi uma fortaleza desse estudo, pois poucas pesquisas foram realizadas neste período com essa abordagem. Além disso, ter havido uma pesquisa anterior a pandemia estudando sintomas de depressão, permitiu avaliar o medo da doença como possível influência na prevalência de sintomas depressivos.

Até o momento, foram realizadas poucas pesquisas avaliando relação de depressão maior e medo da COVID-19, em idosos e especificamente em zona rural. Recomendações e diretrizes futuras para trabalhadores da área da saúde e gestores devem reforçar a observação de aspectos da saúde mental, tanto na avaliação de sintomas depressivos quanto na exploração do medo da doença em situações de emergência mundial, como ocorre em pandemias. O fato de ter sido realizado uma pesquisa anterior ao período pandemia de COVID-19 traz a perspectiva de outras análises que podem avaliar o papel da mediação que o medo da doença pode exercer na mudança da razão de prevalência de depressão maior.

Os resultados aqui apresentados apontam para uma relação positiva e direta na mudança de prevalência e na razão de prevalência de depressão maior conforme a presença de maior intensidade de medo da doença. Esse resultado alerta para a necessidade de abordar este tema no cuidado aos idosos.

O atendimento integral da saúde do adulto mais velho pressupõe o cuidado das demandas físicas, psíquicas, espirituais e necessita da abordagem centrada na pessoa, avaliando tanto o processo da doença quanto a experiência do adoecimento, em especial o medo. Estudos posteriores poderão explorar o papel mediador do medo na saúde mental, principalmente em relação a depressão. Equilibrar cuidados em saúde física e mental na população mais velha em atividades preventivas, principalmente em situações de pandemia, deve ser uma prioridade no planejamento de ações em saúde pública.

Financiamento:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Conflito de interesses:

Nenhum a declarar.

Contribuições dos autores:

RDM planejou o estudo e obteve o financiamento apoiado. A análise dos dados foi liderada por TNG supervisionado por RDM e apoiado por TPT. TPT redigiu o artigo apoiado por TNG e supervisionado por RDM. Todos os autores revisaram e editaram o artigo.

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, da coordenação do Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública, da Divisão de Transportes da Pró-Reitoria de Infra-Estrutura da FURG e da Prefeitura Municipal de Rio Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Estratégia Saúde da Família, Setor de Viaturas e Coordenação da Vigilância Epidemiológica, CAPES e FAPERGS.

Também agradecem aos participantes por compartilharem suas experiências e a todos os colegas que contribuíram para o projeto, realizando entrevistas com idosos na zona rural e/ou ajudando a organizar a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

- Aguiar M.M., Barros M.N.S, Macedo A., Puccia M.I.R. & Pereira A.T. (2021). COVID-19 Fear Scale – translation and validation into Brazilian portuguese. *J Hum Growth Dev.* 31(3):376-386. <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.12604>
- Agrawal, S., Drózdź, M., Makuch, S., Pietraszek, A., Sobieszczańska, M., & Mazur, G. (2021). The Assessment of Fear of COVID-19 among the Elderly Population: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5537. <https://doi.org/10.3390/jcm10235537>
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International journal of mental health and addiction*, 20(3), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: a disaggregation of factors from 1998 to 2008. *Cadernos de saude publica*, 34(6), e00213816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ayaz-Alkaya, S., & Dülger, H. (2022). Fear of coronavirus and health literacy levels of older adults during the COVID-19 pandemic. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 43, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.001>
- Bortolotto, C. C., Mola, C. L. & Tovo-Rodrigues, L. (2018). Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. *Revista De Saúde Pública*, 52, 4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000261>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). *Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19*. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/orientacoes-para-manejo-de-pacientes-com-covid-19/view>>. Acesso em: 22 Abr. 2022.
- Briggs, R., McDowell, C. P., De Looze, C., Kenny, R. A., & Ward, M. (2021). Depressive Symptoms Among Older Adults Pre- and Post-COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11), 2251–2257. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.003>
- Corrêa, M. L., Carpena, M. X., Meucci, R. D., & Neiva-Silva, L. (2020). Depression in the elderly of a rural region in Southern Brazil. *Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. Ciência & saúde coletiva*, 25(6), 2083–2092. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018>
- de Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing outlook*, 70(1), 64–77. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>

Faro, A., Silva, L. dos S., Santos, D. N. dos ., & Feitosa, A. L. B.. (2022). The Fear of COVID-19 Scale adaptation and validation. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 39, e200121. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200121>

Garbaccio J.L., Tonaco L.A.B., Estêvão W.G., Barcelos B.J. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(suppl 2):724-32 [Thematic Issue: Health of the Elderly]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>

Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C., & Herkrath, F. J.. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 81–99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>

Girdhar, R., Srivastava, V., & Sethi, S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of geriatric care and research*, 7(1), 32-5.

Gokseven, Y., Ozturk, G. Z., Karadeniz, E., Sarı, E., Tas, B. G., & Ozdemir, H. M. (2022). The Fear of COVID-19 Infection in Older People. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 35(3), 460–466. <https://doi.org/10.1177/08919887211002651>

Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap) - a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics*, 42(2), 377–381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Kar, N. (2020). Covid-19 and older adults: in the face of a global disaster. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1), 1-2.

Kilic, D., Aslan, G., Ata, G., & Bakan, A. B. S. (2023). Relationship between the fear of COVID-19 and social isolation and depression in elderly individuals. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 23(2), 222–229. <https://doi.org/10.1111/psyg.12924>

Kim, S., & Hwang, J. (2022). Examining Risk Factors for Mental Health During the COVID-19 Pandemic-Focusing on Older Adults in South Korea. *International journal of public health*, 67, 1604487. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604487>

Meucci, R. D., Farias, C. P., Paludo, C. D. S., Pagliaro, G., Soares, M. P., de Lima, S. H., Gonzalez, T. N., & Hoffmann, T. (2022). Aging in a rural area in southern Brazil: designing a prospective cohort study. *Rural and remote health*, 22(1), 6591. <https://doi.org/10.22605/RRH6591>

Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Saleminck, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of anxiety disorders*, 74,102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>

Mumtaz, A., Manzoor, F., Jiang, S., & Anisur Rahaman, M. (2021). COVID-19 and Mental Health: A Study of Stress, Resilience, and Depression among the Older Population in

Pakistan. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 9(4), 424.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9040424>

Munarini, E., Stival, C., Boffi, R., Lugoboni, F., Veronese, C., Tinghino, B., Agnelli, G. M., Lugo, A., Gallus, S., & Giordano, R. (2022). Factors associated with a change in smoking habit during the first COVID-19 lockdown: an Italian cross-sectional study among ever-smokers. *BMC public health*, 22(1), 1046. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13404-5>

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 42(3), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Ochnik, D., Arzenšek, A., Rogowska, A. M., Mars Bitenc, U., & Benatov, J. (2022). Changes in Mental Health during the COVID-19 Pandemic among Representative Sample of Young Adults from Germany, Israel, Poland, and Slovenia: A Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 5794. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105794>

Pedraza, D. F., Nobre, A. M. D., Albuquerque, F. J. B., & Menezes, T. N. (2018). Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos [Accessibility to Basic Family Health Units from the perspective of the elderly]. *Ciencia & saude coletiva*, 23(3), 923–933. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>

Santomauro D.F., Mantilla Herrera A.M., Shadid J., Zheng P., Ashbaugh C., Pigott D.M., et al. COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S., Silva, N. T., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cadernos de saúde pública*, 29(8), 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00144612>

Sauch Valmaña, G., Fuster-Casanovas, A., Ramírez-Morros, A., Rodoreda Pallàs, B., Vidal-Alaball, J., Ruiz-Comellas, A., & Miró Catalina, Q. (2022). Motivation for Vaccination against COVID-19 in Persons Aged between 18 and 60 Years at a Population-Based Vaccination Site in Manresa (Spain). *Vaccines*, 10(4), 597. <https://doi.org/10.3390/vaccines10040597>

Sharifi, N., Rezaei, N., Fathnezhad-Kazemi, A., & Ghiasi, F. (2021). Association between Fear of COVID-19 with Self-care Behaviors in Elderly: A Cross- Sectional Study. *Social work in public health*, 36(5), 606–614. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1937435>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Shimizu, H. E., Trindade, J. S., Mesquita, M. S., & Ramos, M. C. (2018). Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. *Avaliação do Índice de*

Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 52, e03316. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>

Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M., El Burai Felix, S., Tie, Y., & Fullerton, K. E. (2020). Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(24), 759–765. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>

Verma, S., & Mishra, A. (2020). Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. *The International journal of social psychiatry*, 66(8), 756–762. <https://doi.org/10.1177/0020764020934508>

Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and Longer-Term Changes in the Mental Health and Well-being of Older Adults in England During the COVID-19 Pandemic. *JAMA psychiatry*, 79(2), 151–159. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749>

TABELAS**Tabela 1.** Descrição geral da amostra e segundo presença de episódio depressivo maior.

Variáveis	Geral		Sem depressão		Com depressão		p*
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,012
Masculino	324	52,6	309	54,0	15	34,1	
Feminino	292	47,4	263	46,0	29	65,9	
Idade							0,722
60 a 69 anos	205	33,0	189	32,8	16	36,4	
70 a 79 anos	290	46,7	272	47,1	18	40,9	
80 anos ou mais	126	20,3	116	20,1	10	22,7	
Renda durante a pandemia							0,184
Aumentou/Ficou igual	475	78,5	444	79,1	31	70,5	
Diminuiu pouco/Diminuiu muito	130	21,5	117	20,9	13	29,5	
Vive só	135	21,7	124	21,5	11	25,0	0,572
Autoavaliação de saúde							<0,001
Muito boa/Boa	352	56,7	344	59,6	8	18,2	
Regular	244	39,3	216	37,4	28	63,6	
Ruim/Muito ruim	25	4,0	17	3,0	8	18,2	
Morbidades							0,524
0	178	30,3	169	31,0	9	21,4	
1	279	47,4	257	47,1	22	52,4	
2	84	14,3	76	13,9	8	19,1	
3 a 5	47	8,0	44	8,0	3	7,1	
Período de entrevista na pandemia							0,059
Antes da vacinação	279	44,9	253	43,8	26	59,1	
Após/Durante a vacinação	342	55,1	324	56,2	18	40,9	
Medo da Covid –19 avaliado pelo FCV-19S							0,001
Pouco medo	314	50,9	294	51,3	20	45,4	
Medo moderado	204	33,1	196	34,2	8	18,2	
Muito medo	99	16,0	83	14,5	16	36,4	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência de sintomas de depressão maior com o medo da Covid-19 como variável exposição.

	Medo da COVID-19 (FCV-19S)		
	Pouco medo	Medo moderado	Muito medo
Prevalência de depressão maior (IC95%)	6,4 (4,1;9,7)	3,9 (2,0;7,7)	16,2 (10,1;24,9)
Razão de prevalência (IC95%)			
Modelo 1	Referência (1,00)	0,62 (0,27;1,40)	2,54 (1,31;4,90)
Modelo 2	Referência (1,00)	0,66 (0,29;1,50)	2,02 (1,02;3,98)
Modelo 3	Referência (1,00)	0,75 (0,32;1,74)	2,27 (1,10;4,65)

Modelo 1 = análise bruta

Modelo 2 = ajuste para sexo, idade, vive só, renda durante a pandemia e período da pandemia

Modelo 3 = modelo 2 + autoavaliação de saúde e morbidades

Tabela 3. Associação entre depressão maior e medo da Covid-19.

Medo da COVID-19	n	% (IC95%)	Modelo 1	Modelo 1	Modelo 1
			RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Pouco medo	20	6,4 (4,1-9,7)	1,00	1,00	1,00
Medo moderado	8	3,9 (2,0-7,7)	0,62 (0,27-1,40)	0,66 (0,29-1,50)	0,75 (0,32-1,74)
Muito medo	16	16,2 (10,1-24,9)	2,54 (1,31-4,90)	2,02 (1,02-3,98)	2,27 (1,10-4,65)

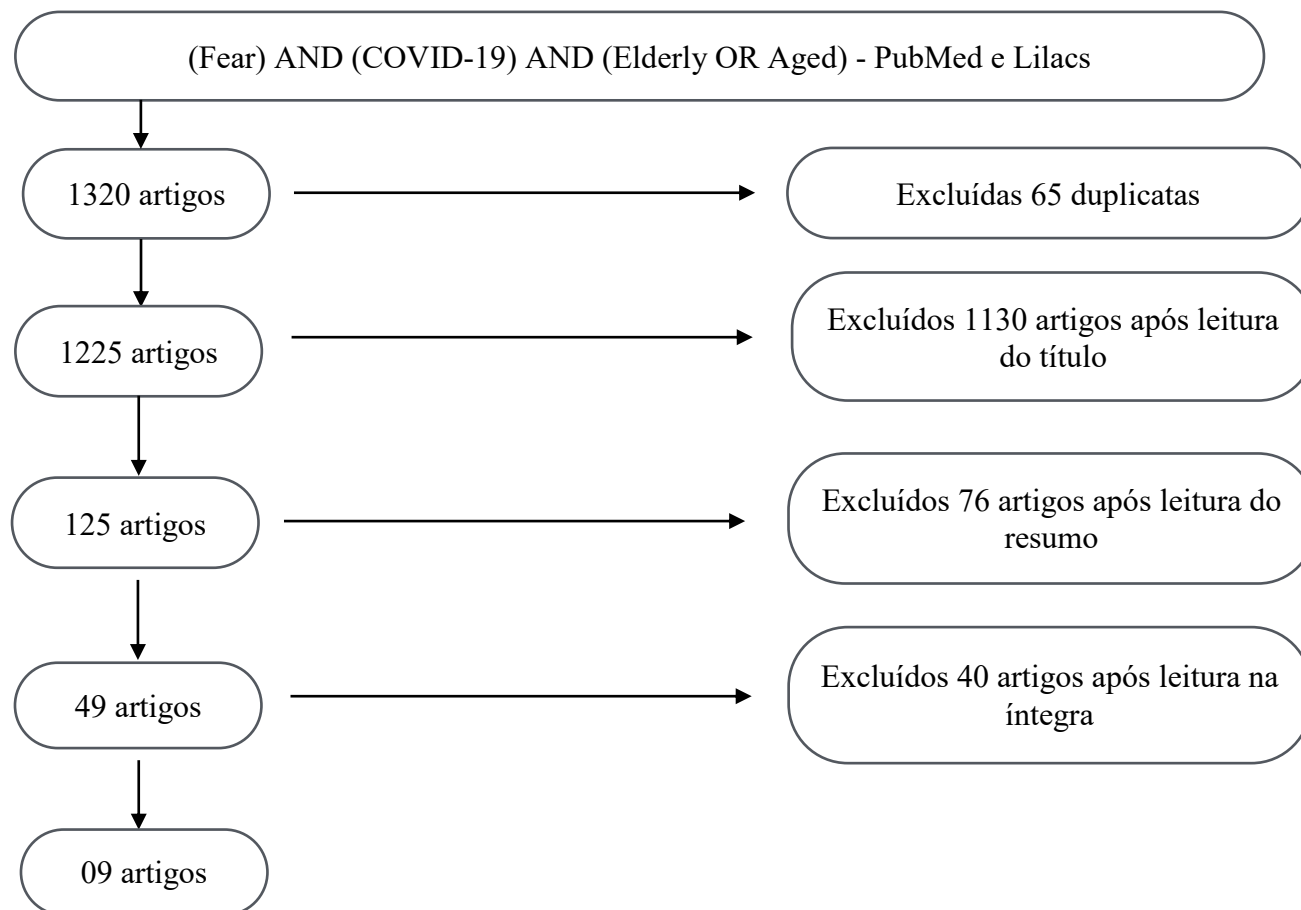
Modelo 1 = análise bruta

Modelo 2 = ajuste para sexo, idade, vive só, renda durante a pandemia e período da pandemia

Modelo 3 = modelo 2 + autoavaliação de saúde e morbidades

APÊNDICES

APÊNDICE A: FLUXO DE BUSCA DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

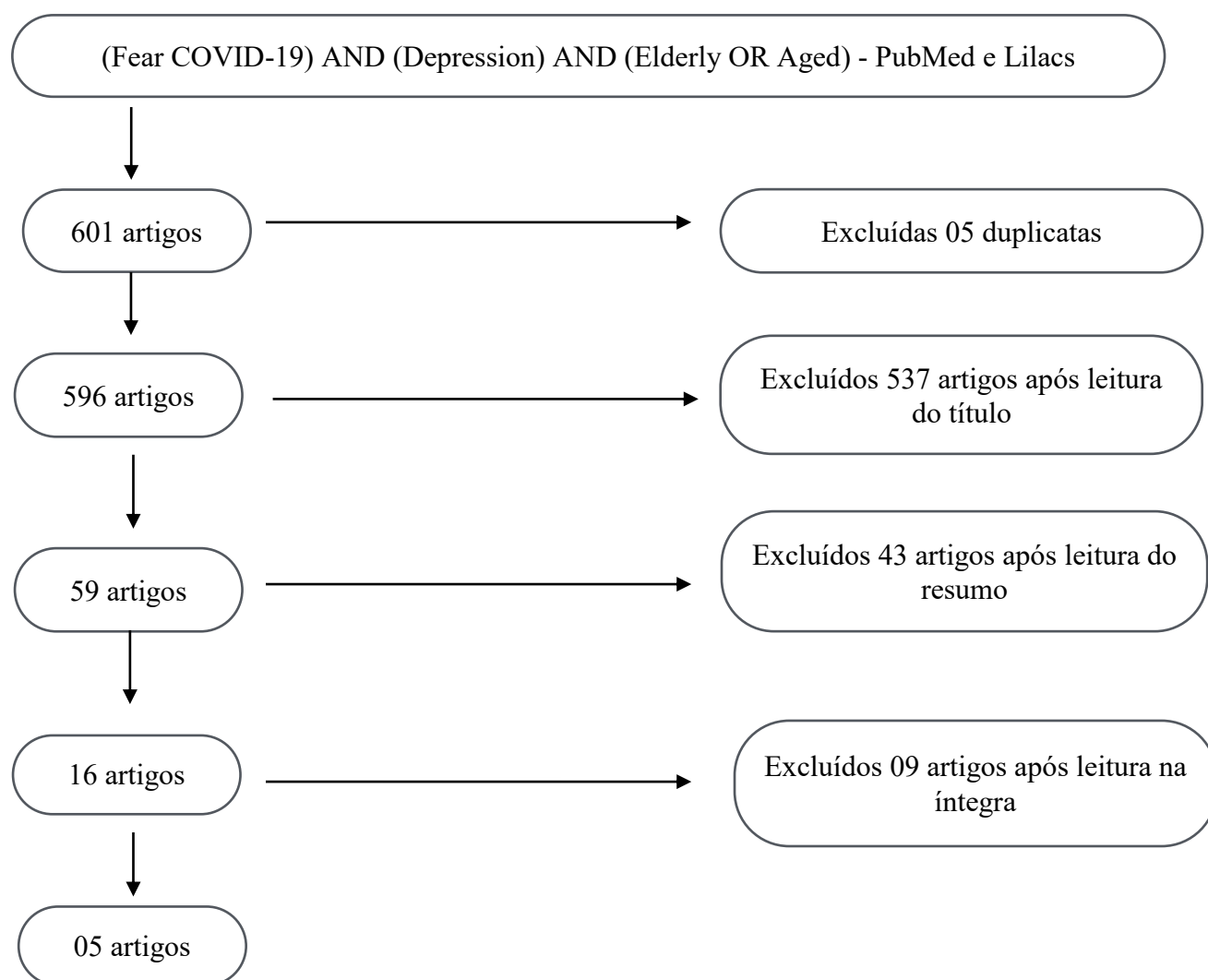


APÊNDICE B: FICHA DOS ARTIGOS SELECIONADOS – MEDO DE COVID-19, IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS

AUTOR/DA TA/ PAÍS	OBJETIVO	PERÍODO	AMOSTRA	INSTRUMENTOS	ANÁLISE ESTATÍSTICA	RESULTADOS
Mistry SK, et al. 2021. Bangladesh	Avaliar o medo percebido do COVID-19 e seus fatores associados entre idosos.	Outubro de 2020.	- 1.032 idosos; - 60 anos ou mais.	- Características sociodemográficas; - Informações relacionadas ao COVID-19; - Escala de Medo de COVID-19;	Regressão Linear Múltipla	FCV-19S: 19,4 Escore de medo maior: - desempregados (β: 0,88, IC 95%: 0,02 a 1,74), - moravam sozinhos (β: 2,01, IC 95%: 0,67 a 3,35), - preocupados com o COVID-19 (β: 2,75, 95% CI: 1,71 a 3,78), - sobrecarregados com o COVID-19 (β: 3,31, 95% CI : 2,33 a 4,29), - dificuldade de ganhar dinheiro durante o COVID-19 (β: 1,04, IC 95%: 0,21 a 1,88), - dificuldade em obter remédios durante o COVID-19 (β: 2,16, IC 95%: 1,29 a 3,03), - amigos próximos ou familiares diagnosticados com COVID-19 (β: 1,44, IC 95%: 0,10 a 2,79) e - sentir isolado durante o COVID-19 (β : 0,90, IC 95%: 0,12 a 1,68). Escore de medo menor: - receberam informações relacionadas à COVID-19 dos profissionais de saúde (β: -1,90, IC 95%: - 3,06 a - 0,73).
Sharifi N, 2021 Irã	Determinar a associação entre o medo da COVID- 19 e o autocuidado em idosos.	Entre julho e novembro de 2020.	- 350 idosos; - 65 anos ou mais.	- Características sociodemográficas; - Escala de Medo de COVID-19; - Escala de autocuidado do idoso.	Regressão Linear Multivariada.	FCV-19S:22,90 (6,08) - a taxa de autocuidado diminui com o aumento do medo do COVID-19 ($B = -0,395$, $SE = 0,001$, $R^2 = 0,154$).

Ayaz-Alkaya S, 2021. Turquia	Examinar o medo do coronavírus e os níveis de alfabetização em saúde de idosos durante a pandemia.	Entre abril e maio 2021	- 304 idosos; - 65 anos ou mais;	- Características sociodemográficas - Escala de Medo de COVID-19; - Escala de níveis de alfabetização em saúde.	Regressão Linear Univariada e Múltipla	FCV-19S: 20,39 (DP = 6,61) Escore maior: - Mulheres ($\beta = 0,159$), - Tinham uma doença crônica ($\beta = 0,163$) e - consideraram medidas preventivas insuficientes ($\beta = 0,159$).
Yadav UN, 2021 Nepal.	Avaliar o medo percebido do COVID-19 e fatores associados entre idosos	Entre julho e setembro de 2020	- 847 idosos; - 60 anos ou mais.	- Características sociodemográficas - Informações sobre COVID-19; - Doenças preexistentes; - Escala de Medo de COVID-19.	Regressão Logística Multivariada	FCV-19S: 18,1 (DP = 5,2), Maior medo entre: - Etnia Dalits (Coef.: 1,43; IC95%: 0,72 a 2,14), - Mais afastados da Unidade de Saúde (>60 minutos de caminhada) (Coef. 1,65; IC95%: 0,65 a 2,65) - idosos sobrecarregados com a pandemia de COVID-19 (Coef.: 1,88; IC95%: 0,53 a 3,23). Menor medo entre: - Idosos com problemas de saúde preexistentes (Coef.: -1,94; IC95%: -3,76 a -0,12).
Gokseven Y, 2022 Turquia	Determinar os níveis de medo relacionados ao COVID-19 e investigar os fatores associados ao medo entre idosos.	Entre julho e agosto 2020	- 315 idosos; - 65 anos ou mais.	- Características sociodemográficas - Conhecimento sobre a pandemia e o grau de seu impacto. - Escala de medo de COVID-19;	Análise de regressão linear;	FCV-19S: 16,0 (+- 6,4); Maior escores de FCV-19 S entre: - sexo feminino; - dificuldade em dormir à noite após o início da infecção por COVID-19; - acham que precisam de apoio psicológico por causa do surto.
Kilic D, 2023 Turquia	Examinar a relação entre medo do COVID-19, isolamento social e depressão em idosos.	Entre agosto de 2021 e janeiro de 2022.	- 362 idosos - 65 anos ou mais	- Características sociodemográficas; - Escala de Medo de COVID-19, - Escala de Isolamento Social; - Escala de Depressão Geriátrica.	SPSS, histograma, Kolmogorov-Smirnov, Correlação de Spearman.	FCV-19S: 19,71 ± 8,64

Agrawal S, 2021 Polônia	Avaliar o medo percebido do COVID-19 entre adultos mais velhos na e identificar subpopulações com maior risco para doença mental	Entre novembro e dezembro de 2020	- 500 idosos; - 60 anos ou mais.	- Características sociodemográficas; - Doenças crônicas e uso de medicações; - Escalas de doenças mentais e de dependência familiar; - Escala de Medo de COVID-19 (FCV-19S)	Regressão Linear Múltipla	FCV-19 S: 19,3 ± 5,6 Maior escore FCV-19 entre: - sexo feminino ($p = 0,007$), - Troco pelo valor de beta; - uso de anticoagulantes ($p = 0,041$); - (3) níveis de ansiedade (de acordo com a escala GAS-10 ; $p < 0,001$). - OBS.: Tabela não mostra análise com intervalo de confiança;
Yağar F. 2021 Turquia	Examinar a relação entre o medo do COVID-19, os escores de alfabetização em saúde e características sociodemográficas.	Entre março e abril de 2021.	- 266 idosos; - 65 anos ou mais	- Características sociodemográficas; - Escala de Medo de COVID-19; - Escala de Alfabetização em Saúde (HLS).	Regressão linear múltipla	FCV-19 S: 3,45 ± 0,93. - Maior alfabetização geral em saúde tem efeito significativo sobre a diminuição ao medo do COVID-19 ($\beta = -0,596$, $P < 0,05$) - As dimensões de acesso e aplicação a alfabetização tiveram efeito significativo na redução do medo da COVID-19 (respectivamente, $\beta = -0,252$, $\beta = -0,301$, $P < 0,05$).
Medina-Fernandez JA, 2022. Bangladesh	Determinar o efeito dos fatores de risco, medo e preocupação no autocuidado em relação à COVID-19 em pessoas nas fases pré-idosa e idosa.	Não cita o período; Artigo publicado em fev 2023.	- 333 pessoas - Fase pré-idosa (entre 45 e 59 anos) e fase idosa (acima de 60 anos)	- estudo correlacional-preditivo; - Características sociodemográficas; - Doenças crônicas que aumentam o risco de complicações por COVID-19; - Escala de Medo de COVID-19.	- SPSS versão 25, Correlação de Spearman, análise de mediação múltipla	FCV-19S: 16.73

APÊNDICE C: FLUXO DE BUSCA DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – MEDO DE COVID-19, IDOSOS E DEPRESSÃO

APÊNDICE D: FICHA DOS ARTIGOS SELECIONADOS – MEDO DE COVID-19 E DEPRESSÃO EM IDOSOS

AUTOR/DATA/ PAÍS	OBJETIVO	PERÍODO	AMOSTRA	INSTRUMENTOS	ANÁLISE ESTATÍSTICA	RESULTADOS
Mumtaz A, 2021. Paquistão	Examinar os efeitos do medo e da exposição relacionados ao COVID-19 e à depressão.	De maio a junho de 2020	- 310 idosos com 50 anos ou mais.	- Variáveis sociodemográficas - FCV-19: escala de medo do COVID-19 de sete itens - Exposição direta ao COVID-19; - Subescala de sete itens de ansiedade e depressão hospitalar (HAD-S)	- Regressão linear múltipla - o processo de Hayes versão 3 foi usado para avaliar o efeito de moderação da autoeficácia no medo e na exposição ao COVID-19.	- FCV-19S: 4,12 - HAD-S: 3,793 - Medo do COVID-19: associação positiva significativa com a depressão ($\beta = 0,162, p < 0,05$);
Moustakopoulou L, 2023. Grécia.	Explorar a presença e a gravidade da depressão em idosos nas cidades do interior da Grécia durante a pandemia e	Abril e maio de 2022.	- 200 participantes com idade > 65 anos - Idade média dos participantes: 76,6 anos	- Formulário sociodemográfico; - Escala de Solidão da UCLA Revisada; - Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15) e - Escala de Medo COVID-19 (FCV-19S).	- <i>t</i> -teste, coeficiente de correlação de Pearson, coeficiente de correlação de Spearman e análise de	- FCV-19S: 18,9 ± 6,5; - GDS-15: 5;

	explorar quaisquer possíveis relações com a solidão e o medo.				regressão linear múltipla	
Kim S, 2022. Coréia do Sul	Examinar os fatores de risco e proteção da saúde mental e psicológica, especialmente tensão e ansiedade, tristeza e depressão e problemas de sono em idosos na Coreia do Sul durante a pandemia de COVID-19.	Entre 11 de novembro de 2020 e 5 de dezembro de 2020.	1.917 participantes da Pesquisa de Experiência em Uso de Cuidados de Saúde para Idosos, realizada para adultos com 65 anos ou mais	- Variáveis dependentes: tensão e ansiedade, tristeza e depressão e problemas de sono. - Variáveis preditoras: características sociodemográficas, condições de saúde, medo do COVID-19, infecção pelo COVID-19, mudanças nas atividades sociais após o surto do COVID-19, redução na renda familiar, e conscientização sobre os protocolos de quarentena.	- Três análises de regressão logística diferentes em cada variável preditora para identificar fatores de risco	-Medo do COVID-19: 62,5%; -Medo de que eles ou seus familiares tenham grande probabilidade de contrair o COVID-19: 36,8%; - Tristeza e depressão: maiores entre idosos que tinham medo do COVID-19 e achavam que eles ou seus familiares corriam alto risco de contrair COVID-19 (OR: 1,70, IC 95%: 1,10–2,62).
Kilic D, 2023. Turquia	Investigar a relação entre isolamento social e depressão em idosos.	Entre agosto de 2021 e janeiro de 2022.	362 indivíduos com 65 anos ou mais	Formulário de Informações Pessoais, da Escala de Medo do COVID-19, do Perfil de Saúde de Nottingham (NHP), da Escala de	Análise de correlação de Spearman. A significância estatística foi	- FCV-19S: 19,71 ± 8,64; - Pontuação média da Escala de Depressão Geriátrica foi de 6,77 ± 5,11;

				Isolamento Social e da Escala de Depressão Geriátrica-Short Form.	tomada como $P < 0,05$.	
Carletti, TM et al. 2023. Brasil	Determinar correlação do medo do COVID-19 com características sociodemográficas, saúde geral, saúde mental e qualidade do sono em idosos brasileiros.	De setembro a dezembro de 2020	705 idosos com média de idade de 66 ± 5 anos, sendo que a maioria (82,7%) dos entrevistados eram mulheres, graduadas e provenientes da região sudeste do Brasil.	- Questionário online; - Características socioeconômicas e saúde geral; - Versão curta (21 itens) da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21); - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); - COVID-19 Fear Scale (FCV-19S);	- Teste de correlação de Spearman: correlações do medo do COVID-19 com os domínios de saúde mental e qualidade do sono; - Regressão de Poisson: associações entre o medo da COVID-19 e as variáveis independentes	- FCV-19S média: 21 ± 6;

ANEXO A: QUESTIONÁRIO DOMICILIAR E INDIVIDUAL 2020-2021 (2ª ONDA)

BLOCO INDIVIDUAL	
Instrução 01: Identificação	
Número do setor: ____	dset20 ____
Número do domicílio: ____	dnum20 ____
Número do entrevistado: ____	dnume20 ____
Número do questionário: 3 ____	dnuq20 ____
01) Data da entrevista: ____/____/____	dat20 ____/____/____
02) Entrevistadora: _____	dent20 ____
03) Nome do(a) idoso(a): _____	dnome20 ____
Instrução 02: Se idoso(a) não foi localizado(a), encerrar o questionário e informar o(a) supervisor(a)	
04) Quem está respondendo ao questionário?	dques20 ____
(1) Idoso(a) → INSTRUÇÃO 03 (2) Idoso com ajuda de um cuidador(a) (3) Somente cuidador(a)	dnocuida20 ____
05) Nome do cuidador: _____ (8) NSA	dsexocuidador20 ____
06) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	didacui20 ____
07) Qual sua idade (cuidador)? ____ (8) NSA	didacui20 ____
08) Qual a sua relação com o(a) Idoso(a)?	drela20 ____
(1) Esposo(a) ou companheiro (2) Filho(a) (3) Irmão (a) (4) Vizinho(a)	
(5) Pessoa contratada (6) Outro _____ (8) NSA	drelaoutro20 ____
Instrução 03: A partir daqui todas as perguntas se referem ao(a) idoso(a)	
09) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	dsexo20 ____
10) Quantos anos o(a) Sr(a). tem? ____ Anos completos (999) IGN	didade20 ____
11) Qual é a sua data de nascimento: ____/____/____	ddn20 ____
12) O(a) Sr(a). tem algum apelido? (0) Não → 14 1) Sim	dtemap20 ____
13) Se sim: qual apelido? _____	dapelido20 ____
14) O(a) Sr(a). é: (1) SOLTEIRO(A) (2) CASADO(A)/ COMPANHEIRO(A)	dsico20 ____
(3) SEPARADO(A)/ DIVORCIADO(A) (4) VIÚVO(A)	
O(A) Sr(a). vive...	dviveso20 ____
15) Sozinho(a)? (0) Não (1) Sim → INSTRUÇÃO 04 (8) NSA	dviveco20 ____
16) Com cônjuge/companheiro(a)? (0) Não (1) Sim (8) NSA	dvivefi20 ____

17) Com filho(s)?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	dvivepai20 _
18) Com pai e/ou mãe?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	dviveout20 _
19) Com outra pessoa?	(0) Não	(1) Sim, quem? _____	(8) NSA	dvivequem20 _
Instrução 04: VAMOS CONVERSAR SOBRE ACESSO A NOTÍCIAS EM GERAL E USO DE TELEFONE CELULAR E APLICATIVOS				
20) Por quais meios o(a) Sr.(a) tem acesso a informações e notícias em geral? (<i>Pode assinalar mais que uma alternativa</i>)				dtv20 _ djornal20 _ dradioam20 _ dradiofm20 _ drevista20 _ dinternet20 _ dtelfixo20 _
(1) Televisão		(2) Jornal impresso		
(3) Rádio AM		(4) Rádio FM		
(5) Revista		(6) Internet (no computador ou dispositivos móveis)		
(9) IGN				
21) O(A) Sr.(a) possui telefone fixo?				dtelfixo20 _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	__
22) O(A) Sr.(a) possui telefone celular?				dcel20 _
(0) Não → 24	(1) Sim		(9) IGN	dfonecontato20 _
23) Se sim: Qual o seu número para contato?				_____
(_ _) _ _ _ _ . _ _ : _ _		Nome: _____		dnomecontato20 _
24) O(A) Sr.(a) possui “tablet”?				dtablet20 _
(0) Não → 29	(1) Sim		(9) IGN	dcelcomnet20 _
25) Se sim: O seu celular ou tablet conecta com internet? (<i>Considerar internet como dados móveis, 3G, 4G, Wi-Fi</i>)?				
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	
26) O(A) Sr.(a) costuma enviar ou receber mensagens, torpedos ou SMS pelo celular?				dtorpedo20 _
(0) Não → 29	(1) Sim		(9) IGN	
27) O(A) Sr.(a) usa o aplicativo <i>Whatsapp</i> ?				dwhatsapp20 _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	dmessenger20 _
28) O(A) Sr.(a) usa o aplicativo <i>Messenger</i> do Facebook?				dfon20 _
(0) Não	(1) Sim		(9) IGN	dfon220 _
29) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)?				_____
(0) Não (1) Sim Qual? (_ _) _ _ _ _ . _ _ : _ _		Nome: _____		dfonnome220 _
Instrução 05: AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SAÚDE				
Algum médico lhe disse que o(a) Sr(a). tem ou teve...				

30) Asma?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dasma20 _
31) Enfisema?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	denfisema20 _
32) Bronquite?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbronquite20 _
33) Pneumonia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dpneumonia20 _
34) Câncer de pulmão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcancer20 _
35) Tuberculose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dtb20 _
36) HIV/AIDS?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dhiv20 _
37) Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr.(a). Como considera sua saúde?				dsau20 _
(1) MUITO BOA (2) BOA (3) REGULAR (4) RUIM (5) MUITO RUIM (9) IGN				
38) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). sofreu alguma queda?				dcaiu20 __
(0) Não (1) Sim, quantas vezes? __ __ (99) IGN				dcaiuquant20 __
39) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). quebrou ou fraturou algum osso?				dquebrou20 __
(0) Não (1) Sim, quantas vezes? __ __ (99) IGN				dquebrouquant20 __
Instrução 06: AGORA VAMOS FALAR SOBRE DORES NO CORPO				
40) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). sentiu dores em alguma destas regiões do corpo? (Mostre a figura das costas e peça para o(a) entrevistado(a) apontar o dedo para cada região que sentiu dor)				
AMARELO (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				ddorcerv20 _
AZUL (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				ddortora20 _
VERMELHO (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				ddorlomb20 _
ROXO (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				ddorjoe20 _
Se não referiu dor em nenhuma das regiões, pule para instrução 07				
Se sim para amarelo:				
41) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). ficou com esta dor na região amarela por 12 semanas (3 meses) ou mais seguidas? (Apontar para região amarela)				ddamar20 _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				
42) Na escala de 0 a 10 que nota o (a) Sr(a). dá a esta dor na região amarela? (CONSIDERE 0 SEM DOR E 10 A PIOR DOR QUE JÁ SENTIU NA VIDA) Nota: __ __				ddorescam20 __
43) Desde março de 2020, durante a pandemia da Covid-19, o(a) Sr(a). considera que essa dor piorou?				ddoramarcovid20 __
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN				
44) Na escala de 0 a 10, que nota o(a) Sr.(a) dá a esta dor na região amarela após/durante a pandemia? (Considere 0 sem dor e 10 a pior dor que já sentiu na vida) Nota: __ __				ddorescamcovid20 __
Se sim para azul:				
45) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). ficou com esta dor na região azul por 12 semanas (3 meses) ou mais seguidas? (Apontar para região azul)				ddazul20 _

(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
46) Na escala de 0 a 10 que nota o (a) Sr(a). dá a esta dor na região azul? (CONSIDERE 0 SEM DOR E 10 A PIOR DOR QUE JÁ SENTIU NA VIDA) Nota: __ __				ddorescaz20 __ __
47) Desde março de 2020, durante a pandemia da Covid-19, o(a) Sr(a). considera que essa dor piorou?				ddorazulcovid20 __ __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
48) Na escala de 0 a 10, que nota o(a) Sr.(a) dá a esta dor na região amarela após/durante a pandemia? (Considere 0 sem dor e 10 a pior dor que já sentiu na vida) Nota: __ __				ddorescaz20 __ __
Se sim para vermelho:				
49) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). ficou com esta dor na região vermelho por 12 semanas (3 meses) ou mais seguidas? (Apontar para região vermelho)				ddorverm20 _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
50) Na escala de 0 a 10 que nota o (a) Sr(a). dá a esta dor na região vermelha? (CONSIDERE 0 SEM DOR E 10 A PIOR DOR QUE JÁ SENTIU NA VIDA) Nota: __ __				ddorescverm20 __ __
51) Desde março de 2020, durante a pandemia da Covid-19, o(a) Sr(a). considera que essa dor piorou?				ddorvermcovid20 __ __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
52) Na escala de 0 a 10, que nota o(a) Sr.(a) dá a esta dor na região amarela após/durante a pandemia? (Considere 0 sem dor e 10 a pior dor que já sentiu na vida) Nota: __ __				ddorescvermcovid20 _
Se sim para roxa:				
53) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). ficou com esta dor na região roxa por 12 semanas (3 meses) ou mais seguidas? (Apontar para região roxa)				ddorroxo20 _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
54) Na escala de 0 a 10 que nota o (a) Sr(a). dá a esta dor na região roxa? (CONSIDERE 0 SEM DOR E 10 A PIOR DOR QUE JÁ SENTIU NA VIDA) Nota: __ __				ddorescroxo20 __ __
55) Desde março de 2020, durante a pandemia da Covid-19, o(a) Sr(a). considera que essa dor piorou?				ddorroxocovid20 __ __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
56) Na escala de 0 a 10, que nota o(a) Sr.(a) dá a esta dor na região amarela após/durante a pandemia? (Considere 0 sem dor e 10 a pior dor que já sentiu na vida) Nota: __ __				ddorescroxocovid20 __ __
57) Desde março de 2020, durante a pandemia da Covid-19, o(a) Sr(a). procurou atendimento profissional (médico, fisioterapeuta...) por causa de alguma dessas dores nestas regiões?				dcovidatend20 __ __
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
BLOCO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE				
Instrução 07: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE				
58) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). foi atendido por algum médico?				dmed3m20 _
	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	
59) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). esteve baixado/hospitalizado?				dhospital20 _

60) Se sim: Por qual motivo? _____ 61) Se sim: Por quanto tempo? __ meses __ dias 62) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde/UBSF mais próximo da sua residência? (0) Não → 62 (1) Sim (9) IGN 63) Se sim: Quantas vezes: __ __ __ vezes (888) NSA (999) IGN 64) Como o(a) Sr(a). classifica o atendimento na sua UBSF/Posto de Saúde? (1) MUITO RUIM (2) RUIM (3) REGULAR (4) BOM (5) MUITO BOM (8) NSA (9) IGN 65) Da última vez que o(a) Sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) Sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dhospitalmot20 __ dhosp20 __ difbusubs1220 __ dfbusubsq1220 __ __ dlfbssat20 __ dlfubsaten20 __
Instrução 08: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE VACINAS	
66) O(A) Sr.(a) já tomou vacina contra a gripe? (0) Não → INSTRUÇÃO 09 (1) Sim (99) IGN 67) Se sim: O(A) Sr(a). tomou alguma dose desta vacina desde <MÊS> do ano passado pra cá? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dgripe20 __ dvacinames20 __
Instrução 09: AGORA VAMOS FALAR SOBRE REMÉDIOS	
68) Desde <MÊS> do ano passado para cá o(a) Sr(a). usou algum destes antibióticos das fotos? <i>(Mostre a figura com as fotos dos antibióticos, leia o nome de cada um e peça para o(a) entrevistado(a) apontar o dedo para cada antibiótico que usou)</i> (0) Não → INSTRUÇÃO 10 (1) Sim (9) IGN Se sim: Qual(is)? 69) Antibiótico nº 1 (Amoxicilina + clavulanato) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 70) Antibiótico nº 2 (Azitromicina) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 71) Antibiótico nº 3 (Bactrim ou Sulfametoxazol) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 72) Antibiótico nº 4 (Benzetacil) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 73) Antibiótico nº 5 (Cefalexina) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 74) Antibiótico nº 6 (Ciprofloxacino) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 75) Antibiótico nº 7 (Neomicina) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 76) Antibiótico nº 8 (Amoxicilina) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dantibiotico20 __ datb120 __ datb220 __ datb320 __ datb420 __ datb520 __ datb620 __ datb720 __ datb820 __
BLOCO DISTANCIAMENTO SOCIAL	
Instrução 10: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O DISTANCIAMENTO SOCIAL DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA DO COVID-19	
Durante o período de distanciamento social, em que apenas os serviços essenciais estavam abertos, o(a) Sr(a): 77) Saiu de casa? (0) Não (1) Sim (9) IGN	dsaiu20 __

78) Saiu para necessidades essenciais (trabalho, supermercado, farmácia)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dsaiuessencial20 _
79) Saiu para realizar atividades de Saiu para visitar amigos/parentes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dsaiuvisita20 _
80) Saiu de casa normalmente, como fazia antes das medidas de distanciamento social?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dsaiunormal20 _
81) Utilizou ônibus e/ou lotação?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dsaiuonibus20 _
82) Frequentou bares, restaurantes e shoppings?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dsaiubar20 _
83) Recebeu em sua casa familiares e/ou amigos?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drecebeu20 _
84) Interagiu com seus amigos e/ou familiares utilizando ferramentas online?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcall20 _
85) Usou de estratégias como por exemplo: meditação, mindfulness, yoga, tai chi?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dmeditacao20 _
86) Consultou com psiquiatra ou psicólogo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dpsiq20 _
87) Praticou alguma crença, religião ou espiritualidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcrencas20 _
88) Teve alguém para ajudar nas demandas cotidianas (por exemplo: fazer a comida, limpar a casa, fazer compras)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dajuda20 _
Instrução 11: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE ALGUMAS SUBSTÂNCIAS				
O(A) Sr(a) faz uso das seguintes substâncias:				
89) Álcool	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dalcool20 _
90) Tabaco (cigarro)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dtabaco20 _
91) Drogas ilícitas (maconha, crack, entre outras)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddrograsil20 _
92) Se a resposta for positiva para álcool: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:				dalcool220 _
(0) Aumentou	(1) Diminuiu	(2) Continuou igual	(8) NSA	(9) IGN
93) Se a resposta for positiva para tabaco: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:				dtabagismo20 _
(0) Aumentou	(1) Diminuiu	(2) Continuou igual	(8) NSA	(9) IGN
94) Se a resposta for positiva para drogas: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:				ddrogas20 _
(0) Aumentou	(1) Diminuiu	(2) Continuou igual	(8) NSA	(9) IGN
Instrução 12: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA DO COVID-19				
Nos últimos 30 dias, com qual frequência, você tem adotado os comportamentos abaixo:				
95) Lavado as mãos com água e sabão				dlavarmaos20 _
(0) Nunca	(1) Quase nunca	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre

96) Utilizado álcool 70%	(0) Nunca	(1) Quase nunca	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	dalcool7020 _
97) Usado o lenço ou antebraço na frente da boca na hora de espirrar ou tossir	(0) Nunca	(1) Quase nunca	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	dlenco20 _
98) Utilizado máscara de proteção ao sair de casa	(0) Nunca	(1) Quase nunca	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(4) Sempre	dmascara20 _
Instrução 13: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SINTOMAS RELACIONADOS À COVID-19						
99) O(A) Sr.(a) realizou teste e/ou exame para diagnóstico da COVID-19?	(0) Não → 105	(1) Sim	(9) IGN			dteste20 _
100) Qual foi o resultado do teste?	(0) Negativo	(1) Positivo	(8) NSA	(9) IGN	dtesteresultado20 _	
(SE RECEBEU DIAGNÓSTICO POSITIVO) Ao receber o diagnóstico, o(a) Sr(a):						
101) Ficou em casa	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dposemca20 _
102) Recebeu atendimento através de serviços de teletriagem	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dpostele20 _
103) Recebeu visita de algum profissional de saúde	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dposvis20 _
104) Foi hospitalizado	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dposhos20 _
Durante o período de distanciamento social, o(a) Sr.(a):						
105) Teve contato pessoal próximo com alguém diagnosticado com a COVID-19?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dcontatopos20 _
106) Tem ou teve sensação febril ou febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dfebre20 _
107) Tem ou teve tosse sem catarro?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dtosse20 _
108) Tem ou teve dificuldade para respirar?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			drespirar20 _
109) Tem ou teve dor de garganta?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dgarganta20 _
110) Tem ou teve dor muscular ou cansaço a mais do que o normal para o Sr.(a)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			ddormm20 _
111) Tem ou teve diarreia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			ddiarreia20 _
112) Tem ou teve diminuição do paladar (gosto dos alimentos)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dpaladar20 _
113) Tem ou teve diminuição do olfato (sentir cheiros)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dolfato20 _
114) Tem ou teve tremores ou calafrios?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dcalafrio20 _
115) Tem ou teve dor de cabeça?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dcefaleia20 _
116) Apresenta ou apresentou dois ou mais sintomas de síndrome gripal ao mesmo tempo (como por exemplo: febre, tosse, coriza, dificuldade para respirar)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			dsg20 _

BLOCO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RELATIVO A COVID-19)		
Instrução 14: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR CAUSA DOS SINTOMAS DA COVID-19		
117) Você procurou atendimento em algum serviço de saúde por causa do(s) sintoma(s) acima relatado(s)? (0) Não → INSTRUÇÃO 15 (1) Sim (9) IGN	dservicosdesau20 _	
118) Qual foi o serviço de saúde procurado? (marque uma única alternativa) (1) UBS/ Posto de saúde (2) Consultório Médico Particular ou convênio (3) Unidade de pronto atendimento (UPA)/ Unidade de atendimento 24h/Pronto socorro (4) Hospital (5) Teletriagem (8) NSA (6) Centro de triagem para COVID-19 (9) IGN	dqualservdesau20 _	
BLOCO COVID-19 II		
Instrução 15: AGORA VAMOS FALAR SOBRE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TELETRIAGEM		
119) Você sabe o que são os serviços de teletriagem e telemedicina? (0) Não → INSTRUÇÃO 16 (1) Sim (9) IGN	dtele20 _	
120) Você já usou os serviços de teletriagem e telemedicina? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dusotele20 _	
Instrução 16: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE MEIOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS PARA BUSCAR INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19		
121) Em relação à Covid-19, qual é a principal fonte de informação que você utiliza para se informar sobre a doença (marque uma única alternativa)? (1) Televisão (2) Rádio (3) Jornal (4) Sites de instituições de saúde e/ou governamentais (5) Redes sociais (Facebook, Instagram, WhatsApp) (6) Sites em geral	dfontedeinfo20 _	
122) Quantas vezes por dia você busca ou recebe informações sobre a COVID-19? (1) Várias vezes por dia (2) Algumas vezes por dia (3) Poucas vezes ao dia (4) Apenas uma vez ao dia (5) Algumas vezes por semana (6) Nunca	drecebeinfo20 _	
Instrução 17: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE MEDO DE PEGAR A COVID-19		
123) Eu tenho medo de pegar o Coronavírus (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	dmedocovid20 _	

124) Fico desconfortável ao pensar no Coronavírus (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	ddesconfor20 _
125) Minhas mãos ficam úmidas quando penso no Coronavírus (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	dsudorese20 _
126) Tenho medo de perder minha vida por causa do Coronavírus (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	dmedomorte20 _
127) Quando assisto notícias e histórias sobre o Coronavírus nas mídias sociais, fico nervoso ou ansioso (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	dansiedade20 _
128) Não consigo dormir porque estou preocupado com o Coronavírus (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	dinsonia20 _
129) Meu coração dispara ou palpita quando penso que posso pegar Coronavírus (0) DISCORDO TOTALMENTE (2) INDIFERENTE (4) CONCORDO TOTALMENTE (1) DISCORDO (3) CONCORDO (9) IGN	dpalpitaçao20 _
Instrução 18: AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO E RENDA DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA DO COVID-19	
130) Como o distanciamento social devido a pandemia de Covid-19 afetou a sua ocupação/trabalho? (Marque uma única alternativa) (1) Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar (2) Continuei trabalhando normalmente (3) Continuei trabalhando, mas em casa (home office) (4) Comecei a trabalhar durante a pandemia (5) Perdi o emprego ou parei de trabalhar (6) Outro	dtrabpand20 _
BLOCO SAÚDE BUCAL Instrução 19: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE CONSULTAS COM DENTISTA	
131) O(A) Sr(a). já foi alguma vez no dentista? (0) Não ➔137 (1) Sim (9) IGN	dfsidente20 _
132) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?	dfsidentemes20 _ dfsquant20 _
(0)Não (1) Sim Quantas vezes? __ vezes (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) IGN	
133) SE SIM: Desde <DIA DE DOIS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). consultou com dentista?	dfspop20 _
(0) Não (1) Sim Quantas vezes? __ vezes (77) Muitas vezes, não sabe quantas (88) NSA (99) IGN	dfsquant220 _
134) Onde foi que o(a) Sr(a). consultou na última vez?	dfstipse20 _
(1) Posto de saúde público (2) Serviço Público, mas não do posto de saúde	

(3) Convênio	(4) Serviço Privado	
(8) NSA	(9) IGN	
135) O (a) Sr(a). tem algum tipo de plano de saúde que cubra consultas com um dentista?		dfspladent20 _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
		(9) IGN
136) Qual foi a razão que levou o(a) Sr(a). a utilizar o dentista na última consulta?		dfsrazao20 _
(1) Consulta de urgência	(2) Tratamento convencional	
(3) Revisão	(8) NSA	(9) IGN
137) O(a) Sr(a). tem algum problema na boca que interfere com comer, dormir ou atividades sociais?		dfsprob20 _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
		(9) IGN
138) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes		dfsdesu20 __
		(99) IGN
139) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. __ dentes		dfsdein20 __
		(99) IGN
140) O(a) Sr(a). usa algum tipo de prótese dentária? (“dentadura”, “ponte”, “pivô”, implante).		dfsprot20 __
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
141) O(a) Sr(a). acha que necessita usar algum tipo de prótese dentária?		dfstipro20 _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
142) Como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde bucal?		dsbucal20 _
(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Regular
	(4) Boa	(5) Muito boa
		(9) IGN
BLOCO FUNCIONALIDADE		
Instrução 20: AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA		
143) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para levantar ou carregar objetos com peso de 5 kg?		dsarcpeso20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE
144) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para atravessar um cômodo da casa?		dsarcatrav20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE
145) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?		dificulcurva20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE
146) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para levantar-se de uma cadeira ou da sua cama?		dsarclevan20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE
147) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para subir um lance de escadas de 10 degraus?		dsarsubi20 _

(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE	
148) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?			dificuleleva20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE	
149) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?			dificulescreve20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE	
150) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?			dificulanda20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE	
151) Quanta dificuldade o(a) Sr(a). possui para fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?			dificulchao20 _
(0) NENHUMA	(1) UM POUCO DE DIFICULDADE	(2) MUITA DIFICULDADE/NÃO CONSEGUE	
Por causa de sua saúde ou condição física, o(a) Sr(a). tem alguma dificuldade para:			
152) Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?			dhigiene20 _
	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
153) Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas)?			ddinheiro20 _
	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
154) Realizar tarefas domésticas leves (como lavar pratos, arrumar a casa ou fazer limpeza leve)?			dtarefas20 _
	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
155) Tomar banho de chuveiro ou banheira?			dbanho20 _
	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
BLOCO SAÚDE MENTAL			
Instrução 21: AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O SENHOR (A) TEM SE SENTIDO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, DESDE < DIA> DA SEMANA RETRASADA ATÉ AGORA			
156) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?			dmcpint20 _
(0) NENHUM DIA	(1) MENOS DE UMA SEMANA	(2) UMA SEMANA OU MAIS	
(3) QUASE TODOS OS DIAS	(8) NSA	(9) IGN	
157) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?			dmcsdep20 _
(0) NENHUM DIA	(1) MENOS DE UMA SEMANA	(2) UMA SEMANA OU MAIS	
(3) QUASE TODOS OS DIAS	(8) NSA	(9) IGN	
158) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?			dmcpbsono20 _
(0) NENHUM DIA	(1) MENOS DE UMA SEMANA	(2) UMA SEMANA OU MAIS	
(3) QUASE TODOS OS DIAS	(8) NSA	(9) IGN	

159) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? (0) NENHUM DIA (1) MENOS DE UMA SEMANA (2) UMA SEMANA OU MAIS (3) QUASE TODOS OS DIAS (8) NSA (9) IGN	dmcsansa20_
160) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve falta de apetite ou comeu demais? (0) NENHUM DIA (1) MENOS DE UMA SEMANA (2) UMA SEMANA OU MAIS (3) QUASE TODOS OS DIAS (8) NSA (9) IGN	dmcpbapetit20_
161) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)? (0) NENHUM DIA (1) MENOS DE UMA SEMANA (2) UMA SEMANA OU MAIS (3) QUASE TODOS OS DIAS (8) NSA (9) IGN	dmcsfracas20_
162) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? (0) NENHUM DIA (1) MENOS DE UMA SEMANA (2) UMA SEMANA OU MAIS (3) QUASE TODOS OS DIAS (8) NSA (9) IGN	dmcdfconc20_
163) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? (0) NENHUM DIA (1) MENOS DE UMA SEMANA (2) UMA SEMANA OU MAIS (3) QUASE TODOS OS DIAS (8) NSA (9) IGN	dmcpbmov20_
164) Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) Sr(a). pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? (0) NENHUM DIA (1) MENOS DE UMA SEMANA (2) UMA SEMANA OU MAIS (3) QUASE TODOS OS DIAS (8) NSA (9) IGN	dmcpensuic20_
165) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com as pessoas? (0) NENHUMA DIFICULDADE (1) POUCA DIFICULDADE (2) MUITA DIFICULDADE (3) EXTREMA DIFICULDADE (8) NSA (9) IGN	dmcdfrotrin20_
Instrução 22: AGORA VOU VERIFICAR AS SUAS MEDIDAS	
166) Peso (kg) Medida ____ , ____ kg (888,8) NSA (999,9) IGN Se o(a) idoso(a) estiver acamado(a):	dpeso20____, _
167) Peso auto referido: ____ , ____ kg (888,8) NSA (999,9) IGN	dpesoaut20____, _
168) Altura auto referida: ____ , ____ cm (888,8) NSA (999,9) IGN	daltaut20____, _
Instrução 23: SERAO MEDIDOS A ALTURA DO JOELHO (AJ) APENAS AQUELES QUE ESTIVEREM EM DESTAQUE NA PLANILHA DE CAMPO	
169) Idoso(a) possui medida da AJ (VER PLANILHA): 0) Não (realizar medida/aferição) 1) Sim → 169	daltjomed20_
Altura do Joelho (cm)	

170) Medida 1 _____, __ cm	(88,8) NSA	(99,9) IGN	daltj120____, _
171) Medida 2 _____, __ cm	(88,8) NSA	(99,9) IGN	daltj220____, _
172) Medida 3 _____, __ cm	(88,8) NSA	(99,9) IGN	daltj320____, _
Instrução 24: AGORA VOU VERIFICAR A FORÇA DE PREENSÃO DA SUA MÃO, POR FAVOR, SENTE-SE E APOIE SEU BRAÇO NA SUA PERNA			
Força de Preensão Manual (kgf)			
173) Medida 1 Braço Direito _____, __ kgf	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dfpmd120____, _
174) Medida 1 Braço Esquerdo _____, __ Kgf	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dfpme120____, _
175) Medida 2 Braço Direito _____, __ kgf	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dfpmd220____, _
176) Medida 2 Braço Esquerdo _____, __ kgf	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dfpme220____, _
177) Medida 3 Braço Direito _____, __ kgf	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dfpmd320____, _
178) Medida 3 Braço Esquerdo _____, __ kgf	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dfpme320____, _
Instrução 25: AGORA, POR FAVOR, FIQUE NA POSIÇÃO EM PÉ, COM AS PERNAS RELAXADAS EM UMA DISTANCIA DE 20 cm UMA DA OUTRA			
Circunferência da Panturrilha (cm)			
	Panturrilha Direita	Panturrilha Esquerda	
179) Medida 1 (cm)	____, __ cm (88,8) NSA (99,9) IGN	____, __ cm (88,8) NSA (99,9) IGN	dpandir120____, _ dpandir220____, _
180) Medida 2 (cm)	____, __ cm (88,8) NSA (99,9) IGN	____, __ cm (88,8) NSA (99,9) IGN	dpanesq120____, _ dpanesq220____, _
Instrução 26: AGORA VOU PEDIR PARA QUE O(A) SR.(A) AGUARDE NESTE PONTO E, AO SINAL, CAMINHE DESTA MARCA ATÉ A OUTRA MARCA DE MANEIRA RÁPIDA, MAS SEM CORRER			
Velocidade de Marcha (tempo percorrido em 4 metros)			
181) Medida 1 _____, __ seg	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dvm120____
182) Medida 2 _____, __ seg	(88,8) NSA	(99,9) IGN	dvm220____
183) O idoso(a) realizou todas as medidas? (1) Não (2) Sim → Encerrar questionário			dtodasmedidas20 _
184) SE NÃO: Por qual motivo? (1) Acamado/Cadeirante (2) Amputado (3) Outros motivos (4) Não quis fazer (8) NSA (9) IGN			dnaomedi20 _
185) Se outros motivos, quais: _____			dnaomedout20 _
Agradeça e encerre o questionário			

ANEXO B: PARECER 154/2018 CEPAS – FURG

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 154/2018

CEPAS E49/2017

Processo: 23116.005135/2017-16

CAAE: 70294317.0.0000.5324

Título da Pesquisa: Coorte de idosos da área rural de Rio Grande, RS

Pesquisador Responsável: Rodrigo Dalke Meucci

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para a emenda ao projeto **“Coorte de idosos da área rural de Rio Grande, RS”**

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: **30/06/2019**.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 02 de agosto de 2017.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: IDOSOS

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci (Telefone 53 3237-4638)

O (a) Sr (a) está sendo convidado a participar do estudo "Coorte de idosos da área rural de Rio Grande, RS." Esta pesquisa tem por objetivo acompanhar a saúde dos idosos da área rural do município de Rio Grande. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode interrompê-la a qualquer momento sem que isto lhe cause nenhum prejuízo.

PROCEDIMENTOS: será realizada uma entrevista com perguntas simples e diretas sobre sua saúde.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: A realização de entrevistas oferece risco mínimo aos participantes do estudo. Quando for identificada alguma necessidade em saúde do participante durante as entrevistas, será oferecido encaminhamento à Unidade Básica de Saúde de referência.

BENEFÍCIOS: os resultados do estudo poderão servir de base para melhoria da atenção à saúde da população rural de Rio Grande.

DESPESAS: o (a) Sr (a) não terá que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: o pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo; sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A pessoa que será entrevistada compreendeu minha explicação e aceitou assinar este consentimento.

Nome legível do(a) entrevistado(a):
Assinatura/Digital do(a) entrevistado(a):
Nome legível do responsável legal (se aplicável):
Assinatura do responsável legal (se aplicável):

Rodrigo D. Meucci

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Rio Grande, _____ de _____ de 2018



Programa de
Pós-Graduação
em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ATA DA SESSÃO DE DEFESA ABERTA DE TESE DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A banca examinadora, designada pela Portaria nº 428/2024 de vinte e três de fevereiro de dois mil e vinte e quatro, em sessão presidida e registrada pelo orientador, Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci, reuniu-se no dia sete de março de dois mil e vinte e quatro, às 09 horas, por meio de videoconferência (<https://conferenciaweb.rnp.br/sala/rodrigo-rodrigo-dalke-meucci>), para avaliar a Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, intitulada: **“Avaliação do medo da Covid – 19 e fatores associados em idosos da zona rural em um município do sul do Brasil”** do doutorando Tarso Pereira Teixeira. Para o início dos trabalhos, o Senhor Presidente procedeu à abertura oficial da sessão, com a apresentação dos membros da banca examinadora. A seguir, prestou esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da sessão, concedendo o tempo de até 50 (cinquenta) minutos para a apresentação da tese pelo doutorando, que iniciou às 9 horas e 10 minutos e terminou às 09 horas e 50 minutos. Após a apresentação, passou a palavra aos membros da banca examinadora, para que procedessem à arguição e apresentassem suas críticas e sugestões. Ao término dessa etapa de avaliação, de acordo com os membros da banca examinadora, a tese de doutorado avaliada foi APROVADA.

Rio Grande, 07 de março de 2024.



Documento assinado digitalmente
RODRIGO DALKE MEUCCI
Data: 09/03/2024 17:53:56-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci (Orientador – FURG)



Documento assinado digitalmente
LUANA PATRICIA MARMITT
Data: 07/03/2024 11:38:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Luana Patrícia Marmitt (Externo – UNOESC)

Documento assinado digitalmente
 **SUELE MANJOURANY SILVA DURO**
Data: 07/03/2024 11:10:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Suele Manjourany Silva Duro (Externo – UFPEL)

Documento assinado digitalmente
 **LINJIE ZHANG**
Data: 07/03/2024 13:46:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Linjie Zhang (Titular – FURG)

Documento assinado digitalmente
 **CARLA VITOLA GONCALVES**
Data: 08/03/2024 11:46:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves (Titular - FURG)

Prof. Dr. Michael Pereira da Silva (Suplente – FURG)

Documento assinado digitalmente
 **TARSO PEREIRA TEIXEIRA**
Data: 07/03/2024 11:33:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ciente: _____

Tarso Pereira Teixeira - Doutorando FURG