



**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF**

**RAÍSA GONÇALVES AQUINO**

**ANSIEDADE, ESTRESSE PERCEBIDO E REPERCUSSÕES  
GERADAS PELA INFODEMIA DE COVID-19 NA  
POPULAÇÃO IDOSA**

**RIO DE JANEIRO**

**2023**

RAÍSA GONÇALVES AQUINO

ANSIEDADE, ESTRESSE PERCEBIDO E REPERCUSSÕES GERADAS PELA  
INFODEMIA DE COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade  
Linha de Pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e ser Cuidado

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscilla Alfradique de Souza**

**RIO DE JANEIRO**

**2023**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

GA657	Gonçalves Aquino, Raísa Ansiedade, estresse percebido e repercussões geradas pela infodemia de COVID-19 na população idosa / Raísa Gonçalves Aquino. -- Rio de Janeiro, 2023. 100  Orientadora: Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Priscilla Alfradique de Souza. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.  1. Idoso. 2. COVID-19. 3. Pandemia por COVID-19. 4. Redes sociais. 5. Disseminação de informação. I. Alfradique de Souza, Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Priscilla, orient. II. Título.
-------	---

AQUINO, RAÍSA GONÇALVES. ANSIEDADE, ESTRESSE PERCEBIDO E REPERCUSSÕES GERADAS PELA INFODEMIA DE COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA, 2023, 98p. (Dissertação). Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2023.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora de Defesa no  
Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem (PPGENF) – (Mestrado),  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
(UNIRIO), como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade  
Linha de Pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e ser Cuidado

Aprovada em: **06 de julho de 2023**

#### BANCA EXAMINADORA

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup>. PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA (PRESIDENTE)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

---

PROF. DR. RICARDO BEZERRA CALVACANTE (1º EXAMINADOR)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF)

---

PROF<sup>a</sup> DR. CARLOS MAGNO CARVALHO DA SILVA (2ª EXAMINADORA)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup>. ROSIMERE FERREIRA SANTANA (3ª EXAMINADORA)  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF)

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup>. GRAZIELE RIBEIRO BITENCOURT (SUPLENTE EXTERNO)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

AQUINO, RAÍSA GONÇALVES. ANSIEDADE, ESTRESSE PERCEBIDO E REPERCUSSÕES GERADAS PELA INFODEMIA DE COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA, 2023, 100p. (Dissertação). Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2023.

### Resumo

Este estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, que integra projeto de pesquisa, Fase 1 do estudo multicêntrico misto de estratégia sequencial explanatória “Infodemia de COVID-19 e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos: estudo multicêntrico Brasil/Portugal/Espanha/Itália/Chile”. O cenário do estudo deu-se por meio virtual. Os respondentes foram convidados, por envio de link do questionário eletrônico, a participar da pesquisa via redes sociais (*Whatsapp, Facebook e Instagram*) e/ou e-mail e/ou telefone, utilizando-se a estratégia bola de neve virtual. Elaborou-se um questionário específico para coleta de dados contendo dados sociodemográficos, com questões referentes tanto ao tipo de mídia utilizada quanto ao tempo de exposição às mesmas; impacto autopercebido físico, psicológico e respostas geradas (de medo, conscientização, estresse, segurança e/ou ansiedade) no idoso, além do rastreio de indicadores de sofrimento psíquico causado e/ou agravado pela exposição às informações sobre COVID-19, escala de estresse percebido (EEP) e inventário de ansiedade geriátrica (GAI-BR). A amostra final caracterizou-se por um total de 390 idosos predominantemente da faixa etária de 66 a 75 anos (35,4%), do sexo feminino (75,1%), com cônjuge (51,0%), raça/cor branca (60,3%), residindo em imóvel próprio (81,8%) localizado na zona urbana (91%), de nível superior ou com maior grau de escolaridade (38,2%), possuindo como fonte de renda aposentadoria ou pensionista (79,2%) e com um a dois dependentes de sua renda (61%). Foram mais citados como utilizados para acessar notícias e informações sobre covid-19 os itens: televisão (85,1%), whatsapp (40,8%), sites de internet (28,7%), jornais ou revistas impressas (26,2%), facebook (25,1%), rádio (23,3%), youtube (14,4%), instagram (7,7%), twitter (3,3%) e telegram (1,8%). Sobre o impacto das informações sobre a covid-19 a maior parte dos idosos responderam que se sentiam afetados psicologicamente pelas informações veiculadas na televisão (36%), seguido pelas redes sociais (22%) e rádio (10%). No que se refere à exposição diária às notícias e informações sobre covid-19, encontrou-se que em média os idosos referiram 5,3 horas pela televisão, 6,8 horas pelas redes sociais (*whatsapp, facebook,*

*youtube, Instagram* e outras) e menos de 4,78 hora pelo rádio. maioria da população faz uso de televisão (sexo feminino N=249, 75% e masculino N= 83 , 25%). A média geral dos escores da escala de estresse percebido na amostra, foi de 18,5 pontos, variando de 0 a 28 pontos com DP = 9,96. Já em relação às avaliações de ansiedade, a média geral dos escores da escala de ansiedade de GAI, foi de 5,0 pontos, variando de 0 a 20 pontos com (DP = 5,47). A partir dos achados desta pesquisa identificou-se que durante a pandemia COVID-19, uma parte importante dos idosos apresentou sintomas relevantes estresse e ansiedade. Ademais, a exposição às informações também apresentaram repercussões importantes para a pessoa idosa, especialmente as informações advindas da internet.

Palavras-chave: Saúde mental. Idoso. COVID-19. Pandemia por COVID-19. Disseminação de informação. Redes sociais.

AQUINO, RAÍSA GONÇALVES. ANXIETY, PERCEIVED STRESS AND REPERCUSSIONS GENERATED BY THE COVID-19 INFODEMIA IN THE ELDERLY POPULATION, 2023, 100f. (Dissertation). Graduate Program in Nursing, Federal University of Estate Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brazil, 2023.

#### ABSTRACT

The general objective of this study of analyzing the relationship between the infodemic about COVID-19 and the repercussions on the mental health of elderly people in Rio de Janeiro. This is an exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, which integrates a research project, phase 1 of the mixed multicenter study with sequential explanatory strategy "COVID-19 infodemic and its repercussions on the mental health of the elderly: multicenter study Brazil/Portugal/Spain/Italy/Chile". The scenario of the study took place virtually. Respondents were invited, by sending a link to the electronic questionnaire, to participate in the survey via social networks (Whatsapp, Facebook and Instagram) and/or email and/or telephone, using the virtual snowball strategy. A specific questionnaire was created for data collection, containing sociodemographic data, with questions regarding both the type of media used and the time of exposure to them; self-perceived physical and psychological impact and generated responses (of fear, awareness, stress, safety and/or anxiety) in the elderly, in addition to screening indicators of psychological distress caused and/or aggravated by exposure to information about COVID-19, stress scale perceived (EEP) and geriatric anxiety inventory (GAI-BR). The final sample was characterized by a total of 390 elderly, predominantly aged between 66 and 75 years (35.4%), female (75.1%), with a spouse (51.0%), white race/color (60.3%), living in their own property (81.8%) located in the urban area (91%), higher education or with a higher level of education (38.2%), having a retirement or pensioner as a source of income (79.2%) and with one to two dependents on their income (61%). The following items were most cited as used to access news and information about covid-19: television (85.1%), whatsapp (40.8%), internet sites (28.7%), printed newspapers or magazines (26.2%), facebook (25.1%), radio (23.3%), youtube (14.4%), instagram (7.7%), twitter (3.3%) and telegram (1.8%). Regarding the impact of information about covid-19, most elderly people responded that they felt psychologically affected by information broadcast on television (36%), followed by social networks (22%) and radio (10%). With regard to daily exposure to news and information about covid-19, it was found that, on average, the elderly reported 5.3 hours on television, 6.8 hours on social networks (Whatsapp, facebook, youtube, Instagram and others) and less than 4.78 hours over the radio. majority of the population uses television (female sex N=249, 75% and male N=83, 25%). The general average of the perceived stress scale scores in the sample was 18.5 points, ranging from 0 to 28 points with SD = 9.96. In relation to the anxiety assessments, the general average of the GAI anxiety scale scores was 5.0 points, ranging from 0 to 20 points with (SD = 5.47). From the findings of this research, it was identified that during the COVID-19 pandemic, an important part of the elderly presented relevant symptoms of stress and anxiety. Furthermore, exposure to information also had important repercussions for the elderly, especially information coming from the internet.

Keywords: Aged. Mental health. COVID-19. Covid-19 pandemic. Information dissemination. Social networking.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 Apresentação.....	10
1.2 Problematização.....	11
1.3 Objeto.....	14
1.3.1 Objetivo Geral.....	14
1.3.2 Hipótese .....	15
1.4 Justificativa... ..	15
1.5 Relevância.....	17
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
2.1 Pandemia de COVID-19.....	18
2.2 Infodemia sobre COVID-19 e consequências à saúde mental dos idosos .....	19
2.3 Infodemia e uso das tecnologias para a população idosa.....	21
2.4 Teoria lifespan para a saúde mental do idoso na pandemia de COVID-19 .....	23
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	25
3.1 Tipo de Pesquisa .....	25
3.2 Cenário .....	25
3.3 Amostra.....	27
3.4 Estratégia de Coleta de dados .....	27
3.5 Instrumento de Coleta de dados.....	29
3.5.1 Escala de Estresse Percebido (EEP).....	30
3.5.2 Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).....	31
3.6 Tratamento e Análise dos dados.....	32
3.7 Aspectos Éticos .....	34
<b>4. RESULTADOS</b> .....	35
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	60
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	68
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	69
<b>APÊNDICES</b> .....	81
<b>ANEXOS</b> .....	93

# 1- INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

Desde a graduação em enfermagem, ocorreu-me o interesse pelo estudo da população idosa, atuando em projetos de pesquisas e em grupos com oficinas terapêuticas aos idosos. Posteriormente busquei especialização na gerontologia, com foco no cuidado integral ao idoso. Atualmente, como profissional em uma unidade intensiva, na esfera de uma pandemia mundial de COVID-19, comecei a observar na prática, os anseios da população idosa, não correspondidos, com o excesso de informações, pesquisas e respostas de tratamento, nos quais, podem mudar rapidamente.

Na pandemia, foram disseminadas muitas informações e notícias sobre a COVID-19 pela internet, redes sociais, televisão e até mesmo pela rádio. O termo “infodemia” tem sido usado para se referir à rápida disseminação de informações de todos os tipos, incluindo as não confiáveis, os rumores e as notícias falsas (*fake news*) (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2020; CAVALCANTE et al., 2022). O jornalista americano David J. Rothkopf é o criador do termo, mencionando-o pela primeira vez na sua coluna sobre a epidemia da SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) no jornal Washington Post, em 2003.

Washington Post, Rothkopf definiu a infodemia como:

“Alguns fatos, misturados com medo, especulação e boato, amplificados e transmitidos rapidamente em todo o mundo pelas modernas tecnologias da informação, afetaram as economias nacionais e internacionais, a política e até a segurança de maneiras totalmente desproporcionais às realidades básicas”. [tradução livre] (Rothkopf, 2003).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) reconheceu e classificou a infodemia em 2020: um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que torna difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa. Países membros da OMS, totalizando 132, ratificaram, à exceção do Brasil, uma declaração para o combate a essa propagação infodêmica. Contudo, a complexidade das necessidades das pessoas idosas exige o uso de intervenções adequadas, para as quais os atuais sistemas de saúde não estão preparados.

Tal inquietação que motivou a buscar quanto a temática, vislumbrando o mestrado acadêmico. Assim, aproximei-me da temática da infodemia na pessoa idosa. Como parte de uma parceria institucional com Universidades do Rio de Janeiro, a UNIRIO e a Universidade Federal Fluminense, conheci o projeto de Infodemia do Rio de Janeiro, desenvolvido em

parceria com o projeto coordenado nacional e internacionalmente pelo Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante, da Universidade Federal de Juiz de Fora, integrando o seu grupo de pesquisa “Infodemia de COVID-19 e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos: estudo multicêntrico Brasil/Portugal/Espanha/Itália/Chile” representando o centro do Rio de Janeiro.

Trata-se de estudo multicêntrico, tendo como centro coordenador a Universidade Federal de Juiz de Fora e incluindo oito centros no Brasil e oito centros no exterior, todos vinculados à Universidades. A pesquisa tem como objetivo geral “Analisar a relação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas”. Representa um registro essencial a respeito dos efeitos desse fenômeno durante o maior colapso sanitário e hospitalar da história do país e do mundo.

A pesquisa pretende avançar em conhecimentos sobre a infodemia de COVID-19 e suas repercussões em idosos. O conhecimento produzido pode contribuir para o sistema de saúde, avançando na elaboração de um consenso de estratégias de enfrentamento às principais reações de idosos às infodemias, visando estabelecer boas práticas de comunicação e mitigação do estresse e ansiedade.

## **1.2 Problematização**

A divulgação de informações claras, consistentes e baseadas em evidências é fundamental para o enfrentamento à pandemia pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2) (WHO, 2020). Contudo, nas mídias sociais, qualquer pessoa pode manifestar ideias ou compartilhar notícias, muitas vezes sem embasamento científico ou fonte confiável, nem qualquer controle sobre o conteúdo. (BRASIL, 2020; OPAS, 2020)

Infodemia é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma quantidade excessiva de informações inseguras sobre um determinado problema, em especiais associadas às buscas reativas em tempos de grandes medos, o que pode dificultar os caminhos para as soluções ao criar tumultos e desconfiança entre leigos. De maneira semelhante a uma epidemia, ela se espalha por meio dos veículos de informação digitais e físicos. Tornando-se uma barreira para população encontrarem fontes e orientações confiáveis.

Em julho de 2020, a OMS promoveu a primeira conferência científica sobre a infodemia (WHO, 2020). Do mesmo modo que as autoridades sanitárias se apoiam na ciência da epidemiologia para a tomada de decisões na resposta à pandemia, são necessárias ferramentas e intervenções baseadas em evidências para o enfrentamento à infodemia, baseadas na ciência da gestão de infodemias, denominada “infodemiologia” (EYSENBACH, 2002).

Existem diferentes definições acerca da idade para categorizar a pessoa idosa. A Organização das Nações Unidas (ONU) caracteriza como aquelas que tem 60 anos ou mais. Já a OMS baseia-se no local em que a pessoa vive, ou seja, em países em desenvolvimento a pessoa idosa é aquela que tem 60 anos ou mais e em países ricos, é a que possui 65 anos ou mais. No entanto, no Brasil, o Estatuto do Idoso considera como pessoa idosa aquela que possui 60 anos ou mais (BRITO SAR, et al., 2016; BRASIL, 2003).

As pessoas com 60 anos ou mais representavam, no início do século XX, somente 3,3% da população; em 1970 chegaram a 5,1%; em 1990 atingiram 7,4%. O Brasil apresenta projeções de mais de 28 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2019). Projeções indicam que, em 2050, a população idosa brasileira acima de 60 anos representará um contingente populacional maior do que os menores de 15 anos de idade (OPAS, 2009). Segundo OMS, os idosos estão mais propensos a desenvolver um quadro severo da doença, e uma maior taxa de letalidade. Os dados do Corona Virus Disease-19 (COVID-19) apontam maior taxa de mortalidade entre as pessoas com 80 anos ou mais, em que 14,8% dos infectados morreram, comparado a 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos e 8,8% entre aqueles de 60 a 69 anos (taxa 3,82 vezes maior que a média geral) (WHO, 2020; CDC, 2020; CHEN et al, 2020). Deste modo, os idosos estão no centro da discussão da pandemia COVID-19 e carecem de atenção especializada de enfermagem e saúde para minimizar efeitos desastrosos no sistema de saúde e sociedade.

A partir da compreensão de impactos das pandemias anteriores, como a gripe espanhola de 1918 (H1N1), a gripe asiática de 1957 (H2N2), a gripe aviária de 2002 (H5N1 e H7N9) e a gripe pandêmica de 2009 (H1N1), observou-se que a adesão ao distanciamento social tornou-se eficaz na redução da transmissibilidade de doenças infecciosas na civilização (SILVA et al., 2021). Nesse sentido, o isolamento social é uma ação necessária, visto que a contaminação pelo vírus envolve a transmissão por gotículas expelidas por pessoas infectadas, tornando o distanciamento social uma ação crucial para diminuir a propagação do vírus (OPAS, 2020). Dessa forma, os idosos são considerados grupo de risco, visto que a maior parte dessa população está associada às comorbidades, predispondo casos mais severos referente à cepa SARS-CoV-2, podendo até mesmo ser fatal na faixa etária acima de 60 anos, tornando o isolamento social para os idosos especialmente indispensável. Estudos apontam que, em razão da COVID-19, entre os idosos infectados, a taxa de óbito foi: com 80 anos ou mais, 14,8%; entre 70 e 79 anos, 8,0%; e entre 60 a 69 anos, 8,8%, Isso evidencia uma taxa de mortalidade cerca de 3,82 vezes maior que a média geral, uma vez que a vulnerabilidade a doenças infecciosas se eleva com a imunossenescência (BARBOSA et al., 2020).

Em meio a orientações, diretrizes e decretos com recomendações para que os idosos permanecessem o distanciamento social, como plano de contingência frente a pandemia do

COVID-19 (WHO, 2020). O isolamento social pode ser considerado um dos maiores problemas a prejudicar significativamente a saúde do indivíduo, levando a mudança de hábitos e da rotina, podendo intensificar o sentimento de ansiedade, desamparo, tédio, solidão, tristeza, probabilidade de que ocorra doenças cardíacas e, consecutivamente, a pensamentos suicidas, reafirmando a importância da socialização e da convivência social (MANSO et al., 2019).

O isolamento entre a população idosa é preocupante devido ao seu risco aumentado de problemas cardiovasculares, neurocognitivos, autoimunes e de saúde mental (ARMITAGE et al., 2020). Além disso, influenciando sua fisiologia, os idosos também sofrerão alterações psicológicas à medida que suas funções corporais diminuem, como: degradação da memória, sensação de inferioridade, alterações intelectuais, medo, dúvida, solidão, desespero, entre tantos outros transtornos biopsicossociais (MENG et al., 2020).

Tal cenário direciona-se os idosos para utilizar ferramentas tecnológicas, Essas podem possibilitar aproximação social, porém, historicamente, estudos apontam que a população idosa brasileira apresenta baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos (HAMMERSCHMIDT e SANTANA, 2020). Tal fato interfere na aquisição de conhecimentos sobre a pandemia, assim como limita as possibilidades de comunicação, principalmente durante o distanciamento, dificultando a orientação dos comportamentos individuais e coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; WHO, 2020).

A utilização da internet no quadro de uma crise de saúde pública interroga-se acerca do papel que esta desempenha no esclarecimento de dúvidas ou na troca de informação acerca de questões relacionadas com a saúde das populações. Problematisa ainda as implicações que a sua centralidade pode suscitar. Assumindo que as ferramentas digitais podem ser um meio privilegiado de acesso e troca de dados, ao consumo, à partilha e à apropriação de informação online sobre saúde. A reflexão incide, especialmente, sobre as potenciais consequências negativas desta prática, nomeadamente o aumento da ansiedade e do medo (MAIA et al., 2020; WEINSTEIN et al., 2020).

Ressalta-se a importância de manter a qualidade das relações já estabelecidas, como forma de minimizar os efeitos do isolamento social devido a pandemia. Nesse momento o suporte familiar e o apoio de amigos próximos podem auxiliar na manutenção do bem-estar psicológico e mental. Estudos afirmam que a principal forma de minimizar a infodemia é orientar a fonte e a veracidade das informações antes de compartilhá-las ou de as utilizarem como orientação. Ou seja, deve ser priorizada a qualidade, em vez da quantidade de informações (FIOCRUZ, 2020; MANSO, COMOSAKO E LOPES, 2018).

O medo da contaminação e o isolamento social imposto pelas medidas protetivas para conter o vírus, impulsionou o aparecimento de alterações na saúde mental, principalmente de adultos idosos, deixando-os mais ansiosos e vulneráveis diante das incertezas que afetam

seu futuro (LIMA et al., 2020). Dentro desta conjuntura, a saúde mental é um elemento fundamental para saúde geral dos indivíduos, bem como da coletividade, visto que as pessoas têm pensamentos, emoções e interação entre si. Assim sendo, promover, proteger e restaurar a saúde mental é vital não só para as pessoas, mas para toda a sociedade (WHO, 2020a).

O estado de ansiedade é uma resposta emocional transitória, decorrente de sentimentos de tensão, preocupação, apreensão, inquietação e nervosismo, a qual contribui para as alterações fisiológicas. Já, o rastreamento de ansiedade é o comportamento latente no indivíduo o qual se manifesta em um determinado momento, fazendo ele ter uma reação de uma determinada maneira (COSTA, 2015).

Em níveis adequados, a ansiedade permite que o indivíduo esteja alerta para enfrentar de forma apropriada o momento imposto. Todavia, quando ela evolui para um estado patológico ou apresenta uma duração e intensidade que afetam na execução das atividades cotidianas resultam em agravos psicossociais e fisiológicos (GONÇALVES, 2016).

Para alguns pesquisadores (BROOKS et al., 2020; VAN ORDEN, 2020; WHITEHEAD, 2020), dentre outros, a sintomatologia psicológica da ansiedade e quadros depressivos estão interligados nas etapas da doença. Primeiramente pode-se apontar as mudanças sofridas no cotidiano dessas pessoas causando desequilíbrios neurofisiológicos ativados pelo estresse (WANG et al., 2020). Num segundo momento o distanciamento social muda à rotina dos adultos idosos fazendo com que se sintam entediados e desamparados, expressando emoções como ansiedade, irritabilidade (SANTOS, BRANDÃO & ARAUJO, 2020).

Ainda de acordo com os autores, a última etapa relaciona-se as sequelas deixadas pela pandemia, a diminuição do poder econômico, as perdas afetivas, mortes e lutos por entes e pessoas queridas e, ainda, traumas em pessoas que precisaram ser internadas. As pessoas idosas que vivem sozinhas podem sofrer de solidão devido ao maior isolamento social e a interrupção das atividades do grupo, São necessárias ideias criativas para incorporar atividades físicas e sociais seguras (BROWN et. al. 2020). Portanto, define-se como objeto:

### **1.3 Objeto**

Estresse e ansiedade em idosos associado a infodemia de COVID-19.

#### **1.3.1 Objetivo**

Objetivo Geral:

- Analisar a associação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

- Descrever o perfil das pessoas idosas que manifestam respostas de estresse e ansiedade relacionados à exposição de informações sobre a COVID-19;
- Avaliar os níveis de estresse e ansiedade em idosos no contexto da pandemia de COVID-19;
- Relacionar os níveis de estresse com o perfil sociodemográfico e variáveis associadas a infodemia sobre COVID-19 nas redes sociais/rádio/TV;
- Relacionar os níveis de ansiedade com o perfil sociodemográfico e variáveis associadas a infodemia sobre COVID-19 nas redes sociais/rádio/TV;
- Analisar variáveis de infodemia e suas repercussões associadas às fontes de conteúdo de informação.

### 1.3.2 Hipóteses

Foram definidas hipóteses, pretendendo-se verificar a existência de relações com significância estatística. Com base nas questões de investigação e nos objetivos deste estudo, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Para estresse percebido:

H1: Idosos com maior exposição às notícias e informações sobre COVID-19 associam-se ao rastreio positivo ou negativo para estresse;

Para ansiedade:

H2: Idosos com maior exposição às notícias e informações sobre COVID-19 associam-se ao rastreio positivo ou negativo para ansiedade;

Para impacto autopercebido físico e psicológico:

H3: Impacto autopercebido físico e psicológicos associam-se as respostas nos idosos;

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Considerando a vulnerabilidade da pessoa idosa, situação na qual o dever de cuidado e o direito prioritário à saúde, com base em seu melhor interesse (CUNHA, 2016), são fortemente desafiados em tempos de pandemia da COVID-19. Cabe lembrar que a Constituição da República de 1988 introduziu direitos específicos para essa parcela da população, definindo responsabilidades, entre pais e filhos, para a família, para o Estado e para a própria sociedade, conforme preconizado pelos arts, 229 e 230 (BRASIL, 1988), No âmbito infraconstitucional, a lei 8.842/1994 estabeleceu a Política Nacional do Idoso (BRASIL,

1994). Posteriormente, em 2003, foi promulgado o Estatuto do Idoso (lei 10.741/2003), que regula os direitos assegurados às pessoas idosas, estabelece prioridades nas políticas públicas e prevê mecanismos para o exercício da cidadania por essas pessoas (BRASIL, 2003).

Diante de tal realidade, o idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado. Contudo, as metas estipuladas por leis e políticas voltadas para a população idosa ainda estão distantes de serem alcançadas, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a escassez de recursos materiais, humanos e tecnológicos, entre outros, dificulta o atendimento dos problemas que afligem a população idosa questionando-se infraestruturas nacionais, (MAIA et al, 2020).

Estudos estatísticos mostram que o país está envelhecendo rapidamente, sem haver programas que suportem e apoiem o crescente número de idosos. Estudos têm sugerido que o medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda são pouco conhecidos, o que acaba por afetar o bem-estar psicológico de muitas pessoas (ASMUNDSON & TAYLOR, 2020; CARVALHO et al., 2020). Cabe ressaltar que os sintomas de depressão, ansiedade e estresse diante da pandemia têm sido identificados na população geral (WANG et al., 2020) e, em particular, nos profissionais da saúde (ZHANG et al., 2020a).

A preocupação com a saúde mental da população aumenta, pois durante uma pandemia, o medo intensifica os níveis de estresse e ansiedade em pessoas saudáveis e aumenta os sintomas daquelas com transtornos mentais pré-existentes (RAMÍREZORTIZ et al., 2020). Pacientes diagnosticados com COVID-19 ou com suspeita de infecção podem experimentar emoções intensas e reações comportamentais, além, da culpa, medo, melancolia, raiva, solidão, ansiedade, insônia etc. Estes estados podem evoluir para transtornos como ataques de pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), sintomas psicóticos, depressão e suicídio. Sobretudo preponderantes em pacientes em IS, no qual o estresse tende a ser o mais prevalente (BROOKS et al., 2020; SHIGEMURA et al., 2020). Contudo, ainda são poucos os estudos que avaliam a saúde mental dos idosos em decorrência da Infodemia COVID-19 no Brasil e no mundo.

Observa-se a ausência de planos estratégicos prontos, detalhados e indefectíveis a serem aplicados frente à pandemia de coronavírus. Tudo é inédito, desta forma, a saúde mental tende a ser negligenciadas ou subestimadas (ORNELL, SCHUCH, SORDI, & KESSLER, 2020). Sugerem-se possíveis lacunas de informação de fonte idônea, que impacta diretamente os idosos, tendo em vista sua vulnerabilidade, sobre algumas das principais formas de prevenção, o que contribui para a propagação de informações falsas. Contudo,



medidas adotadas para reduzir as implicações psicológicas da pandemia não devem ser desprezadas neste momento (BROOKS et al., 2020; XIAO, 2020), pelo contrário, devem ser divulgadas e implementadas. Nesse contexto, este estudo se alicerça nas justificativas segundo as evidências atuais, e consistentes necessárias diante pandemia da COVID-19 para promoção da saúde mental dos idosos e proposição de estratégias de intervenção.

## 1.5 RELEVÂNCIA

Acompanhado de suas altas taxas de infectividade e mortalidade, a doença do COVID-19, causou impacto psicossocial universal, causando desequilíbrio em massa, carga econômica e perdas financeiras. O medo em massa do COVID-19, gerou uma infinidade de manifestações psiquiátricas nos diferentes estratos da sociedade (FERGUSON, 2020).

Para melhor lidar com essas questões psicossociais de diferentes estratos da sociedade, modelos de prevenção e intervenção de crises psicossociais devem ser desenvolvidos com urgência pelos profissionais de saúde. A aplicação adequada de serviços de internet, tecnologia e mídia social para conter a pandemia e a infodemia precisa ser amplamente abordada.

Desde as experiências advindas dos surtos da *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS, Síndrome Respiratória Aguda Grave), em 2002, e do Ebola, entre 2013 e 2016 (BROOKS et al., 2020), da pandemia da H1N1 em 2009 (BAJARDI et al., 2011) e, atualmente, frente à COVID-19, percebe-se a necessidade de investigar e agir em questões relativas à saúde mental ao longo da crise, uma vez que a capacidade de alcançar um estado de ajustamento psicológico saudável é desafiada, dia após dia, por inúmeras adversidades não usuais nesse período (BROOKS et al., 2020; HO, CHEE, & HO, 2020; LIMA et al., 2020; OZILI & ARUN, 2020).

Dessa forma, a importância de analisar a relação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas está em identificar o real impacto e contribuir com estratégias eficazes e específicas de enfrentamento a essas situações. Diante disso, há a necessidade de estudos que proponham compreender as repercussões, diante a vulnerabilidade individual do idoso. Sendo também, para campo científico uma ótima alternativa para novas discussões sobre a temática de suma valia. A noção de que idosos e pessoas com comorbidades graves são particularmente vulneráveis a piores resultados do COVID-19 pode criar um medo considerável entre os idosos (KOENEN et al., 2017; CHEN et al., 2020). Outros impactos psicológicos podem incluir ansiedade, irritabilidade e sentimento excessivo de estresse ou raiva (MERCHANT et al., 2020; CHEN et al., 2020). Aqueles idosos com declínio cognitivo podem se tornar muito mais ansiosos, agitados e socialmente retraídos, portanto, suas necessidades específicas exigem atenção específica (SCHWATZ et al., 2020;

WU et al., 2020). Portanto, espera-se contribuir para identificação dos problemas atuais relacionados à saúde mental da população idosa frente a infodemia COVID-19, além da promoção de estratégias de comunicação eficazes com essa população tão vulnerável no que se refere a acurácia informacional e ao uso das tecnologias.

## **2- REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1- Pandemia de COVID 19**

O Coronavírus é um patógeno de RNA de fita simples que causa infecções do trato respiratório superior em imunocompetentes (LU, et al., 2020). O termo “coronavírus” está relacionado a aparência dos *virus* de CoV, quando analisados em microscopia eletrônica, em que as projeções da membrana do vírus são semelhantes a uma “coroa” ou *corona* em latim (DE ALBUQUERQUE et al., 2020). No final de 2019, foram detectados casos de pneumonia atípica na China, que posteriormente foram elencados como oriundos de novo Coronavírus, o Coronavírus de síndrome respiratória aguda grave 2 ou SARS-CoV-2, que deu origem a pandemia do COVID-19 (WHO, 2020, a).

A notícia de uma doença respiratória causada por um novo coronavírus ocorreu na China, em dezembro de 2019, repercutindo no noticiário mundial e nas redes sociais. Denominada COVID-19, a doença causada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) é transmitida por meio de contato com gotículas de saliva, aerossóis e superfícies contaminadas (BRASIL, 2020). A partir de 11 de março de 2020, a Covid-19 foi declarada pandêmica, por sua rápida disseminação, exigindo medidas globais para o enfrentamento, principalmente pela falta de recurso terapêutico específico comprovadamente eficaz (LI et al, 2020).

Quanto à transmissibilidade da COVID-19, tem-se que esta ocorre de maneiras distintas, como a transmissão de humanos para humanos, por meio de compartilhamento de gotículas respiratórias, salivas ou perdigotos excretados do trato respiratório, advindas de pacientes infectados sintomáticos e assintomáticos (SILVA et al., 2020). Também há estudos relacionados à contaminação por vias de transfusão sanguínea, transplante de órgãos e placentária, fecal-oral (ANVISA,2020).

Por conta de sua facilidade de transmissão, houve rapidamente, um crescimento no número de casos e óbitos por todo o país e também fora dele, o que fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarasse o evento conhecido como “Emergência de

Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)”, no dia 30 de janeiro de 2020, Já no dia 11 de março de 2020, a pandemia foi declarada (CIOTTI et al., 2020).

No que se refere a suscetibilidade de ocorrência da COVID-19, estudos indicam que homens idosos imunossuprimidos e pessoas com comorbidades são mais vulneráveis a contrair o vírus (VELAVAN; MEYER, 2020; VILLEGAS-CHIROQUE, 2020). As crianças apresentam um grau de vulnerabilidade baixo à contaminação do vírus, possivelmente pela escassez da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2) no trato respiratório, uma vez que o vírus utiliza-se desta enzima como receptor para iniciar a infecção (CARSETTI et al., 2020; LI et al., 2020).

Dentre os países da América do Sul, o Brasil foi o primeiro a registrar oficialmente um caso de COVID-19, que rapidamente se alastrou para as demais regiões do país (RODRIGUES et al., 2020). Até a data de 20 de abril de 2021, o número de casos confirmados no Brasil foi de 13.946,071 e um total de 373.355 mortes (WHO, 2021). A incidência de COVID-19 na região do Nordeste no período de tempo entre fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021 foi de 7,0 por 100.000 habitantes (SUVISA, 2021)

A infecção por SARS-CoV-2 tem como sinais e sintomas iniciais febre, fadiga, tosse seca e perda de olfato. Em cerca de 80% dos casos de COVID-19, os pacientes apresentam sintomas leves e autolimitados, afetando principalmente as vias aéreas superiores. Em contrapartida, os casos mais severos de COVID-19 apresentam sintomatologia mais sérias como dispnéia, taquipnéia, hipoxemia e comprometimento de regiões mais extensas do pulmão, podendo evoluir para uma insuficiência respiratória, pneumonia, choque séptico, disfunção de órgãos múltiplos e em 5% dos casos ocorre o desenvolvimento da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (KAYE et al., 2020; XU et al., 2020).

A progressão da pandemia pode ser visualizada em gráficos, tais como o de curvas epidemiológicas. O termo “achatar a curva epidemiológica” foi recorrente nos meios de comunicação. O objetivo desse “achatamento” era reduzir a incidência diária da doença para que os casos graves pudessem ser tratados efetivamente pelo sistema de saúde. O fato é que, sem ações de saúde pública como testes rápidos, isolamento de casos, distanciamento social e políticas de restrição de movimentação, o número de casos de COVID-19 poderia superar a capacidade do sistema de saúde (DETMER, 2020).

## **2.2- Infodemia sobre COVID-19 e consequências à saúde mental dos idosos**

Com a infecciosidade e nocividade do vírus, e o aumento do número de casos confirmados e mortes, emoções negativas se espalharam como consequência, os surtos ameaçaram também a saúde mental da população. Muitas pessoas tiveram um colapso

emocional e se sentiu impotente, com medo, ansiosa, deprimida, culpada e nervosa. Portanto, como manter a saúde mental dos cidadãos tornou-se uma questão importante (ZHOU, 2020).

O volume de conteúdo produzido sobre a temática COVID-19 impressiona, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde a busca por conteúdo sobre a pandemia na internet cresceu de 50% a 70% entre todas as gerações. Em março de 2020, foram publicados 361 milhões de vídeos e 19.200 artigos com o termo “Covid-19”, sendo ainda computados 550 milhões de tuítes com os termos “coronavírus”, “covid19”, “Covid-19”, “COVID-19” ou “pandemic” (OPAS, 2020).

O isolamento social foi adotado por todos os países como a principal estratégia para conter a disseminação da doença em grande escala e evitar superlotações nos hospitais. Contudo, os possíveis efeitos psicológicos que o estado de quarentena pode desencadear devido a separação de entes queridos, restrições de trabalho, comércio fechado e consequente perda da liberdade, podem acarretar respostas psicológicas negativas não só durante o período em que ocorre a quarentena, mas também após o seu término (DONG; ZHENG, 2020).

Dentro deste contexto, a Saúde Mental (SM) passa a ser um componente essencial para manutenção da saúde populacional. Sendo assim, cabe aqui a definição de SM tal dada pela OMS: é um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir com sua comunidade (GALDERISI et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O isolamento dos idosos é importante para atrasar o pico e minimizar a disseminação para grupos de alto risco. No entanto, tem sido associado a depressão e ansiedade (ARMITAGE; NELLUMS, 2020). Além disso, o processo de envelhecimento está associado a uma queda no sistema imune, nomeada de imunossenescência, que por sua vez está associada a uma piora clínica patológica e a processos inflamatórios crônicos, como doenças auto imunes e transtornos de humor (BAUER, 2019) que podem ser acentuados durante e após o período de isolamento. Os idosos apresentam alterações no número e funções dos subconjuntos de linfócitos e células NK e nos níveis de várias citocinas pró inflamatórias e anti-inflamatórias. Em consequência, o isolamento tornou-se uma urgente preocupação de saúde pública, devido ao aumento de problemas cardiovasculares, autoimunes, neurocognitivos e de saúde mental, que colocam populações mais vulneráveis, como os idosos, como o principal grupo de risco (BAUER, 2019).

Em suma, é importante ressaltar que a depressão em indivíduos idosos difere da forma apresentada na população mais jovem por apresentar mais queixas envolvendo problemas de memória e de concentração (FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009). E que esses sintomas podem não estar exclusivamente associados com distúrbios neuropsiquiátricos, mas relacionados com os mecanismos associados ao estresse. O processo de envelhecimento é

um fenômeno complexo que submete o organismo a inúmeras alterações fisiológicas, afetando sua integridade e permitindo o surgimento das doenças crônicas na velhice, com impacto sobre a saúde e a qualidade de vida do idoso. Dentre os sistemas do organismo, os que mais sofrem efeitos do envelhecimento são o nervoso, o endócrino e o imunológico. (VALDIGLESIAS et al., 2017)

As consequências para a saúde mental e as medidas tomadas durante o surto de SARS em 2003 poderiam ajudar a informar as autoridades de saúde e o público a fornecer intervenções de saúde mental para aqueles que precisam. Pacientes com confirmação ou suspeita de COVID-19 podem sentir medo das consequências da infecção por um vírus potencialmente fatal, e aqueles em quarentena podem experimentar tédio, solidão e raiva. Além disso, sintomas da infecção, como febre, hipóxia e tosse, bem como efeitos adversos do tratamento, como insônia causada por corticosteroides, poderia levar ao agravamento da ansiedade e sofrimento mental (XIANG et al., 2020).

Isso reitera a constatação de que, durante uma pandemia, é provável que seja vivenciada uma carga elevada de experiências e emoções negativas, suscitando a necessidade de cuidados psicológicos constantes desde o período inicial do problema (HO et al., 2020; W, LI et al., 2020). Recentemente, diferentes organizações internacionais se manifestaram quanto à premência dos cuidados em saúde mental na pandemia da COVID-19 (WHO, 2020a; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2020). cabendo ressaltar o Ministério de Saúde brasileiro, que também enfatizou a relevância dessa questão no país (Ministério da Saúde, 2020a).

### **2.3- Infodemia e o uso das tecnologias para a população idosa**

Os dispositivos tecnológicos e as inovações surgem concomitantemente ao aumento da expectativa de vida acompanhado da diminuição da taxa de dependência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento os quais exige novas soluções para apoiar a vida independente da população (KUMAR et al., 2021). Alguns autores apontam as dificuldades impostas pelas tecnologias, o uso destas na velhice pode ser influenciado por uma variedade de fatores como, por exemplo, acesso, custo, nível educacional, status socioeconômico, habilidades cognitivas, atitude e aceitação. A motivação para usar a tecnologia na vida adulta é uma questão importante para uma melhor compreensão da aceitação da tecnologia por idosos (OPPENAUER, 2009).

Além de a inclusão digital ser um instrumento de qualificação social dos idosos, ela também traz melhora para qualidade de vida e incentiva as atividades cerebrais do idoso. Outro fato que não pode ser deixado de lado é que a inclusão digital para a terceira idade possibilita que este grupo se sinta pertencente ao mundo globalizado em que vivemos e exerçam a sua cidadania (BASTOS; LOUREIRO; WAGNER, 2009).

A mídia social pode ser definida como a constelação de ferramentas baseadas na internet que ajudam um usuário a se interligar, contribuir e se comunicar com outras pessoas em tempo real, como o próprio nome indica, a mídia social cria um diálogo social ou uma conversa entre os usuários (RESSLER; GLAZER, 2010). Podemos considerar que são quaisquer tecnologias ou práticas on-line que permitem o compartilhamento de conteúdo, opiniões, ideias, experiências e mídias, possibilitando conversações sobre o que é relevante (CORRÊA, 2009).

Observou-se o aumento do percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade que utilizaram a internet entre 2018 (38,7%) e 2019 (45,0%), provavelmente ocorrido devido à evolução nas facilidades de uso dessa tecnologia e pela sua disseminação no cotidiano da sociedade desde décadas anteriores (IBGE, 2021).

As mídias digitais são capazes de disseminar as informações com maior volume, maior rapidez e efetividade do que as mídias tradicionais, seja pela integração de muitos usuários em uma única rede compartilhada seja pela propagação de informação por meio de uma ampla variedade de tipos de conteúdo, como texto, áudio, imagem, vídeo (O'BRIEN et al., 2020).

Em face destas transformações, observa-se a crescente utilização de mídias sociais, com seus aplicativos, como meio de resolução de problemas cotidianos e no campo da saúde não se mostra diferente. O acesso à comunicação móvel, através do celular, vem sendo adotada pela sociedade brasileira como uma possibilidade de buscar e receber informações e orientações em diversos contextos no dia a dia (O'HARA et al., 2014).

Sabe-se que as buscas na Internet sobre temas ligados à proteção e preservação da saúde são impulsionadas por premeditação pró-ativa – que buscam informações práticas, fundamentadas em evidências e aplicáveis a curto, médio ou longo prazo, ou por impulsos reativos – ligados a medos ancestrais, reações de autopreservação ou reafirmação de crenças atávicas sem lastro de cientificidade (VASCONCELLOS, 2016).

À medida que o vírus SARS-CoV-2 se espalha, ele foi acompanhado por uma grande quantidade de desinformação de aspectos da saúde, rumores e teorias da conspiração parcialmente apoiadas por canais não filtrados, muitas vezes disseminados pelas mídias sociais e outros meios de comunicação. Representando um sério problema para a saúde pública. Em uma situação de mudança tão rápida, com milhões de pessoas atentas, meios de comunicação sociais como *Twitter*, *Facebook*, *WhatsApp*, *Instagram* e *WeChat* se tornaram as principais fontes de informação sobre a crise (NAEEM, 2020).

A abundância de informações nas mídias sociais, muitas vezes sem qualquer verificação de sua autenticidade, torna difícil para um indivíduo distinguir entre o que são fatos e o que são opiniões, propaganda ou preconceitos. Há um grande aumento de histórias nas mídias sociais que inicialmente podem parecer críveis, mas depois se revelam falsas ou

fabricadas; no entanto, no momento em que forem comprovadas como falsas, o dano poderá ser irreversível (NAEEM, 2020).

Discriminar a qualidade e a quantidade de informações necessárias, tornaram-se estratégias prioritárias para idosos no cenário de COVI-19 (DO NASCIMENTO et al., 2020). Dessa forma, uma das preocupações atuais é analisar a maneira como as pessoas idosas consomem os meios de comunicação e as repercussões destes no curso do próprio envelhecimento (ACOSTA, 2012).

## **2.4 – Teoria lifespan para a saúde mental do idoso na pandemia COVID-19**

Tal teoria é mais comumente conhecida como o paradigma do lifespan, em que Baltes, Cornelius e Nesselroade, (1979) retratam o envelhecimento em diferentes níveis e dimensões de seguimento, considerando-o um processo de constantes mudanças biológicas e sócio culturais, de natureza normativa e não-normativa, com alta participação cultural. Além das 3 mudanças, Baltes (1997) indica três princípios acerca do paradigma lifespan, sendo eles: (1) Conforme a pessoa envelhece, ocorre o declínio da plasticidade biológica e a fidelidade genética. (2) Para que ocorra o amadurecimento até idades avançadas, é necessária a evolução cultural e recursos disponíveis nesse âmbito, e (3) mesmo sendo necessária a evolução cultural, a sua eficácia é limitada quando se trata de desenvolver e lidar com perdas e declínios relacionados ao processo de envelhecimento, devido ao fato de pessoas mais velhas não apresentarem a mesma taxa de resposta aos estímulos, comparadas às faixas etárias mais jovens, tendo em vista a redução de plasticidade comportamental e capacidade de reserva (BALTES, 1987; P.B. BALTES & M.M. BALTES, 1990).

Os estudos bibliométricos de Minayo, Souza e Paula (2010) e de Ravelli et al. (2009) são exemplos de pesquisas que, contemplando diferentes temas relacionados ao envelhecimento, destacam a ampliação da produção científica sobre a velhice. Esse fato, associado a mudanças políticas, sociais e culturais, contribuíram para alterar a concepção de que o envelhecimento estaria associado somente ao declínio, à doença e à incapacidade (SCORALICK-LEMPKE et al., 2020).

Neste sentido, a plasticidade se refere a qualquer mudança adaptativa do organismo, já a capacidade de reserva se relaciona à inteligência, à resolução de problemas e ao autoconhecimento. Esses fatores se assemelham ao conceito de resiliência e podem trazer confusão, já que em alguns momentos a resiliência pode significar ter capacidade de reservas como estratégia de enfrentamento (BANDURA, 1986). Além disso, é necessário entender que o enfrentamento é um componente de resiliência e serve a três principais objetivos: segurança

frente a ameaças de adaptação, restauração dos efeitos dos problemas e, desenvolvimento. Como exemplos podemos citar manejo de emoções, rezar, ter apoio social, aspectos positivos como aceitar a situação, ou negativos como gritar, se queixar, negar o acontecimento, etc (FOLKMAN et al., 1986, FONTES; NERI, 2019). Mesmo que o conceito de resiliência determine a ativação de capacidades de reserva, é necessário determinar as diferenças dos dois significados, dessa forma Staudinger et al, (1995) se referem à resiliência como a capacidade de manutenção do desenvolvimento normal, com presença de riscos e ameaças. A resiliência pode mudar em função do envolvimento com o meio e desafios ao longo da vida (BALTES, 1987).

Consideram - se múltiplos níveis e dimensões do desenvolvimento, visto como processo interacional, dinâmico e contextualizado. Integra a noção da existência de mudanças evolutivas de base ontogenética do paradigma de ciclos de vida com as ideias dos paradigmas de curso de vida. Refletindo a influência da visão de curso de vida, o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (BALTES, CORNELIUS, & NESSELROADE, 1979; BALTES, REESE, & LIPSITT, 1980).

A interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais muda ao longo da vida, e há diferente alocação de recursos na infância e na velhice. Na primeira, a ênfase é no crescimento, e, na última, na manutenção de capacidades e na regulação de perdas. A plasticidade comportamental é a inspiração central da metateoria de seleção, otimização e compensação, um dos desdobramentos do paradigma. Foi inicialmente concebida para explicar a velhice bem-sucedida (BALTES & BALTES, 1990) e hoje é considerada útil à explicação da adaptação de pessoas de todas as idades. O foco desse metamodelo é saber como indivíduos de todas as idades alocam e realocam seus recursos internos e externos tendo em vista a otimização de recursos e a compensação de perdas.

Na velhice, o modelo de seleção, otimização e compensação de Baltes e Baltes (1990) pode ser utilizado para explicar o paradoxo do bem-estar subjetivo e da continuidade da funcionalidade, mesmo na presença de riscos e perdas de natureza biológica e social.



### 3 - METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo com delineamento transversal e de abordagem quantitativa, que integra projeto de pesquisa, Fase 1 do estudo “Infodemia de COVID-19 e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos: estudo multicêntrico Brasil/Portugal/Espanha/Itália/Chile”.

A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além do estudo da associação ou correlação, a pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada (PITA, 2002; LINCOLN, 2011).

Os estudos transversais são os que a causa e o efeito estão presentes no momento analisado, como a investigação em uma amostra populacional da relação entre o tipo de trabalho profissional e no mesmo momento o nível de pressão arterial de um grupo de indivíduos. É um modelo de pesquisa empregado para determinar incidências, prevalências e associação entre variáveis. Também é empregado na investigação dos efeitos de causa, como por exemplo, uma pesquisa para saber a relação entre grupo sanguíneo e doença. O estudo transversal é caracterizado pelo fato de que a causa e o efeito estão ocorrendo simultaneamente, embora a causa possa existir em momentos anteriores ou ser uma característica do indivíduo. Os estudos transversais podem ser controlados ou não, descritivos ou analíticos (CRUZ, 2011).

#### 3.2 Cenário

O cenário de pesquisa deu-se com idosos residentes na cidade do Rio de Janeiro, que utilizam as mídias digitais, convidados por envio de *link* do questionário eletrônico, a participar da pesquisa via redes sociais (*Whatsapp, Facebook e Instagram*) e/ou e-mail e/ou telefone, utilizando-se a estratégia bola de neve virtual.

Segundo as projeções do IBGE estado do Rio de Janeiro possui 6.775.561 habitantes, 92 municípios distribuídos em uma área territorial de 1.200,329 km<sup>2</sup> (IBGE, 2021). Com o advento da pandemia de COVID-19, o número absoluto de óbitos apresentou um importante aumento, de 60.438 em 2019 para 72.373 em 2020.

Com a eclosão do estado de calamidade no município em 13 de março de 2020, o decreto nº 46.970 definiu “medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (covid-19)” (DECRETO Nº 46.970).

Com o avanço do vírus no Brasil, as primeiras medidas de isolamento começaram a ser tomadas por estados e municípios das grandes e pequenas metrópoles, no Rio de Janeiro especificamente a partir de 11 de março. O governo do Distrito Federal foi o primeiro a fechar escolas e no Rio de Janeiro, o então governador Wilson Witzel decretou isolamento e quarentena voluntária (GOVERNO, 2020).

O estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2020) e São Paulo (FELIX, 2020) viram suas unidades de terapia intensiva (UTI) lotarem rapidamente. Para dar conta do aumento de casos graves, um marcante movimento internacional foi a abertura de leitos de UTI em hospitais de campanha, como um espaço de atenção intensiva e especializada para atender ao agravamento de casos de COVID-19 e evitar o colapso dos sistemas de saúde.

A Defensoria Pública do Rio de Janeiro (DPRJ) apresentou um relatório, relativo ao período de abril a agosto de 2020, com os dados de 111 unidades de saúde, entre postos de Saúde e unidades de Pronto Atendimento (Rio de Janeiro, 2020). A DPRJ analisou aproximadamente 550 mil atendimentos e mostrou o problema do subfinanciamento do SUS: por falta de leitos na rede pública, no estado do Rio de Janeiro morreram por COVID-19 muitas pessoas, algumas das quais antes mesmo de seus nomes serem inseridos no sistema estadual de regulação de vagas.

Foram identificados problemas de macroalocação – falta de leitos, de respiradores artificiais e de equipamentos de proteção individual – e de microalocação – pessoas que não conseguiram sequer constar na lista do sistema de regulação ou ter acesso a um respirador ou a medicamentos indispensáveis (MATTA, et al., 2021).

O contexto de uma pandemia, ou de qualquer outra emergência sanitária, demanda que a população seja adequadamente informada. Apesar de em um primeiro momento a resposta federal ter incluído conferências de imprensa diárias com as autoridades sanitárias, a politização da resposta à pandemia nos levou a uma situação de desinformação. Nem mesmo o esforço realizado por alguns órgãos da imprensa foi o suficiente para compensar a falta de uma comunicação transparente, objetiva e crível, deixando-nos ao sabor dos interesses editoriais, que podem não coincidir com os da sociedade como um todo (MATTA, et al., 2021).

O Brasil é um dos países em que a urbanização tem se dado, em parte, nas áreas de favelas. Em consequência do fato de a doença ter vindo de outros países, os primeiros casos foram notificados em cidades de maior porte conectadas por vias aéreas. Porém, ao longo do tempo, o processo de disseminação atingiu fortemente as áreas de favela. O número de municípios com presença de favelas subiu de 323 municípios em 2010 para 734 municípios

em 2020, um aumento de 44% em dez anos (IBGE, 2020a). Ainda segundo o IBGE em análise de dados estimados para prévia de Censo 2020, e de 2021, o Brasil possui 13.151 favelas, sendo os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro os que concentram o maior número de domicílios em favelas (MATTA, et al., 2021; IBGE, 2020a).

Em relação à faixa etária observou-se que o número de casos foi maior entre os maiores de 60 anos em todas as categorias. Quanto às taxas de mortalidade e letalidade, estas foram também maiores entre os idosos em todas as classes sociais (FIOCRUZ, 2020a; FIOCRUZ, 2020b).

### 3.3 Amostra

A amostragem não probabilística contou com um tamanho amostral estimado de 390 idosos no Estado do Rio de Janeiro. De acordo com o censo do IBGE (2010) na capital, a porcentagem de pessoas idosas é de 14,64% da população total do município, chegando à soma de 1.078.991 mil idosos. O cálculo do tamanho da amostra foi estimado utilizando-se a fórmula  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)$ , em que “n” é a amostra calculada, “N” é a população, “Z” é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança, “p” é a verdadeira probabilidade do evento e “(1-p)” a probabilidade do evento não ocorrer (0,5 é a suposição de variação máxima), finalmente “e” é o erro amostral, sendo utilizados erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Foram recebidos 398 questionários que, após exclusão de duplicatas (02) e *missings* (06), resultaram em uma amostra constituída por 390 respondentes, o que atende ao n amostral previamente estabelecido.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com mais de 60 anos, funções cognitivas preservadas, acesso a e-mail e/ou redes sociais e/ou telefone. Já para exclusão, declarar não possuir habilidade para responder o questionário utilizando as mídias digitais ou mesmo pelo telefone, idosos que tenham comprometimento cognitivo e idosos que não tenham condições de responder aos questionamentos de forma autônoma.

### 3.4 Estratégia de coleta de dados

O período de coleta de dados iniciou-se em 13 de julho de 2020 e perdurou até 30 de dezembro de 2020. A captação ou o convite para os participantes na pesquisa, ocorreu pelo método bola de neve (*snowball*), utilizado principalmente por se tratar de um período de pandemia, se tornando bastante útil para pesquisar grupos difíceis de serem estudados ou acessados.

A estratégia bola de neve é um método que se utiliza de uma rede de amigos dos membros existentes na amostra. Este tipo de método baseado na indicação de um ou mais indivíduo é também conhecido como método de cadeia de referências. O processo inicia-se de um certo número de população, pessoas selecionadas de alguma forma pelo pesquisador e que fazem parte da população-alvo. Essas pessoas, por sua vez, são incumbidas de indicar a partir de seus contatos outros indivíduos para a amostra. Segue-se assim, sucessivamente, até que se alcance o tamanho amostral desejado (SALGANIK e HECKATHORN, 2004).

Tem-se conhecimento de que a probabilidade de seleção é maior para aqueles com uma rede social maior, enquanto os reclusos sociais tem uma probabilidade pequena de serem selecionados (SALGANIK e HECKATHORN, 2004).

Todos os integrantes da pesquisa participaram de um treinamento prévio, em que todos os centros se reuniam para consolidar o conhecimento e buscar estratégias para aperfeiçoamento do estudo. A equipe multidisciplinar foi integrada por membros de sociedades científicas de geriatria e gerontologia, instituições de assistência a idosos, associações de aposentados e diretamente a possíveis idosos já acompanhados pelos centros participantes da pesquisa, contando com colaboração de acadêmicos e facilitadores de centros de universidade aberta para terceira idade.

A coleta de dados nesta Fase 1 foi realizado por *web-based survey* (por email e/ou redes sociais e/ou telefone), pela dificuldade em acessar os idosos em virtude do isolamento social. A *web-based survey* foi enviada (três tentativas por 3 meses), para idosos (60 anos ou mais) com acesso a e-mail e/ou redes sociais.

Foi solicitado aos profissionais, responsáveis pelas instâncias citadas e pesquisadores que já acompanham idosos direcionarem o link para o maior número de idosos com acesso a e-mail e/ou redes sociais. Ao acessarem o link, os idosos foram direcionados primeiramente para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital, onde realizaram a leitura e aceitaram ou não participar do estudo. A aceitação ou não em participar do estudo foi registrada automaticamente no banco de dados gerado pela *web-based survey*.

Nestes centros, os pesquisadores participantes deste estudo, já acompanham idosos em outros projetos e atividades, e, portanto, já possuem os números de telefones dos idosos. Assim, os idosos foram acessados por telefone para agendamento ou a realização imediata da coleta de dados. Ao telefone o pesquisador informou os objetivos da pesquisa e seus benefícios. Posteriormente, indagados quanto a gravação do telefonema, se poderia ser áudio gravado. Caso o idoso não aceitasse, o pesquisador não continuava a abordagem. Caso o idoso aceitasse, o pesquisador realiza a leitura do TCLE e, ao final, questionava-se sobre sua aceitação ou não em participar do estudo.

Os idosos que aceitaram participar do estudo optavam pelo agendamento ou responder imediatamente o questionário (o mesmo da *web-based survey*). Os telefonemas foram áudio-

gravados por software específico, sem interrupção, para comprovar a aceitação do idoso em participar do estudo, bem como suas respostas ao questionário.

### 3.5 - Instrumentos de Coleta de Dados

Foi desenvolvido um questionário elaborado pelo grupo de pesquisa (BARBOSA et al., 2020), apresentando um conjunto de questões que compõe uma escala, ainda em processo de validação, desenvolvida com questões relativas à frequência com que 34 sinais e sintomas de alterações psicopatológicas se manifestaram nos últimos 15 dias, ao idoso ter contato com informações sobre COVID-19 (notícias na TV ou na internet, mensagens de WhatsApp, vídeos do Youtube, dentre outros).

Foram realizadas entrevistas piloto para adequação do questionário, minimizando potenciais fontes de viés. A abordagem à população foi feita a partir do envio do link de acesso ao questionário eletrônico por e-mail ou pelas redes sociais (*Whatsapp, Facebook e Instagram*), além do uso da chamada telefônica buscando convidá-los para receberem o link ou responderem o questionário pelo telefone, caso afirmassem que utilizavam as mídias digitais.

Foram coletados dados demográficos e socioeconômicos: sexo (masculino, feminino e não declarado), faixa etária (60-69 anos, 70-79 anos, 80 anos ou mais), situação conjugal (com cônjuge, sem cônjuge), raça/cor (branca, outras), número de pessoas residentes na casa (mora sozinho, com 1 a 2 pessoas, com 3 ou mais pessoas), condição da residência (própria, outro tipo), região da residência (área urbana, área rural), escolaridade (fundamental, médio, superior ou mais), utilização dos serviços de saúde (apenas SUS, privados e privado/SUS), número de dependentes da renda (nenhum dependente, 1 a 2, 3 ou mais), fonte de renda (até 1 fonte de renda, mais de 1 fonte de renda), alteração da renda com a pandemia de COVID-19 (igual ou maior renda, menor renda).

Outros dados coletados se referem à exposição às notícias e informações sobre COVID-19: horas de exposição por dia nas redes sociais, na televisão e no rádio, frequência na última semana (exposto, não exposto) nas diferentes mídias (redes sociais, TV, rádio), equipamentos mais utilizados para acessar notícias e informações (redes sociais, televisão, rádio, jornais ou revistas impressas), informações das redes sociais, TV ou rádio tem afetado (analisado dicotomizado em sim e não e também categorizado em não se sente afetado, sente-se afetado fisicamente, psicologicamente, física e psicologicamente), respostas de medo, conscientização, estresse, segurança e/ou ansiedade que essas informações geravam (alguma resposta, nenhuma resposta) quando faziam referência a número de infectados e mortos por covid-19, sobre medo relacionado à doença, fotos, vídeos e notícias falsas sobre

covid-19, veiculadas nas redes sociais, TV e rádio, frequência de sinais e sintomas observados quando expostos às informações sobre covid-19, nos últimos 15 dias, sendo avaliada pelo somatório de pontos do questionário e dicotomizado a partir do rastreamento positivo para alterações psicopatológicas mediante a exposição a informações sobre covid-19 (caso e não caso).

A *web-based survey*, foi composta pelo questionário supracitado, contemplando as escalas de estresse percebido (EEP) e o inventário de ansiedade geriátrica (GAI-BR), com questões de preenchimento obrigatório para que se conseguisse dar seguimento a pesquisa.

### 3.5.1- Escala de Estresse Percebido (EEP)

A escala de estresse percebido (EEP) foi proposta por Cohen et al (1983), traduzida e validada para idosos no Brasil por Luft et al (2007), O escore médio encontrado na pesquisa original foi 25,0 pontos (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983). A EEP afere em 14 itens o grau no qual as pessoas percebem as situações estressantes, a medir o estresse percebido (EP) individual, de forma global e independente dos agentes estressores.

Utilizada em vários países, a Escala de Estresse Percebido (EEP) foi primeiramente traduzida e validada para estudos epidemiológicos no Brasil na versão de 14 itens em um grupo amostral de idosos (LUFT et al., 2007). Originalmente composta por 14 itens sob a forma de perguntas, a EEP possui versões reduzidas com 10 e 4 itens. Na versão original, os itens são divididos em sete negativos e sete positivos, sendo que, no caso dos itens positivos, a pontuação é decrescente para o cômputo geral.

Nas versões abreviadas de 10 e 4 itens, apresentam respectivamente seis itens negativos e quatro positivos, e dois itens negativos e dois positivos. No entanto, a versão com 14 itens apresentou maior capacidade discriminativa (FARO, 2015). As questões com conotação positiva (quatro, cinco, seis, sete, nove, 10 e 13) têm sua pontuação somada de forma invertida, da seguinte maneira, zero=quatro, um=três, dois=dois, três=um e quatro=zero. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. Devido a isto e também ao fato de a versão da EEP com 14 itens ter passado por análise fatorial exploratória com idosos (LUFT et al., 2007), foi a versão escolhida para ser utilizada no presente estudo.

Esse instrumento possibilita que diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, avaliem as experiências vivenciadas no período passado de um mês quanto ao fato de serem imprevisíveis, incontroláveis e em qual intensidade sobrecarregam sua vida. É respondido baseado na frequência (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre) com que os sentimentos e pensamentos foram percebidos, em uma escala Likert variando de

0 a 4 pontos. A pontuação final pode variar de 0 a 56 pontos, e, quanto mais alto o escore, maior o nível de estresse percebido pelo indivíduo (SANTOS et al., 2012).

Várias pesquisas têm relacionado os níveis de EP com desequilíbrios fisiológicos, tais como os níveis de cortisol, triglicérides, entre outros biomarcadores, o que tem gerado aumento de estudos na validação e emprego da EEP. A referida escala pode ser usada em qualquer idade, entre adolescentes e idosos, sem questões específicas de contexto, o que permitiu validá-la em diversas culturas, inclusive a brasileira, com clareza, confiabilidade e qualidades psicométricas adequadas, de acordo com Luft et al (2007).

Alguns autores não recomendam o agrupamento de escores em categorias, como baixa, média e alta (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; DANCEY; REIDY; 2013, STREINER, 2002), pois entendem que agrupar escores de variáveis contínuas acaba levando à perda de sensibilidade na análise dos resultados, sugerindo que esta seja realizada a partir do escore médio. No entanto, outros autores sugerem uma estratificação por magnitude do estresse por meio dos quartis 25%, 50% e 75% (FARO, 2013). A exemplo dessa possibilidade, o estrato equivalente ao percentil 90 e 95 pode ser considerado, respectivamente, de alto e muito alto nível de estresse (FARO, 2015). Dessa forma, indivíduos com pontuações mais altas estariam sujeitos a um nível grave de estresse percebido (TAKAHASI et al., 2013).

### 3.5.2- Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR)

O Inventário de Ansiedade Geriátrica foi desenvolvido por Pachana et al, (2007) como um instrumento breve para avaliar sintomas de ansiedade em idosos, determinou, para sua população-alvo, os valores 8/9 como ponto de corte para indicar a presença de transtorno de ansiedade (PACHANA et al., 2007). A *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), foi traduzida e adaptada para o português (MARTINY et al., 2012) e posteriormente validado por Massena et al, (2014). A versão brasileira apresentou elevada consistência interna (alfa de Cronbach =0,91) e elevada confiabilidade teste-reteste (0,85,  $p < 0,001$ ).

Este instrumento é composto por 20 questões, onde o voluntário teve como opção as alternativas (1) concorda ou (2) discorda das afirmações apresentadas. O escore final pode variar de 0 a 20 pontos, com maiores escores indicando maior carga do transtorno. O ponto de corte para detectar Transtorno de Ansiedade Generalizada na versão brasileira (MASSENA et al., 2014) de acordo com o Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV) é 13, com sensibilidade de 83,3% e especificidade de 84,6%, Para o rastreamento de sintomas ansiosos o ponto de corte sugerido por Massena et al, (2014) é 8.

A validação do GAI para o português do Brasil, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR), apresentou escore médio de 8,77 e correlação inversa com renda familiar e nível

educacional. O ponto de corte 13 indicou que o GAI-BR foi capaz de discriminar indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) daqueles sem TAG. Já para o rastreamento de sintomas ansiosos, sugere-se 8 como ponto de corte, embora a baixa especificidade encontrada prejudique o desempenho geral da escala (MASSENA et al., 2014).

Para o estudo foi realizada pela utilização do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-BR) validada para estudos brasileiros. O escore final pode variar de zero a 20 pontos, com ponto de corte de 13 para identificar indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (MASSENA et al., 2014).

### 3.6 - Tratamento e análises dos dados

Para a análise quantitativa, os dados coletados foram lançados em arquivos no programa Excel da Microsoft®. Os dados de caracterização foram analisados por meio de estatística descritiva (médias, medianas, desvio padrão, amplitude mínima e máxima). Primeiramente foi realizada a codificação dos dados. Os dados foram inseridos no programa *IBM-SPSS Statistics Data Editor*, versão 20.

A análise dos dados foi realizada no R 4.1.1 (software estatístico de linguagem de programação). A primeira etapa realizada neste conjunto de dados foi a análise univariada a fim de descrever o perfil dos participantes, identificar o número de não respostas (*missing values*) e a presença de *outliers*.

Em seguida, realizou-se a análise bivariada com aplicação de métodos estatísticos não paramétricos. Assim, utilizou-se o teste de Mann-Whitney (MAROCO, 2007), teste de Kruskal Wallis (MAROCO, 2007), teste de Qui-quadrado (CLEOPHAS AND ZWINDERMAN 2016) e o teste exato de Fisher (CLEOPHAS AND ZWINDERMAN 2016).

O teste de Mann-Whitney (MAROCO, 2007) é um teste estatístico não-paramétrico para amostras independente com a finalidade de testar se há evidências de diferenças significativas entre as variáveis com 2 categorias de respostas relacionada a uma variável do tipo quantitativa.

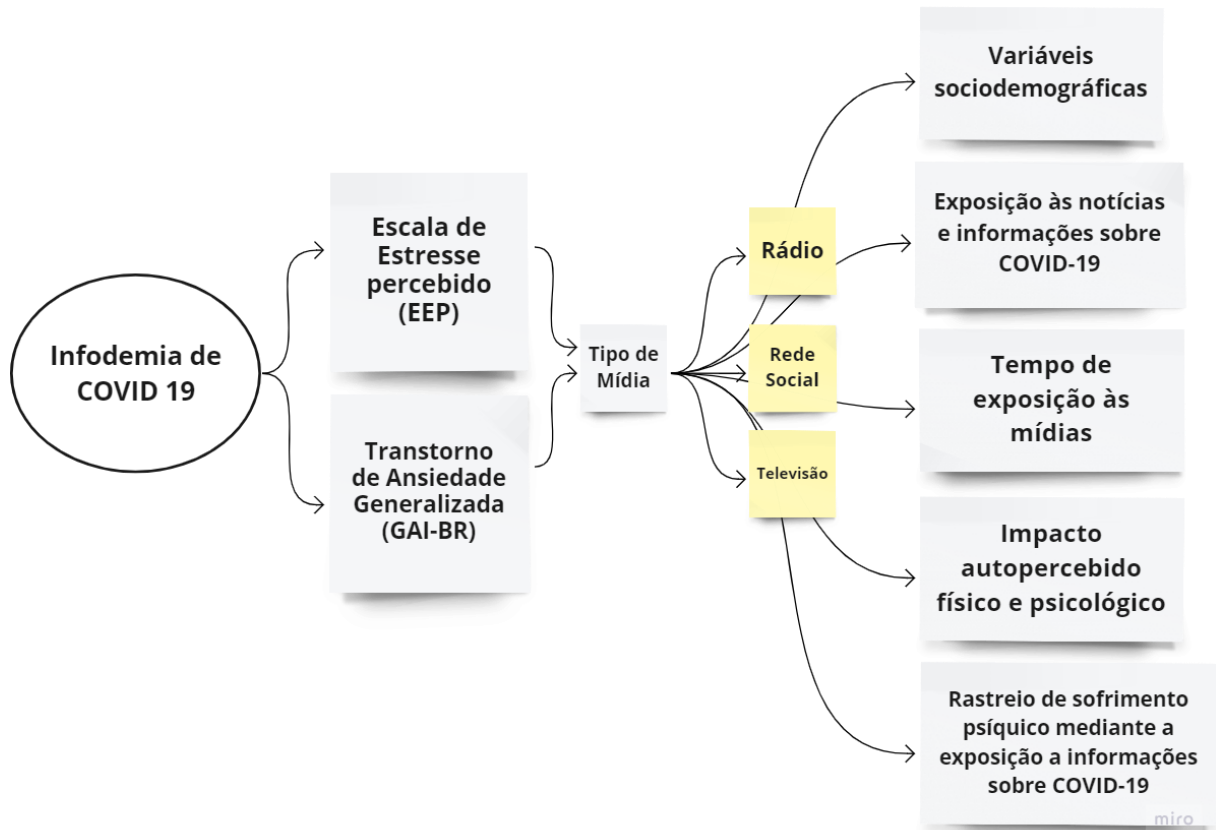
O teste de Kruskal-Wallis é uma extensão do teste de Mann-Whitney foi utilizado para testar se há evidências de diferenças significativas entre variáveis com 3 ou mais categorias de respostas. O teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher foi aplicados a fim de para verificar se há associação significativa entre duas variáveis categóricas (CLEOPHAS AND ZWINDERMAN 2016). Utilizou-se a regressão linear generalizada específico para família gaussiana a fim de avaliar se o estresse e a ansiedade em relação ao acesso às informações

Para atender aos objetivos propostos, os resultados foram descritos e apresentados em tabelas. Estes contemplam dados sociodemográficos, dados de prevalência, análises sobre



as associações entre variáveis de pesquisa. As estimativas foram apresentadas considerando-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) em todos os procedimentos analíticos.

Figura 1: Modelo analítico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre o estresse percebido e transtorno de ansiedade generalizada.



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

### 3.7 - Aspectos Éticos

Em consonância com a Resolução de 466/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas e os participantes serão esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, seus direitos na participação na mesma e quanto ao termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa passou por avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovada número do Parecer: 4.415.428.4.5. (ANEXO 1)

Os dados coletados serão armazenados adequadamente durante um período de 5 anos, podendo ser descartados após esse período. Foi garantido aos participantes, o sigilo sobre sua identificação e sobre as informações coletadas. Também foi garantida a possibilidade de interrupção ou cancelamento das entrevistas, quando solicitadas pelo participante. Foi garantido que os dados serão utilizados apenas para fins científicos, mantendo o anonimato e sigilo. Todos os participantes foram codificados, tendo os seus nomes preservados.

Possibilidade da quebra de sigilo dos dados coletados na *web-based survey*. No risco eventual da geração de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, os pesquisadores envolvidos assumem a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo.

Foi assegurado aos participantes a possibilidade de assistência on-line ou por telefone, por profissionais de saúde capacitados (04 psicólogos e 03 profissionais da área de saúde mental), participantes da equipe de pesquisa, diante da eventual necessidade de orientações, aconselhamento e acompanhamento, bem como o encaminhamento para serviços de saúde visando benefícios para a sua saúde emocional, com vistas a superar sintomas relacionados à estresse, ansiedade, tristeza, medo, preocupações, entre outros, desencadeados pela resposta aos instrumentos de coleta de dados.

## 4- RESULTADOS

### 4.1 Perfil das pessoas idosas que manifestam respostas de estresse e ansiedade relacionados ao acesso de informações sobre a COVID-19 no Rio de Janeiro

A amostra final caracterizou-se por um total de 390 idosos predominantemente da faixa etária de 66 a 75 anos (35,4%), do sexo feminino (75,1%), com cônjuge (51,0%), raça/cor branca (60,3%), residindo em imóvel próprio (81,8%) localizado na zona urbana (91%), de nível superior ou com maior grau de escolaridade (38,2%), possuindo como fonte de renda aposentadoria ou pensionista (79,2%) e com um a dois dependentes de sua renda (61%).

Considerando p-valor < 0,05 a análise de cruzamento entre às informações sobre COVID-19 veiculadas pelos meios investigados têm lhe afetado (Tabela 1), foi encontrado associação positiva e estatisticamente significativa entre escolaridade e o tipo de mídia acessado.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas referentes à exposição às informações sobre COVID-19 veiculadas aos meios de informações. (n=390), Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

	Redes sociais			Televisão			Rádio		
	n	Média (sd)	p-valor	n	Média (sd)	p-valor	n	Média (sd)	p-valor
<b><u>Sexo</u></b>									
Feminino	191	5,3 (5,751)	0,4068	270	4,7 (3,921)	0,6054	92	4,0 (4,400)	0,9889
Masculino	66	6,8 (7,303)		89	5,7 (5,745)		46	4,5 (5,841)	
<b><u>Idade</u></b>									
60 - 65 anos	118	6,4 (6,369)	0,0942	121	4,8 (4,637)	0,3517	55	4,7 (5,717)	0,4770
66 - 75 anos	99	4,9 (5,528)		127	4,9 (4,373)		49	3,9 (4,163)	
76 anos ou mais	40	5,6 (7,157)		111	5,1 (4,383)		34	3,6 (4,527)	
<b><u>Estado Civil</u></b>									
Casado(a)/morando junto(a)	129	6,0 (6,247)	0,7926	184	5,0 (4,563)	0,1790	66	3,8 (4,794)	0,4410
Separado(a)/desquitado(a)	49	5,4 (5,649)		62	4,1 (3,377)		20	4,3 (5,314)	
Solteiro(a)	39	6,0 (7,467)		47	5,4 (5,585)		23	5,7 (6,435)	

	Redes sociais			Televisão			Rádio		
Viúvo(a)	40	5,0 (5,487)		66	5,3 (4,120)		29	3,6 (3,224)	
<b>N° de Integrantes da Residência</b>									
1 pessoa	88	4,9 (5,355)	0,3499	134	4,9 (4,284)	0,7756	42	4,0 (5,891)	0,2153
2 pessoas	58	4,4 (4,842)		84	5,1 (4,781)		39	4,5 (5,375)	
3 pessoas ou mais	60	7,5 (7,738)		77	5,4 (5,173)		36	4,4 (3,835)	
Nenhuma	51	6,4 (6,521)		64	4,3 (3,313)		21	3,4 (3,514)	
<b>Moradia</b>									
Residência alugada	33	7,4 (7,770)	0,6306	43	4,6 (4,909)	0,3049	19	4,3 (4,865)	0,4315
Residência de familiar	13	6,2 (6,829)		21	4,5 (3,234)		4	6,2 (4,924)	
Residência própria	211	5,4 (5,874)		295	5,0 (4,470)		115	4,1 (4,944)	
<b>Escolaridade</b>									
Analfabeto	2	11,5 (10,607)	0,0942	9	6,2 (3,193)	0,0001*	6	5,0 (3,795)	0,0144*
Ensino básico completo ou incompleto	51	6,9 (7,303)		123	6,1 (4,949)		54	4,9 (5,114)	
Ensino Médio	66	3,9 (3,157)		100	3,9 (2,581)		28	4,1 (4,879)	
Graduação	63	5,1 (6,142)		57	4,7 (4,303)		19	3,2 (5,490)	
Pós-graduação	75	6,8 (6,982)		70	4,7 (5,450)		31	3,4 (4,448)	

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

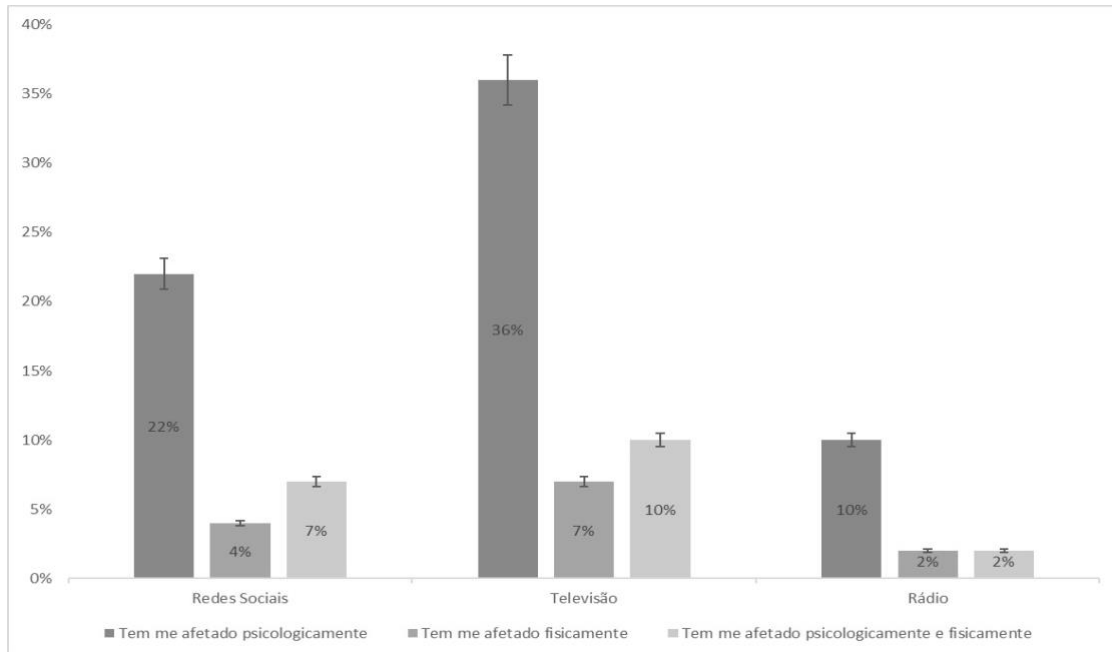
\*p-valor < 0,05 / \*\*sd = desvio padrão

Idosos afirmaram estarem expostos às notícias ou informações sobre COVID-19 durante a última semana frequentemente, sendo 38,5% pela televisão, 22,3% pelas redes sociais e 8,7% pelo rádio. Foram mais citados como utilizados para acessar notícias e informações sobre COVID-19 os itens: televisão (85,1%), WhatsApp (40,8%), sites de internet (28,7%), jornais ou revistas impressas (26,2%), Facebook (25,1%), rádio (23,3%), Youtube (14,4%), Instagram (7,7%), Twitter (3,3%) e Telegram (1,8%).

Sobre o impacto das informações sobre a COVID-19 a maior parte dos idosos responderam que se sentiam afetados psicologicamente pelas informações veiculadas na televisão (36%), seguido pelas redes sociais (22%) e rádio (10%), (Figura 2). A mídia mais

utilizada pelos idosos, a televisão, mostrou que os idosos sentiam-se afetados fisicamente e/ou psicologicamente pelas informações veiculadas.

FIGURA 2 – Impacto das informações das mídias sociais em como tem afetado os idosos. (n=390). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.



No que se refere à exposição diária às notícias e informações sobre COVID-19, encontrou-se que em média os idosos referiram 5,3 horas (mediana=4,00; P25=2,00; P75=7,00) pela televisão, 6,8 horas (mediana=4,00; P25=2,00; P75=10,00) pelas redes sociais (*WhatsApp, Facebook, Youtube, Instagram* e outras) e menos de 4,78 hora (mediana=3,00; P25=2,00; P75=4,750) pelo rádio.

Nas variáveis sociodemográficas associadas ao acesso às informações sobre COVID-19 quando veiculadas pela televisão encontrou-se associação estatisticamente significativa com as variáveis idade (p-valor: <0,001) e escolaridade (p-valor: <0,001). Em relação à escolaridade, houve significância estatísticas em associações com os diferentes tipos de mídias sociais (p-valor: <0,001). A maioria dos idosos tem acesso a televisão, com predomínio de idosos até ensino médio completo, enquanto nas redes sociais e rádio, a maioria não tem acesso. Contudo, idosos com maior nível de escolaridade têm mais acesso às redes sociais, enquanto idosos com menor nível de escolaridade têm mais acesso à rádio.

A maioria da população faz uso de televisão (sexo feminino N=249, 75% e masculino N= 83 , 25%), com predomínio de idosos jovens nas três mídias, a maioria casados ou moram juntos, morando com apenas mais pessoa, em residência própria e nível de escolaridade

ensino básico e médio completos, conforme tabela 2. A variável sexo foi significativa quando comparada as redes sociais e ao uso do rádio, em que se observou um maior percentual de homens com acesso a essas mídias do que homens que não acessam, Idosos casados também apresentaram significância quanto ao uso das redes sociais ( $p$ -valor: 0,017).

Tabela 2 - Características sociodemográficas em comparação ao acesso das mídias sociais. (n=390), Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

Variáveis	TOTAL	Televisão		p-valor <sup>2</sup>	Rede Social		p-valor <sup>2</sup>	Rádio		p-valor <sup>2</sup>
		SEM acesso n = 58 <sup>1</sup>	COM acesso n = 332 <sup>1</sup>		SEM acesso n = 231 <sup>1</sup>	COM acesso n = 159 <sup>1</sup>		SEM n = 299 <sup>1</sup>	COM acesso n = 91 <sup>1</sup>	
<b>SEXO</b>				0,889			0,044*			0,004*
Feminino	293 (75,1 %)	44 (75,9%)	249 (75,0%)		182 (78,8%)	111 (69,8%)		235 (78,6%)	58 (63,7%)	
Masculino	97 (24,9 %)	14 (24,1%)	83 (25,0%)		49 (21,2%)	48 (30,2%)		64 (21,4%)	33 (36,3%)	
<b>IDADE</b>				<0,001*			<0,001*			0,088
60 - 65	134 (34,4 %)	32 (55,2%)	102 (30,7%)		73 (31,6%)	61 (38,4%)		107 (35,8%)	27 (29,7%)	
66 - 75	138 (35,4 %)	18 (31,0%)	120 (36,1%)		67 (29,0%)	71 (44,7%)		97 (32,4%)	41 (45,1%)	
≥76	118 (30,3 %)	8 (13,8%)	110 (33,1%)		91 (39,4%)	27 (17,0%)		95 (31,8%)	23 (25,3%)	
<b>ESTADO CIVIL</b>				0,093			0,017*			0,070
Casado(a)/	199 (51,0 %)	23 (39,7%)	176 (53,0%)		104 (45,0%)	95 (59,7%)		151 (50,5%)	48 (52,7%)	
Viúvo(a)	73 (18,7 %)	10 (17,2%)	63 (19,0%)		53 (22,9%)	20 (12,6%)		54 (18,1%)	19 (20,9%)	
Separado(a) /)	67 (17,2 %)	16 (27,6%)	51 (15,4%)		43 (18,6%)	24 (15,1%)		59 (19,7%)	8 (8,8%)	
Solteiro(a)	51 (13,1 %)	9 (15,5%)	42 (12,7%)		31 (13,4%)	20 (12,6%)		35 (11,7%)	16 (17,6%)	
<b>COABITANTES</b>				0,176			0,299			0,192
Nenhuma	71 (18,2 %)	15 (25,9%)	56 (16,9%)		46 (19,9%)	25 (15,7%)		55 (18,4%)	16 (17,6%)	
1 pessoa	145 (37,2 %)	15 (25,9%)	130 (39,2%)		89 (38,5%)	56 (35,2%)		119 (39,8%)	26 (28,6%)	
2 pessoas	93 (23,8 %)	16 (27,6%)	77 (23,2%)		55 (23,8%)	38 (23,9%)		66 (22,1%)	27 (29,7%)	
≥3 pessoas	81 (20,8 %)	12 (20,7%)	69 (20,8%)		41 (17,7%)	40 (25,2%)		59 (19,7%)	22 (24,2%)	
<b>TIPO DE IMÓVEL</b>				0,009			0,478			0,353

	Televisão			Rede Social		Rádio	
própria	319 (81,8 %)	40 (69,0%)	279 (84,0%)	185 (80,1%)	134 (84,3%)	241 (80,6%)	78 (85,7%)
alugada	46 (11,8 %)	14 (24,1%)	32 (9,6%)	31 (13,4%)	15 (9,4%)	36 (12,0%)	10 (11,0%)
de familiar	25 (6,4%)	4 (6,9%)	21 (6,3%)	15 (6,5%)	10 (6,3%)	22 (7,4%)	3 (3,3%)
<b>NÍVEL ESCOLARIDADE</b>			<0,001 <sup>1</sup> *		<0,001		0,004*
Analfabeto	9 (2,3%)	0 (0,0%)	9 (2,7%)	8 (3,5%)	1 (0,6%)	4 (1,3%)	5 (5,5%)
Ensino básico completo ou incompleto	124 (31,8 %)	11 (19,0%)	113 (34,0%)	98 (42,4%)	26 (16,4%)	84 (28,1%)	40 (44,0%)
Ensino Médio	108 (27,7 %)	8 (13,8%)	100 (30,1%)	59 (25,5%)	49 (30,8%)	86 (28,8%)	22 (24,2%)
Graduação	70 (17,9 %)	14 (24,1%)	56 (16,9%)	27 (11,7%)	43 (27,0%)	58 (19,4%)	12 (13,2%)
Pós-graduação	79 (20,3 %)	25 (43,1%)	54 (16,3%)	39 (16,9%)	40 (25,2%)	67 (22,4%)	12 (13,2%)

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\* p-valor < 0,05 / \*\*sd = desvio padrão

A alterações relacionadas a informações sobre a COVID-19 veiculadas pelos meios de comunicação (redes sociais, rádio e televisão) também foram observadas. Em relação as redes sociais, 163 (41%) relataram não utilizar este meio de informação, 114 (29,2%) afirmaram não terem sido afetados, 113 (29,0%) tem me afetado física e/ou psicologicamente. Em relação a televisão, 30 (7,7%) afirmaram não utilizar, 179 (45,9%) não se sentiram afetados, 81 (46,4%) não foram afetados física e/ou psicologicamente. Em relação ao uso do rádio, 239 (61,3%) afirmaram não utilizar, 96 (24,6%) não se sentiram afetados, 55 (14,1%) afirmaram terem sido afetados física e/ou psicologicamente.

Já as variáveis sociodemográficas relacionadas com o acesso às notícias e informações sobre COVID-19 tem afetado, na comparação de exposição entre as diferentes mídias sociais (redes sociais e televisão), as variáveis mostraram-se similares (Tabela 3). A exceção foram as variáveis idade e escolaridade que mostraram significantes (p- valor <0,001). Nos grupos de exposição, em que tem afetado física e/ou psicologicamente, os principais grupos foram idosos jovens com nível de escolaridade ensino básico e médio completos.

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas relacionadas em como o acesso às notícias e informações sobre COVID-19. (n=390), Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

Perfil sociodemográfico	Redes Sociais				p-valor <sup>2</sup>	Televisão			p-valor <sup>2</sup>
	Total N = 390 <sup>1</sup>	Não "utilizo" este meio de informação N = 163 <sup>1</sup>	Não tem me afetado N = 114 <sup>1</sup>	Tem me afetado física e/ou psicologicamente N = 113 <sup>1</sup>		Não "utilizo" este meio de informação N = 163 <sup>1</sup>	Não tem me afetado N = 114 <sup>1</sup>	Tem me afetado física e/ou psicologicamente N = 113 <sup>1</sup>	
<b>SEXO</b>					0,347				0,640
Feminino	293 (75,1%)	126 (77,3%)	80 (70,2%)	87 (77,0%)		22 (73,3%)	131 (73,2%)	140 (77,3%)	
Masculino	97 (24,9%)	37 (22,7%)	34 (29,8%)	26 (23,0%)		8 (26,7%)	48 (26,8%)	41 (22,7%)	
<b>IDADE</b>					<0,001				<0,001
60 - 65 anos	134 (34,4%)	31 (19,0%)	40 (35,1%)	63 (55,8%)		12 (40,0%)	42 (23,5%)	80 (44,2%)	
66 - 75 anos	138 (35,4%)	49 (30,1%)	52 (45,6%)	37 (32,7%)		11 (36,7%)	64 (35,8%)	63 (34,8%)	
76 anos ou mais	118 (30,3%)	83 (50,9%)	22 (19,3%)	13 (11,5%)		7 (23,3%)	73 (40,8%)	38 (21,0%)	
<b>ESTADO CIVIL</b>					0,071				0,578
Casado(a)/morando junto(a)	199 (51,0%)	80 (49,1%)	59 (51,8%)	60 (53,1%)		15 (50,0%)	93 (52,0%)	91 (50,3%)	
Viúvo(a)	73 (18,7%)	42 (25,8%)	13 (11,4%)	18 (15,9%)		4 (13,3%)	35 (19,6%)	34 (18,8%)	
Separado(a)/desquitado(a)	67 (17,2%)	22 (13,5%)	24 (21,1%)	21 (18,6%)		4 (13,3%)	27 (15,1%)	36 (19,9%)	
Solteiro(a)	51 (13,1%)	19 (11,7%)	18 (15,8%)	14 (12,4%)		7 (23,3%)	24 (13,4%)	20 (11,0%)	
<b>COABITANTES</b>					0,177				0,280
Nenhuma	71 (18,2%)	29 (17,8%)	19 (16,7%)	23 (20,4%)		5 (16,7%)	30 (16,8%)	36 (19,9%)	
1 pessoa	145 (37,2%)	63 (38,7%)	43 (37,7%)	39 (34,5%)		10 (33,3%)	73 (40,8%)	62 (34,3%)	
2 pessoas	93 (23,8%)	41 (25,2%)	33 (28,9%)	19 (16,8%)		10 (33,3%)	46 (25,7%)	37 (20,4%)	
3 pessoas ou mais	81 (20,8%)	30 (18,4%)	19 (16,7%)	32 (28,3%)		5 (16,7%)	30 (16,8%)	46 (25,4%)	
<b>TIPO DE IMÓVEL</b>					0,220				0,135
Residência própria	319 (81,8%)	134 (82,2%)	95 (83,3%)	90 (79,6%)		24 (80,0%)	145 (81,0%)	150 (82,9%)	
Residência alugada	46 (11,8%)	17 (10,4%)	10 (8,8%)	19 (16,8%)		3 (10,0%)	18 (10,1%)	25 (13,8%)	
Residência de familiar	25 (6,4%)	12 (7,4%)	9 (7,9%)	4 (3,5%)		3 (10,0%)	16 (8,9%)	6 (3,3%)	



NÍVEL ESCOLARIDADE	Redes Sociais				Televisão		
Analfabeto	9 (2,3%)	7 (4,3%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	6 (3,4%)	3 (1,7%)
Ensino básico completo ou incompleto	124 (31,8%)	79 (48,5%)	23 (20,2%)	22 (19,5%)	0 (0,0%)	66 (36,9%)	58 (32,0%)
Ensino Médio	108 (27,7%)	46 (28,2%)	27 (23,7%)	35 (31,0%)	9 (30,0%)	52 (29,1%)	47 (26,0%)
Graduação	70 (17,9%)	17 (10,4%)	32 (28,1%)	21 (18,6%)	11 (36,7%)	32 (17,9%)	27 (14,9%)
Pós-graduação	79 (20,3%)	14 (8,6%)	31 (27,2%)	34 (30,1%)	10 (33,3%)	23 (12,8%)	46 (25,4%)

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05 / \*\*sd = desvio padrão

No grupo de idosos que afirmou ser afetado pelas mídias sociais, a média de horas de exposição foi de 5,32 horas a televisão, 6,84 horas as redes sociais (*Whatsapp, Facebook, Youtube, Instagram* e outras) e 4,78 horas pelo rádio (Tabela 4). A análise indica significância no grupo que afirmou ser afetado pela exposição diária às notícias e informações sobre COVID-19, daqueles que fazem uso das redes sociais, quando comparado aqueles que afirmaram não serem afetados ( $p < 0,001$ ). Embora o grupo que afirmou ser afetado pelo uso da televisão tenha um relevante número de horas de exposição, este não se mostrou significativo quando comparado ao grupo que afirmou não ser afetado pelas informações veiculadas pelas televisões.

Tabela 4 - Horas de exposição à notícias e informações sobre COVID-19 - o tempo de exposição afeta ou não afeta o idoso. (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

HORAS DE EXPOSIÇÃO	Total	Afeta	p-valor <sup>2</sup>
<b>Rede Social</b>	<b>n = 221<sup>1</sup></b>	<b>n = 111</b>	
média(sd)	5,516 (5,717)	6,847 (6,169)	<b>&lt;0,001*</b>
mediana(q1;q3)	3,000 (2,000 – 8,000)	4,000 (2,000 – 10,000)	
Mínimo – Máximo	1,000 – 24,000	1,000 – 24,000	
<b>Televisão</b>	<b>n = 351<sup>1</sup></b>	<b>n = 177</b>	
média(sd)	4,866 (4,253)	5,328 (4,854)	<b>0,203</b>
mediana(q1;q3)	4,000 (2,000 – 6,000)	4,000 (2,000 – 7,000)	
Mínimo – Máximo	1,000 – 24,000	1,000 – 24,000	
<b>Rádio</b>	<b>n = 116<sup>1</sup></b>	<b>n = 46</b>	
média(sd)	4,043 (4,894)	4,783 (5,765)	<b>0,080</b>
mediana(q1;q3)	2,000 (1,000 – 4,000)	3,000 (2,000 – 4,750)	
Mínimo – Máximo	1,000 – 24,000	1,000 – 24,000	

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05 / \*\*sd = desvio padrão

OTA

## 4.2 Níveis de estresse e ansiedade em idosos no contexto da pandemia de COVID-19 e dados sociodemográficos

A média geral dos escores da escala de estresse percebido na amostra, foi de 18,5 pontos, variando de 0 a 28 pontos com DP = 9,96. De acordo com a pontuação da escala, pontuação final de 0 a 56 pontos (maiores pontuações maiores níveis de estresse). Conforme, a tabela 5, a caracterização da amostra evidenciou distribuição proporcional entre os 14 itens que compõe o instrumento.

Tabela 5 - Caracterização dos idosos quanto as escalas de mensuração de sintomas de estresse nos tempos de pandemia COVID-19. (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
<b>1- Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?</b>		
Nunca	172	(44,1%)
Quase nunca	59	(15,1%)
Às vezes	107	(27,4%)
Quase sempre	28	(7,2%)
Sempre	24	(6,2%)
<b>2- Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?</b>		
Nunca	202	(51,8%)
Quase nunca	63	(16,2%)
Às vezes	85	(21,8%)
Quase sempre	24	(6,2%)
Sempre	16	(4,1%)
<b>3- Você tem se sentido nervoso e “estressado”?</b>		
Nunca	184	(47,2%)
Quase nunca	57	(14,6%)
Às vezes	104	(26,7%)
Quase sempre	25	(6,4%)
Sempre	20	(5,1%)
<b>4- Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?</b>		
Nunca	135	(34,6%)
Quase nunca	116	(29,7%)
Às vezes	93	(23,8%)
Quase sempre	26	(6,7%)
Sempre	20	(5,1%)
<b>5- Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?</b>		
Nunca	100	(25,6%)
Quase nunca	150	(38,5%)
Às vezes	103	(26,4%)
Quase sempre	16	(4,1%)

Variáveis	n	%
Sempre	21	(5,4%)
<b>6- Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?</b>		
Nunca	167	(42,8%)
Quase nunca	105	(26,9%)
Às vezes	80	(20,5%)
Quase sempre	19	(4,9%)
Sempre	19	(4,9%)
<b>7- Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?</b>		
Nunca	49	(12,6%)
Quase nunca	110	(28,2%)
Às vezes	139	(35,6%)
Quase sempre	54	(13,8%)
Sempre	38	(9,7%)
<b>8- Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?</b>		
Nunca	142	(36,4%)
Quase nunca	69	(17,7%)
Às vezes	122	(31,3%)
Quase sempre	34	(8,7%)
Sempre	23	(5,9%)
<b>9- Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?</b>		
Nunca	147	(37,7%)
Quase nunca	111	(28,5%)
Às vezes	90	(23,1%)
Quase sempre	23	(5,9%)
Sempre	19	(4,9%)
<b>10- Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?</b>		
Nunca	67	(17,2%)
Quase nunca	147	(37,7%)
Às vezes	114	(29,2%)
Quase sempre	40	(10,3%)
Sempre	22	(5,6%)
<b>11- Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?</b>		
Nunca	142	(36,4%)
Quase nunca	61	(15,6%)
Às vezes	117	(30,0%)
Quase sempre	45	(11,5%)
Sempre	25	(6,4%)
<b>12- Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?</b>		
Nunca	21	(5,4%)
Quase nunca	25	(6,4%)
Às vezes	110	(28,2%)
Quase sempre	88	(22,6%)
Sempre	146	(37,4%)

Variáveis	n	%
<b>13- Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?</b>		
Nunca	157	(40,3%)
Quase nunca	100	(25,6%)
Às vezes	87	(22,3%)
Quase sempre	34	(8,7%)
Sempre	12	(3,1%)
<b>14- Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?</b>		
Nunca	193	(49,5%)
Quase nunca	86	(22,1%)
Às vezes	80	(20,5%)
Quase sempre	18	(4,6%)
Sempre	13	(3,3%)

Nota: <sup>1</sup>n (%)

\*\* Escores da Escala de Estresse Percebido - Pontuação final de 0 a 56 pontos (maiores pontuações maiores níveis de estresse)

Já em relação as avaliações de ansiedade, a média geral dos escores da escala de ansiedade de GAI, foi de 5,0 pontos, variando de 0 a 20 pontos com (DP = 5,47). A média das pontuações no GAI foi de 79,0% na com ausência de ansiedade generalizada e de 21,0%, na presença de ansiedade generalizada. Os 20 itens que compõem o GAI foram submetidos a uma análise de componentes principais conforme na tabela 6.

Os 20 itens que compõem o GAI foram submetidos a uma análise de componentes principais conforme na tabela 06. Os participantes do estudo relataram preocupar-se em grande parte do tempo ou estar preocupado (47,4%); as preocupações interferem na vida (40,5%); apresentando dificuldade de relaxar (36,7%) e que os próprios pensamentos com frequência deixam ansiosos (32,6%) e sentindo-se agitado com frequência (30,5%). Destaca-se que uma parcela importante dos idosos referiu estes sintomas para TAG.

Tabela 6- Caracterização dos idosos quanto as escalas de mensuração de sintomas de ansiedade nos tempos de pandemia COVID-19. (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Eu me preocupo em grande parte do tempo	185	(47,4%)
Eu acho difícil tomar uma decisão	95	(24,4%)
Sinto-me agitado com frequência	119	(30,5%)
Eu acho difícil relaxar	143	(36,7%)
Eu frequentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações	104	(26,7%)
Pequenas coisas me aborrecem muito	93	(23,8%)
Eu frequentemente sinto como se tivesse um "frio na barriga"	57	(14,6%)
Eu penso que sou preocupado	185	(47,4%)
Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais	113	(29,0%)
Frequentemente me sinto nervoso	85	(21,8%)
Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso	127	(32,6%)
Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações	37	(9,5%)
Eu me vejo como uma pessoa nervosa	83	(21,3%)
Eu sempre espero que o pior irá acontecer	50	(12,8%)

Variáveis	n	%
Frequentemente me sinto tremendo por dentro	41	(10,5%)
Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida	158	(40,5%)
Minhas preocupações frequentemente me oprimem	75	(19,2%)
Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago	56	(14,4%)
Eu perco coisas por me preocupar demais	83	(21,3%)
Frequentemente me sinto chateado	75	(19,2%)

Nota: <sup>1</sup>n (%) \*\*Pontuação final de 0 a 20 pontos (quanto maior a pontuação, maior a carga de sintomas). Ponto de corte 13/14 (não caso/caso) para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

De acordo com a análise descritiva dos dados sociodemográficos da escala de estresse percebido - PSS (Tabela 7). A caracterização da amostra evidenciou prevalência do sexo feminino (75,13%), casado(a)/morando junto(a) (51,03%), ensino básico completo ou incompleto (31,79%), aposentado/ pensionista (79,23%), entre esses grupos não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se que foram significativamente ( $p < 0,05$ ) as variáveis: idade ( $p$ - valor  $< 0,001$ ), coabitantes ( $p$ - valor 0,0002), dependentes ( $p$ - valor 0,0002) e renda ( $p$ - valor 0,0016). Onde idosos mais jovens, residindo com apenas uma pessoa (37,18%), com um ou dois dependentes com renda advinda de aposentadoria/pensionistas (79,23%) são mais acometidos pelo estresse.

Tabela 7 - Associação entre o perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas a escala de estresse percebido, (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

	Variáveis	n	Média (sd)	Mediana (q1;q2)	p-valor
Sexo	Feminino	293	18,2 (10,410)	17 (8 ; 26)	0,1770
	Masculino	97	19,4 (8,476)	19 (13 ; 26)	
Idade	60 - 65 anos	134	22,2 (9,889)	23 (14 ; 29)	< 0,001*
	66 - 75 anos	138	18,1 (8,992)	18 (10 ; 26)	
	76 anos ou mais	118	14,7 (9,693)	12 (7 ; 23)	
Estado Civil	Casado(a)/morando junto(a)	199	18,0 (10,553)	17 (8 ; 26)	0,2053
	Separado(a)/desquitado(a)	67	20,7 (9,574)	21 (14 ; 28)	
	Solteiro(a)	51	18,2 (10,263)	18 (9 ; 25)	
	Viúvo(a)	73	18,0 (8,228)	17 (12 ; 24)	
Coabitantes	1 pessoa	145	16,1 (10,511)	13 (7 ; 24)	0,0002*
	2 pessoas	93	18,7 (9,311)	19 (11 ; 26)	
	3 pessoas ou mais	81	21,4 (9,413)	21 (15 ; 29)	
	Nenhuma	71	19,8 (9,256)	21 (13 ; 26)	
Escolaridade	Analfabeto	9	17,9 (12,404)	14 (10 ; 17)	0,0151
	Ensino básico completo ou incompleto	124	18,2 (9,899)	17 (10 ; 25)	
	Ensino Médio	108	17,2 (10,579)	14 (7 ; 27)	
	Graduação	70	17,2 (8,440)	16 (12 ; 22)	
	Pós-graduação	79	21,9 (9,630)	22 (14 ; 28)	
Dependentes	1 ou 2 dependentes	284	17,4 (9,936)	17 (8 ; 26)	0,0002*
	3 ou mais dependentes	65	22,8 (8,478)	22 (16 ; 29)	
	Sem dependente	41	19,7 (10,605)	17 (13 ; 26)	
Renda	Aposentado/ Pensionista	309	17,7 (9,551)	17 (9 ; 26)	0,0016*
	Assalariado	55	21,1 (10,583)	22 (14 ; 28)	
	Autônomo	4	33,5 (3,109)	32 (32 ; 34)	

Não possui renda	22	21,1 (11,592)	21 (12 ; 30)
------------------	----	---------------	--------------

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05/ \*\*sd = desvio padrão

A Tabela 8 possui a distribuição e a análise da estatística inferencial das variáveis sociodemográficas associadas no inventário de avaliação da ansiedade em idosos (GAI). Observa-se uma correlação significativa entre idade (p- valor <0,001), coabitantes (p- valor 0,0002), dependentes (p- valor <0,001) e renda (p- valor 0,0109). Houve predomínio de indivíduos acometidos pela ansiedade: do sexo feminino (75,13%), na faixa etária de 66 a 75 anos (35,38%), casado(a)/morando junto(a) (51,03%), com um ou dois dependentes (72,82%), com nível básico a médio de escolaridade (31,79%) e com renda advindo de aposentadoria/pensionistas (79,23%).

Tabela 8 - Associação entre o perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas ao inventário de ansiedade geriátrica, (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS		N	MÉDIA (SD)	MEDIANA (Q1;Q3)	PVALOR p-valor
Sexo	Feminino	293	5,0 (5,626)	3 (0 ; 8)	0,1467
	Masculino	97	5,2 (5,020)	3 (1 ; 8)	
Idade	60 - 65 anos	134	6,8 (5,581)	5 (2 ; 11)	< 0,001
	66 - 75 anos	138	5,2 (5,395)	3 (1 ; 8)	
	76 anos ou mais	118	2,9 (4,735)	1 (0 ; 4)	
Estado Civil	Casado(a)/morando junto(a)	199	4,9 (5,553)	3 (0 ; 8)	0,1434
	Separado(a)/desquitado(a)	67	5,8 (5,224)	4 (2 ; 9)	
	Solteiro(a)	51	5,4 (5,758)	4 (0 ; 8)	
	Viúvo(a)	73	4,4 (5,296)	2 (0 ; 7)	
Coabitantes	1 pessoa	145	3,7 (4,812)	2 (0 ; 5)	0,0002
	2 pessoas	93	5,7 (5,860)	3 (1 ; 9)	
	3 pessoas ou mais	81	7,0 (5,888)	6 (1 ; 11)	
	Nenhuma	71	4,6 (5,072)	2 (1 ; 8)	
Escolaridade	Analfabeto	9	8,0 (8,573)	5 (1 ; 18)	0,0968
	Ensino básico completo ou incompleto	124	4,9 (5,552)	3 (0 ; 8)	
	Ensino Médio	108	5,0 (5,820)	3 (0 ; 8)	
	Graduação	70	4,1 (4,837)	2 (1 ; 6)	
	Pós-graduação	79	5,8 (4,868)	5 (2 ; 8)	
Dependentes	1 ou 2 dependentes	284	4,3 (5,187)	2 (0 ; 7)	< 0,0001
	3 ou mais dependentes	65	7,9 (5,756)	8 (3 ; 12)	
	Sem dependente	41	5,5 (5,537)	3 (1 ; 8)	
Renda	Aposentado/ Pensionista	309	4,7 (5,370)	3 (0 ; 8)	0,0109
	Assalariado	55	6,0 (5,090)	5 (2 ; 10)	
	Autônomo	4	11,5 (3,697)	10 (10 ; 12)	
	Não possui renda	22	6,6 (7,000)	3 (1 ; 12)	

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05/ \*\* sd = desvio padrão

De forma geral, a partir dos resultados de comparação do perfil sociodemográficos e informações a partir das escala de estresse e ansiedade, semelhança significativamente estatísticas entre as variáveis. Dentre essas, ressalta-se: idade, coabitantes, dependentes e renda.

#### **4.3 Níveis de estresse e variáveis relacionadas a infodemia sobre COVID-19 nas mídias sociais e suas repercussões**

A maior parte dos idosos considerou estar frequentemente exposto às notícias e informações sobre COVID-19 na televisão (38,5%) e nas redes sociais (22,3%) . Os idosos foram questionados sobre as seguintes variáveis relacionadas a infodemia na COVID-19: Informações sobre número de infectados por COVID-19; número de mortos por COVID-19; medo relacionada a COVID-19; Fotos relacionadas à pandemia por COVID-19; Vídeos relacionadas à pandemia por COVID-19 e Notícias falsas sobre COVID-1, veiculados a rede social e televisão e as suas respectivas repercussões (Ansiedade, Conscientização, Medo, Nada, Segurança e Estresse).

Analisando a tabela 09, os mais afetados por notícias da COVID-19, que apresentaram-se significantes ( $p < 0,05$ ) foram: quando veiculadas pela rede social, quando abordado informações sobre número de infectados por COVID-19 apresentando determinante de valor significativo as repercussões com ( $p < 0,001$ ): ansiedade, medo e estresse. Quanto as informações sobre número de mortos por COVID-19 as repercussões de valor significativo foram: ansiedade, medo e estresse. Quanto indagações sobre as informações sobre medo relacionada a COVID-19 as repercussões de valor significativo foram expressivas incluindo: ansiedade, conscientização, medo, nada e estresse. Fotos relacionadas à pandemia por COVID-19, na rede social, as repercussões de valor significativo foram: ansiedade, medo, nada e estresse. Vídeos relacionadas à pandemia por COVID-19, obtendo com significância as repercussões: ansiedade, conscientização, medo, nada e estresse. Por fim, as repercussões quanto as notícias falsas sobre COVID-19, veiculados a rede social: ansiedade, medo e estresse.

Quando comparada a escala de estresse em relação as informações divulgadas pela televisão e pelas redes sociais, observou-se as seguintes respostas estaticamente significantes: ansiedade, conscientização, medo e estresse. Os resultados da PSS mostraram que os idosos apresentavam rastreio positivo para estresse.

Tabela 9- Estresse e informações relacionadas a infodemia sobre COVID-19 nas mídias sociais e suas repercussões (n=390), Rio de Janeiro. 2020.

Variáveis		Rede Social				Televisão			
		N	Média (sd)	Mediana (q1;q3)	p_valor	n	Média (sd)	Mediana (q1;q3)	p_valor
<b>Informações sobre número de infectados por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	328	17,1 (9,633)	16 (8 ; 25)	< 0,001	330	17,1 (9,620)	16 (8 ; 24)	< 0,001
	Sim	62	25,6 (8,625)	26 (20 ; 31)		60	26,4 (7,958)	28 (22 ; 31)	
Conscientização	Não	270	18,4 (10,480)	17 (8 ; 26)	0,4101	244	19,7 (10,237)	20 (12 ; 27)	0,0042
	Sim	120	18,8 (8,737)	19 (12 ; 26)		146	16,5 (9,181)	16 (8 ; 24)	
Medo	Não	305	16,9 (10,054)	15 (8 ; 24)	< 0,001	259	15,8 (9,374)	14 (7 ; 23)	< 0,001
	Sim	85	24,1 (7,309)	25 (20 ; 29)		131	23,9 (8,909)	24 (16 ; 29)	
Nada	Não	362	18,6 (9,901)	18 (10 ; 26)	0,2461	331	19,7 (9,803)	20 (12 ; 27)	< 0,001
	Sim	28	17,0 (10,868)	14 (9 ; 21)		59	11,8 (8,107)	7 (7 ; 16)	
Segurança	Não	385	18,4 (9,945)	17 (10 ; 26)	0,0861	383	18,5 (10,002)	17 (10 ; 26)	0,8430
	Sim	5	26,2 (9,524)	27 (23 ; 32)		7	19,0 (8,485)	22 (14 ; 24)	
Estresse	Não	337	17,7 (9,897)	17 (8 ; 25)	0,0001	316	17,5 (9,539)	17 (8 ; 25)	0,0001
	Sim	53	23,4 (9,058)	26 (17 ; 29)		74	22,9 (10,604)	23 (14 ; 29)	
<b>Informações sobre número de mortos por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	334	17,7 (10,082)	16 (8 ; 26)	< 0,001	331	17,2 (9,696)	16 (8 ; 24)	< 0,001
	Sim	56	23,3 (7,759)	23 (17 ; 28)		59	25,7 (8,277)	26 (21 ; 30)	
Conscientização	Não	287	18,4 (10,359)	17 (9 ; 26)	0,4883	257	19,0 (10,118)	19 (10 ; 26)	0,2123
	Sim	103	18,8 (8,824)	19 (12 ; 26)		133	17,5 (9,627)	17 (9 ; 25)	
Medo	Não	285	16,3 (9,690)	14 (8 ; 23)	< 0,001	241	15,5 (9,339)	14 (7 ; 23)	< 0,001
	Sim	105	24,5 (8,093)	25 (19 ; 29)		149	23,3 (9,084)	24 (16 ; 29)	
Nada	Não	359	18,5 (9,789)	18 (10 ; 26)	0,4192	328	19,9 (9,710)	20 (13 ; 27)	< 0,001
	Sim	31	18,1 (12,018)	15 (10 ; 22)		62	10,9 (7,604)	7 (7 ; 14)	
Segurança	Não	384	18,4 (9,981)	17 (10 ; 26)	0,1006	382	18,4 (10,006)	17 (10 ; 26)	0,2214
	Sim	6	24,5 (7,342)	25 (22 ; 30)		8	22,4 (7,367)	23 (22 ; 26)	
Estresse	Não	335	17,6 (9,911)	16 (8 ; 25)	< 0,001	322	17,4 (9,479)	17 (8 ; 25)	< 0,001
	Sim	55	24,1 (8,385)	24 (19 ; 29)		68	23,5 (10,743)	23 (15 ; 29)	
<b>Informações sobre medo relacionada a COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	339	17,6 (9,863)	16 (8 ; 26)	< 0,001	337	17,3 (9,694)	16 (8 ; 24)	< 0,001
	Sim	51	24,5 (8,568)	23 (20 ; 29)		53	26,2 (8,182)	26 (22 ; 30)	
Conscientização	Não	312	17,9 (10,268)	16 (8 ; 26)	0,0050	280	18,9 (10,502)	19 (9 ; 27)	0,4247
	Sim	78	21,0 (8,270)	22 (14 ; 27)		110	17,5 (8,424)	17 (11 ; 24)	
Medo	Não	320	17,1 (9,975)	15 (8 ; 24)	< 0,001	294	16,4 (9,450)	15 (8 ; 23)	< 0,001
	Sim	70	24,8 (7,186)	26 (20 ; 29)		96	24,8 (8,800)	26 (17 ; 29)	



		Rede Social				Televisão			
Nada	Não	326	19,1 (9,706)	19 (11 ; 27)	0,0020	285	20,9 (9,279)	21 (14 ; 28)	< 0,001
	Sim	64	15,5 (10,807)	13 (7 ; 21)		105	12,1 (8,904)	8 (7 ; 16)	
Segurança	Não	386	18,4 (9,958)	17 (10 ; 26)	0,2570	383	18,4 (9,982)	17 (10 ; 26)	0,1107
	Sim	4	24,5 (10,408)	24 (20 ; 30)		7	23,7 (8,077)	26 (24 ; 28)	
Estresse	Não	332	17,3 (9,864)	16 (8 ; 24)	< 0,001	314	17,0 (9,508)	16 (8 ; 24)	< 0,001
	Sim	58	25,2 (7,713)	26 (20 ; 29)		76	24,7 (9,470)	26 (17 ; 29)	
<b>Fotos relacionadas à pandemia por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	344	17,7 (9,982)	16 (8 ; 25)	< 0,001	331	17,2 (9,667)	16 (8 ; 24)	< 0,001
	Sim	46	24,6 (7,530)	25 (19 ; 30)		59	26,1 (8,124)	26 (22 ; 30)	
Conscientização	Não	300	18,0 (10,414)	17 (8 ; 26)	0,0181	277	18,7 (10,412)	18 (10 ; 26)	0,7399
	Sim	90	20,2 (8,138)	21 (13 ; 28)		113	17,9 (8,798)	17 (10 ; 26)	
Medo	Não	320	16,9 (9,844)	15 (8 ; 24)	< 0,001	292	16,3 (9,365)	15 (8 ; 23)	< 0,001
	Sim	70	25,6 (7,068)	26 (21 ; 30)		98	25,2 (8,652)	26 (17 ; 31)	
Nada	Não	335	19,2 (9,915)	19 (11 ; 27)	0,0004	294	20,9 (9,288)	21 (14 ; 28)	< 0,001
	Sim	55	14,5 (9,408)	13 (7 ; 19)		96	11,3 (8,393)	7 (6 ; 16)	
Segurança	Não	380	18,5 (9,978)	17 (10 ; 26)	0,9072	377	18,6 (10,007)	17 (10 ; 26)	0,5851
	Sim	10	18,8 (10,064)	22 (8 ; 26)		13	16,9 (8,958)	18 (7 ; 23)	
Estresse	Não	344	17,6 (9,751)	16 (8 ; 25)	< 0,001	316	17,0 (9,529)	15 (8 ; 25)	< 0,001
	Sim	46	25,4 (8,893)	26 (19 ; 29)		74	25,1 (9,143)	24 (19 ; 29)	
<b>Vídeos relacionadas à pandemia por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	342	17,5 (9,841)	16 (8 ; 25)	< 0,001	336	17,4 (9,756)	16 (8 ; 25)	< 0,001
	Sim	48	25,4 (7,976)	25 (20 ; 31)		54	25,4 (8,431)	26 (21 ; 30)	
Conscientização	Não	301	17,8 (10,368)	17 (8 ; 26)	0,0031	278	18,6 (10,313)	18 (9 ; 26)	0,9941
	Sim	89	20,8 (8,124)	22 (14 ; 28)		112	18,3 (9,093)	17 (11 ; 26)	
Medo	Não	327	17,3 (9,963)	16 (8 ; 24)	< 0,001	286	16,2 (9,484)	15 (7 ; 23)	< 0,001
	Sim	63	24,9 (7,188)	26 (21 ; 29)		104	24,8 (8,497)	26 (17 ; 30)	
Nada	Não	336	19,2 (9,890)	19 (11 ; 27)	0,0004	296	20,8 (9,287)	21 (14 ; 28)	< 0,001
	Sim	54	14,4 (9,527)	13 (7 ; 19)		94	11,3 (8,550)	7 (6 ; 16)	
Segurança	Não	381	18,5 (9,997)	17 (10 ; 26)	0,6436	376	18,5 (9,938)	17 (10 ; 26)	0,9894
	Sim	9	17,0 (8,972)	21 (7 ; 23)		14	18,8 (11,116)	18 (9 ; 26)	
Estresse	Não	338	17,4 (9,664)	16 (8 ; 25)	< 0,001	314	17,0 (9,524)	16 (8 ; 25)	< 0,001
	Sim	52	25,4 (9,198)	25 (20 ; 30)		76	24,8 (9,289)	24 (18 ; 29)	
<b>Notícias falsas sobre COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	354	18,0 (9,934)	17 (9 ; 26)	0,0015	345	17,5 (9,696)	16 (8 ; 25)	< 0,001
	Sim	36	23,6 (8,923)	22 (17 ; 28)		45	26,5 (8,286)	27 (22 ; 30)	
Conscientização	Não	337	18,8 (10,112)	18 (10 ; 26)	0,2328	294	19,8 (9,911)	20 (12 ; 27)	< 0,001
	Sim	53	16,7 (8,856)	17 (8 ; 25)		96	14,6 (9,114)	13 (7 ; 22)	

		Rede Social				Televisão			
Medo	Não	331	17,2 (9,780)	16 (8 ; 24)	< 0,001	316	16,9 (9,585)	16 (8 ; 24)	< 0,001
	Sim	59	25,8 (7,572)	27 (20 ; 32)		74	25,5 (8,450)	27 (17 ; 32)	
Nada	Não	344	18,8 (10,063)	19 (10 ; 26)	0,1340	310	19,9 (9,843)	20 (13 ; 27)	< 0,001
	Sim	46	16,5 (9,067)	16 (10 ; 21)		80	13,0 (8,466)	10 (7 ; 19)	
Segurança	Não	382	18,3 (9,858)	17 (10 ; 26)	0,0325	385	18,4 (9,991)	17 (10 ; 26)	0,2305
	Sim	8	27,2 (11,925)	26 (21 ; 31)		5	23,2 (7,085)	23 (23 ; 27)	
Estresse	Não	305	17,3 (9,874)	16 (8 ; 24)	< 0,001	280	17,0 (9,563)	16 (8 ; 25)	< 0,001
	Sim	85	22,9 (9,091)	24 (15 ; 29)		110	22,3 (9,998)	23 (14 ; 28)	

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05/ \*\*sd = desvio padrão

#### 4.4 Níveis de ansiedade e variáveis relacionadas a infodemia sobre COVID-19 nas mídias sociais e suas repercussões

Os achados conforme a Tabela 10 em relação as respostas geradas sobre ansiedade no idoso quando exposto a informações sobre COVID-19 (número de infectados, mortos, medo relacionado à doença, fotos, vídeos e notícias falsas) nas mídias pesquisadas. As informações relacionadas a pandemia COVID-19 geram repercussões na saúde mental observada diretamente na escala de ansiedade são: ansiedade, conscientização, medo e estresse.

Tabela - 10 - Ansiedade e informações relacionadas a infodemia sobre COVID-19 nas mídias sociais e suas repercussões (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

		Rede Social				Televisão			
Variável		n	Média (sd)	Mediana (q1;q3)	p_valor	n	Média (sd)	Mediana (q1;q3)	pvalor
<b>Informações sobre número de infectados por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	328	4,4 (5,194)	2 (0 ; 7)	< 0,001	330	4,4 (5,109)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	62	8,5 (5,679)	8 (4 ; 13)		60	8,6 (6,065)	8 (4 ; 13)	
Conscientização	Não	270	5,0 (5,800)	3 (0 ; 8)	0,1900	244	5,5 (5,794)	3 (0 ; 9)	0,0791
	Sim	120	5,0 (4,690)	4 (1 ; 8)		146	4,3 (4,820)	2 (0 ; 7)	
Medo	Não	305	4,3 (5,286)	2 (0 ; 7)	< 0,001	259	3,8 (5,052)	2 (0 ; 5)	< 0,001
	Sim	85	7,6 (5,380)	7 (3 ; 11)		131	7,5 (5,435)	7 (3 ; 12)	
Nada	Não	362	5,1 (5,443)	3 (0 ; 8)	0,1133	331	5,5 (5,425)	4 (1 ; 9)	< 0,001
	Sim	28	4,0 (5,900)	1 (0 ; 4)		59	2,3 (4,962)	0 (0 ; 2)	
Segurança	Não	385	5,0 (5,462)	3 (0 ; 8)	0,0261	383	5,0 (5,494)	3 (0 ; 8)	0,9373
	Sim	5	10,2 (4,324)	11 (10 ; 13)		7	4,6 (4,721)	3 (1 ; 7)	
Estresse	Não	337	4,7 (5,435)	3 (0 ; 8)	< 0,001	316	4,4 (5,121)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	53	7,4 (5,165)	7 (3 ; 11)		74	7,6 (6,188)	6 (2 ; 11)	
<b>Informações sobre número de mortos por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	334	4,6 (5,363)	3 (0 ; 8)	0,0001	331	4,5 (5,229)	3 (0 ; 8)	< 0,001
	Sim	56	7,4 (5,598)	7 (3 ; 11)		59	7,9 (5,949)	7 (3 ; 11)	
Conscientização	Não	287	5,1 (5,805)	3 (0 ; 8)	0,3781	257	5,3 (5,751)	3 (0 ; 8)	0,4021
	Sim	103	4,9 (4,455)	4 (1 ; 8)		133	4,6 (4,889)	3 (0 ; 8)	
Medo	Não	285	4,0 (5,048)	2 (0 ; 6)	< 0,001	241	3,7 (4,962)	2 (0 ; 5)	< 0,001
	Sim	105	7,9 (5,601)	7 (3 ; 12)		149	7,2 (5,598)	7 (3 ; 12)	
Nada	Não	359	5,1 (5,404)	3 (0 ; 8)	0,2773	328	5,6 (5,467)	4 (1 ; 9)	< 0,001

		Rede Social			Televisão				
Segurança	Sim	31	4,6 (6,339)	2 (0 ; 6)	0,0945	62	1,9 (4,388)	0 (0 ; 2)	0,5511
	Não	384	5,0 (5,476)	3 (0 ; 8)		382	5,0 (5,471)	3 (0 ; 8)	
Estresse	Sim	6	8,2 (4,916)	10 (5 ; 11)	< 0,001	8	6,0 (6,024)	4 (1 ; 12)	< 0,001
	Não	335	4,6 (5,362)	3 (0 ; 8)		322	4,4 (5,102)	2 (0 ; 7)	
	Sim	55	7,6 (5,534)	6 (3 ; 11)		68	8,2 (6,094)	7 (4 ; 13)	
<b>Informações sobre medo relacionada a COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	339	4,5 (5,197)	3 (0 ; 7)	< 0,001	337	4,4 (5,157)	3 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	51	8,7 (5,939)	8 (4 ; 14)		53	8,8 (5,999)	8 (4 ; 13)	
Conscientização	Não	312	4,9 (5,653)	3 (0 ; 8)	0,0661	280	5,4 (5,799)	3 (0 ; 9)	0,3562
	Sim	78	5,4 (4,717)	4 (1 ; 9)		110	4,2 (4,467)	3 (1 ; 7)	
Medo	Não	320	4,3 (5,172)	2 (0 ; 7)	< 0,001	294	3,9 (4,895)	2 (0 ; 6)	< 0,001
	Sim	70	8,3 (5,707)	8 (4 ; 12)		96	8,4 (5,826)	8 (3 ; 13)	
Nada	Não	326	5,3 (5,469)	3 (1 ; 9)	0,0019	285	6,0 (5,472)	4 (1 ; 9)	< 0,001
	Sim	64	3,6 (5,321)	1 (0 ; 4)		105	2,3 (4,506)	0 (0 ; 2)	
Segurança	Não	386	5,0 (5,469)	3 (0 ; 8)	0,1275	383	5,0 (5,470)	3 (0 ; 8)	0,103
	Sim	4	9,0 (5,416)	11 (8 ; 12)		7	8,1 (5,242)	9 (6 ; 11)	
Estresse	Não	332	4,5 (5,372)	2 (0 ; 7)	< 0,001	314	4,2 (5,124)	2 (0 ; 7)	0,001
	Sim	58	8,0 (5,181)	7 (4 ; 11)		76	8,3 (5,677)	8 (4 ; 11)	
<b>Fotos relacionadas à pandemia por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	344	4,7 (5,384)	3 (0 ; 8)	0,0001	331	4,5 (5,253)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	46	7,7 (5,506)	7 (3 ; 11)		59	8,0 (5,774)	8 (3 ; 11)	
Conscientização	Não	300	4,9 (5,739)	3 (0 ; 8)	0,0112	277	5,1 (5,590)	3 (0 ; 8)	0,8625
	Sim	90	5,5 (4,485)	4 (1 ; 9)		113	4,9 (5,207)	3 (1 ; 8)	
Medo	Não	320	4,4 (5,224)	2 (0 ; 7)	< 0,001	292	4,1 (5,080)	2 (0 ; 6)	< 0,001
	Sim	70	7,9 (5,712)	7 (3 ; 12)		98	7,9 (5,639)	7 (3 ; 12)	
Nada	Não	335	5,3 (5,474)	3 (1 ; 9)	0,0033	294	6,0 (5,521)	4 (1 ; 10)	< 0,001
	Sim	55	3,5 (5,266)	1 (0 ; 4)		96	2,1 (4,134)	0 (0 ; 2)	
Segurança	Não	380	5,0 (5,427)	3 (0 ; 8)	0,2916	377	5,0 (5,468)	3 (0 ; 8)	0,8317
	Sim	10	7,8 (6,861)	10 (0 ; 12)		13	5,0 (5,930)	3 (0 ; 8)	
Estresse	Não	344	4,6 (5,296)	3 (0 ; 7)	< 0,001	316	4,2 (5,043)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	46	8,4 (5,709)	8 (3 ; 11)		74	8,6 (5,840)	8 (4 ; 13)	
<b>Vídeos relacionados à pandemia por COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	342	4,5 (5,282)	3 (0 ; 7)	< 0,001	336	4,6 (5,292)	3 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	48	8,5 (5,623)	8 (4 ; 12)		54	7,9 (5,784)	7 (3 ; 11)	
Conscientização	Não	301	4,8 (5,633)	3 (0 ; 8)	0,0034	278	5,0 (5,538)	3 (0 ; 8)	0,4732
	Sim	89	5,9 (4,838)	5 (1 ; 9)		112	5,2 (5,342)	4 (1 ; 9)	
Medo	Não	327	4,5 (5,300)	2 (0 ; 7)	< 0,001	286	4,0 (5,111)	2 (0 ; 6)	< 0,001
	Sim	63	8,0 (5,460)	8 (4 ; 11)		104	7,9 (5,466)	7 (3 ; 12)	
Nada	Não	336	5,3 (5,472)	3 (1 ; 9)	0,0015	296	6,0 (5,531)	4 (1 ; 10)	< 0,001
	Sim	54	3,3 (5,214)	1 (0 ; 4)		94	1,9 (3,858)	0 (0 ; 2)	
Segurança	Não	381	5,0 (5,406)	3 (0 ; 8)	0,3754	376	5,0 (5,408)	3 (0 ; 8)	0,367
	Sim	9	8,1 (7,705)	11 (0 ; 14)		14	7,1 (6,982)	5 (0 ; 12)	
Estresse	Não	338	4,7 (5,355)	3 (0 ; 8)	< 0,001	314	4,2 (5,024)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	52	7,5 (5,645)	6 (3 ; 11)		76	8,4 (5,981)	8 (3 ; 13)	
<b>Notícias falsas sobre COVID-19</b>									
Ansiedade	Não	354	4,7 (5,274)	3 (0 ; 8)	0,0016	345	4,5 (5,157)	3 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	36	8,1 (6,516)	7 (2 ; 12)		45	8,9 (6,341)	8 (3 ; 13)	
Conscientização	Não	337	5,2 (5,601)	3 (0 ; 9)	0,0901	294	5,6 (5,682)	4 (1 ; 9)	0,0002
	Sim	53	3,8 (4,455)	2 (0 ; 7)		96	3,4 (4,436)	1 (0 ; 6)	
Medo	Não	331	4,4 (5,112)	2 (0 ; 7)	< 0,001	316	4,3 (5,154)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	59	8,8 (5,947)	8 (4 ; 14)		74	8,3 (5,616)	7 (4 ; 13)	
Nada	Não	344	5,1 (5,458)	3 (0 ; 8)	0,5121	310	5,6 (5,534)	4 (1 ; 9)	< 0,001
	Sim	46	4,6 (5,658)	2 (0 ; 8)		80	2,8 (4,655)	0 (0 ; 4)	
Segurança	Não	382	5,0 (5,472)	3 (0 ; 8)	0,1553	385	5,0 (5,483)	3 (0 ; 8)	0,3041
	Sim	8	7,4 (5,502)	10 (1 ; 12)		5	6,6 (5,177)	5 (3 ; 11)	
Estresse	Não	305	4,5 (5,410)	2 (0 ; 8)	< 0,001	280	4,2 (5,084)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Sim	85	6,8 (5,383)	5 (2 ; 10)		110	7,0 (5,937)	6 (2 ; 11)	

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05 / \*\*sd = desvio padrão \*\*\*GAI – Inventário de ansiedade Geriátrica

#### 4.5 Níveis de estresse e ansiedade variáveis relacionadas sinais e sintomas de alterações psicopatológicas devido à exposição às informações sobre COVID-19

Quando comparados os níveis de estresse e ansiedade aos sinais e sintomas de alterações psicopatológicas devido à exposição às informações sobre COVID-19, o resultado apontou relevância estatística na grande maioria das variáveis, exceto em uso de substâncias ilegais, conforme observado na tabela 11 abaixo. Ao ter contato com informações sobre COVID-19 pelas mídias sociais pesquisadas os idosos relataram respostas com maiores valores foram: preocupação, medo de que pessoas queridas morram e medo de adoecer.

Observou-se também as variáveis falta de esperança ou pessimismo, ansiedade, problemas nutricionais e irritabilidade aparecem como algumas vezes, indicando a presença dos sintomas de alterações psicopatológicas. Seguido de poucas vezes as variáveis medo de morrer, tristeza, desânimo e nervosismo.

Tabela 11- Sinais e sintomas de alterações psicopatológicas devido à exposição às informações sobre COVID-19 em comparação ao estresse e ansiedade. (n=390), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Variáveis	n	PSS			GAI		
		Média (sd)	Mediana (q1;q3)	p_valor	Média (sd)	Mediana (q1;q3)	p_valor
Falta de esperança ou pessimismo	Algumas vezes	94	24,3 (8,369)	25 (18 ; 29)	< 0,001	8,0 (5,634)	7 (3 ; 12)
	Muitas vezes	21	30,7 (9,624)	28 (24 ; 38)		10,2 (5,828)	11 (7 ; 15)
	Nunca	185	13,6 (8,806)	12 (7 ; 19)		3,0 (4,478)	1 (0 ; 4)
	Poucas vezes	90	19,6 (7,691)	20 (13 ; 26)		5,0 (4,950)	4 (1 ; 8)
Medo de morrer	Algumas vezes	83	24,0 (8,954)	24 (17 ; 29)	< 0,001	8,1 (5,407)	8 (3 ; 12)
	Muitas vezes	33	24,4 (11,385)	26 (16 ; 32)		7,8 (6,543)	7 (2 ; 14)
	Nunca	184	14,5 (8,765)	13 (7 ; 21)		3,2 (4,672)	1 (0 ; 4)
	Poucas vezes	90	19,5 (8,965)	21 (12 ; 26)		4,9 (5,036)	3 (1 ; 8)
Problemas digestivos	Algumas vezes	26	28,8 (6,335)	29 (25 ; 33)	< 0,001	11,4 (5,941)	12 (8 ; 17)
	Muitas vezes	15	33,7 (10,533)	32 (26 ; 41)		12,6 (5,565)	14 (8 ; 16)
	Nunca	292	15,5 (8,715)	14 (8 ; 23)		3,4 (4,509)	2 (0 ; 5)
	Poucas vezes	57	25,1 (6,936)	26 (20 ; 29)		8,3 (4,582)	7 (5 ; 12)
Boca seca	Algumas vezes	20	26,4 (7,701)	28 (20 ; 31)	< 0,001	11,4 (6,193)	12 (7 ; 17)
	Muitas vezes	14	36,3 (8,862)	40 (29 ; 41)		14,6 (5,300)	15 (12 ; 19)
	Nunca	303	16,0 (8,894)	15 (8 ; 23)		3,6 (4,467)	2 (0 ; 6)
	Poucas vezes	53	25,3 (6,931)	26 (21 ; 29)		8,2 (5,055)	7 (4 ; 12)

		PSS			GAI		
Falta de interesse por atividades do dia a dia	Algumas vezes	45	27,1 (6,319)	28 (23 ; 31)	10,2 (5,336)	9 (7 ; 14)	
	Muitas vezes	29	32,3 (8,913)	31 (27 ; 39)	11,6 (6,002)	12 (8 ; 16)	
	Nunca	248	14,1 (8,268)	13 (7 ; 20)	3,0 (4,200)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	68	22,9 (6,563)	24 (19 ; 28)	6,4 (4,600)	6 (2 ; 10)	
Falta de energia	Algumas vezes	57	26,1 (7,373)	28 (22 ; 31)	9,2 (5,202)	9 (5 ; 13)	
	Muitas vezes	29	31,4 (9,833)	31 (27 ; 39)	11,9 (5,775)	12 (10 ; 16)	
	Nunca	218	13,8 (8,284)	13 (7 ; 19)	2,7 (4,143)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	86	21,0 (7,293)	23 (15 ; 26)	5,8 (4,796)	4 (2 ; 8)	
Aperto no peito	Algumas vezes	38	28,2 (7,653)	28 (23 ; 33)	11,7 (5,585)	12 (7 ; 16)	
	Muitas vezes	7	32,9 (7,988)	31 (28 ; 36)	12,9 (5,305)	13 (10 ; 17)	
	Nunca	294	15,9 (9,284)	14 (8 ; 23)	3,4 (4,334)	2 (0 ; 5)	< 0,001
	Poucas vezes	51	24,4 (6,391)	26 (22 ; 28)	8,4 (5,228)	8 (4 ; 12)	
Preocupação	Algumas vezes	110	21,5 (8,840)	22 (14 ; 28)	6,2 (5,424)	4 (2 ; 9)	
	Muitas vezes	75	25,9 (9,264)	27 (20 ; 32)	9,1 (5,675)	9 (5 ; 14)	
	Nunca	63	13,8 (8,559)	14 (6 ; 19)	2,6 (4,362)	1 (0 ; 3)	< 0,001
	Poucas vezes	142	14,4 (8,577)	12 (7 ; 23)	3,0 (4,234)	1 (0 ; 4)	
Uso de substâncias ilegais	Algumas vezes	5	28,6 (4,615)	28 (26 ; 31)	11,2 (5,975)	11 (8 ; 13)	
	Muitas vezes	1	41,0 (NA)	41 (41 ; 41)	15,0 (NA)	15 (15 ; 15)	
	Nunca	378	18,2 (9,945)	17 (10 ; 26)	4,9 (5,371)	3 (0 ; 8)	0,0071
	Poucas vezes	6	24,3 (2,066)	24 (23 ; 25)	9,7 (6,593)	10 (6 ; 12)	
Vontade de morrer	Algumas vezes	10	32,9 (8,006)	32 (26 ; 38)	14,8 (5,554)	17 (12 ; 19)	
	Muitas vezes	2	28,0 (16,971)	28 (22 ; 34)	15,5 (6,364)	16 (13 ; 18)	
	Nunca	360	17,6 (9,622)	17 (9 ; 25)	4,4 (4,936)	3 (0 ; 7)	< 0,001
	Poucas vezes	18	26,9 (6,632)	26 (24 ; 29)	11,2 (5,907)	12 (6 ; 16)	
Ansiedade	Algumas vezes	88	22,2 (7,414)	22 (18 ; 27)	7,4 (5,543)	6 (3 ; 11)	
	Muitas vezes	39	31,4 (8,106)	29 (27 ; 38)	11,4 (5,556)	11 (8 ; 16)	
	Nunca	178	12,9 (8,454)	10 (7 ; 17)	2,3 (3,855)	0 (0 ; 3)	< 0,001
	Poucas vezes	85	20,5 (7,813)	23 (13 ; 27)	5,4 (4,615)	4 (2 ; 8)	
Suor frio ou calafrios	Algumas vezes	26	28,4 (8,434)	28 (25 ; 31)	10,3 (6,484)	10 (4 ; 16)	
	Muitas vezes	6	25,7 (13,677)	20 (17 ; 35)	11,0 (8,099)	12 (5 ; 18)	
	Nunca	323	16,7 (9,390)	15 (8 ; 24)	4,0 (4,751)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Poucas vezes	35	26,4 (6,545)	26 (23 ; 29)	9,3 (5,739)	11 (4 ; 14)	
Dificuldade para respirar	Algumas vezes	16	26,5 (9,033)	27 (22 ; 32)	13,1 (5,737)	14 (11 ; 18)	
	Muitas vezes	4	34,0 (9,055)	36 (30 ; 41)	10,0 (5,774)	10 (5 ; 15)	
	Nunca	323	16,9 (9,473)	16 (8 ; 24)	4,0 (4,816)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Poucas vezes	47	25,7 (8,087)	26 (20 ; 30)	8,8 (5,649)	8 (4 ; 12)	

		PSS			GAI		
Tristeza	Algumas vezes	89	23,6 (8,190)	23 (19 ; 29)	7,0 (5,580)	5 (3 ; 11)	
	Muitas vezes	42	28,6 (10,117)	29 (22 ; 36)	9,7 (5,785)	9 (5 ; 15)	
	Nunca	140	13,0 (8,008)	12 (7 ; 17)	< 0,001 2,8 (4,499)	1 (0 ; 3)	< 0,001
	Poucas vezes	119	17,6 (8,555)	18 (10 ; 26)	4,5 (4,815)	3 (0 ; 8)	
Medo	Algumas vezes	50	27,7 (6,113)	28 (23 ; 31)	10,2 (4,820)	10 (8 ; 13)	
	Muitas vezes	26	32,4 (8,471)	32 (27 ; 40)	11,4 (6,165)	12 (6 ; 16)	
	Nunca	227	13,8 (8,171)	12 (7 ; 18)	< 0,001 2,8 (4,270)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	87	21,4 (7,519)	23 (16 ; 27)	5,9 (4,688)	5 (2 ; 9)	
Desânimo	Algumas vezes	61	26,6 (6,079)	28 (22 ; 31)	9,9 (4,923)	10 (7 ; 13)	
	Muitas vezes	26	32,2 (10,130)	32 (27 ; 40)	11,1 (6,346)	12 (5 ; 17)	
	Nunca	190	13,3 (7,990)	12 (7 ; 17)	< 0,001 2,6 (3,940)	1 (0 ; 3)	< 0,001
	Poucas vezes	113	19,7 (8,271)	21 (13 ; 26)	5,1 (4,943)	4 (1 ; 7)	
Raiva	Algumas vezes	41	25,9 (7,516)	27 (21 ; 29)	10,5 (5,591)	10 (7 ; 13)	
	Muitas vezes	33	26,1 (10,202)	24 (20 ; 31)	7,7 (5,850)	7 (3 ; 11)	
	Nunca	251	14,9 (8,937)	14 (7 ; 22)	< 0,001 3,4 (4,500)	1 (0 ; 5)	< 0,001
	Poucas vezes	64	23,9 (7,717)	25 (20 ; 29)	6,6 (5,403)	5 (2 ; 11)	
Tremor	Algumas vezes	17	27,5 (7,037)	24 (22 ; 32)	11,0 (5,374)	12 (5 ; 15)	
	Muitas vezes	6	29,2 (5,947)	28 (26 ; 32)	10,7 (7,501)	8 (5 ; 17)	
	Nunca	341	17,0 (9,496)	16 (8 ; 24)	< 0,001 4,1 (4,689)	2 (0 ; 7)	< 0,001
	Poucas vezes	26	29,5 (6,580)	28 (26 ; 31)	12,5 (5,948)	14 (9 ; 17)	
Dor de cabeça	Algumas vezes	38	27,8 (8,403)	26 (23 ; 31)	10,9 (5,986)	12 (6 ; 15)	
	Muitas vezes	15	32,7 (8,819)	33 (30 ; 40)	13,1 (6,065)	15 (8 ; 18)	
	Nunca	284	15,5 (8,872)	14 (7 ; 22)	< 0,001 3,2 (3,997)	2 (0 ; 5)	< 0,001
	Poucas vezes	53	24,0 (6,475)	26 (20 ; 28)	8,4 (5,293)	8 (4 ; 12)	
Dores musculares	Algumas vezes	51	24,4 (7,321)	26 (20 ; 29)	8,8 (5,652)	8 (4 ; 12)	
	Muitas vezes	31	28,8 (9,706)	29 (22 ; 38)	10,9 (6,433)	13 (4 ; 16)	
	Nunca	244	14,8 (9,154)	13 (7 ; 21)	< 0,001 3,0 (4,188)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	64	23,0 (6,970)	24 (19 ; 28)	7,1 (4,869)	7 (3 ; 11)	
Problemas de sono	Algumas vezes	54	25,7 (7,694)	26 (21 ; 30)	8,3 (5,551)	8 (3 ; 13)	
	Muitas vezes	43	28,3 (9,005)	27 (22 ; 32)	10,4 (5,724)	11 (5 ; 15)	
	Nunca	227	14,1 (8,678)	12 (7 ; 19)	< 0,001 2,7 (4,009)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	66	21,5 (6,891)	23 (15 ; 26)	7,1 (5,074)	6 (3 ; 11)	
Problemas nutricionais	Algumas vezes	42	25,0 (8,800)	26 (20 ; 31)	7,8 (6,040)	8 (2 ; 12)	
	Muitas vezes	38	28,5 (9,337)	29 (21 ; 36)	10,4 (5,971)	10 (5 ; 15)	
	Nunca	269	15,2 (8,804)	14 (7 ; 22)	< 0,001 3,4 (4,520)	1 (0 ; 5)	< 0,001
	Poucas vezes	40	24,3 (6,458)	25 (22 ; 28)	7,8 (4,955)	7 (4 ; 11)	

		PSS			GAI		
Irritação	Algumas vezes	87	22,4 (8,272)	23 (15 ; 28)	6,7 (5,820)	6 (2 ; 10)	
	Muitas vezes	42	28,2 (9,293)	28 (21 ; 34)	9,7 (5,952)	11 (5 ; 14)	
	Nunca	186	13,3 (8,528)	11 (7 ; 17)	< 0,001 2,5 (4,119)	1 (0 ; 3)	< 0,001
	Poucas vezes	74	21,4 (7,813)	23 (15 ; 28)	6,6 (4,632)	6 (3 ; 10)	
Palpitação	Algumas vezes	17	30,8 (7,620)	31 (24 ; 37)	12,2 (5,306)	12 (8 ; 17)	
	Muitas vezes	9	28,1 (11,868)	29 (20 ; 39)	12,0 (8,047)	15 (5 ; 19)	
	Nunca	319	16,7 (9,412)	15 (8 ; 24)	< 0,001 3,7 (4,492)	2 (0 ; 6)	< 0,001
	Poucas vezes	45	24,6 (7,341)	26 (21 ; 28)	10,1 (5,458)	11 (5 ; 14)	
Cansaço	Algumas vezes	47	25,5 (7,717)	26 (21 ; 30)	9,1 (6,128)	9 (4 ; 14)	
	Muitas vezes	25	31,7 (8,807)	32 (27 ; 39)	12,7 (4,973)	13 (9 ; 16)	
	Nunca	236	14,2 (8,596)	13 (7 ; 19)	< 0,001 2,8 (4,011)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	82	22,8 (7,191)	24 (19 ; 28)	6,8 (4,825)	6 (3 ; 10)	
Medo de que pessoas queridas (familiares amigos etc.) morram	Algumas vezes	137	16,6 (8,609)	15 (8 ; 23)	4,9 (5,110)	4 (0 ; 8)	
	Muitas vezes	95	25,5 (9,210)	26 (19 ; 31)	8,1 (5,668)	8 (3 ; 13)	
	Nunca	65	17,5 (9,618)	17 (11 ; 24)	< 0,001 3,5 (4,707)	2 (1 ; 5)	< 0,001
	Poucas vezes	93	14,8 (9,444)	13 (7 ; 25)	3,1 (4,955)	1 (0 ; 3)	
Uso de psicofármacos	Algumas vezes	27	27,3 (7,283)	28 (22 ; 32)	9,1 (6,251)	9 (4 ; 14)	
	Muitas vezes	24	31,3 (10,197)	30 (26 ; 39)	10,9 (6,633)	10 (6 ; 17)	
	Nunca	297	16,0 (9,050)	14 (8 ; 23)	< 0,001 3,8 (4,630)	2 (0 ; 6)	< 0,001
	Poucas vezes	42	23,3 (6,550)	24 (19 ; 28)	8,0 (5,328)	8 (3 ; 12)	
Vontade de ficar sozinha(o)	Algumas vezes	28	26,3 (7,953)	26 (23 ; 31)	11,0 (5,719)	12 (8 ; 15)	
	Muitas vezes	19	32,5 (9,192)	32 (26 ; 40)	11,9 (6,376)	14 (6 ; 17)	
	Nunca	282	15,6 (9,148)	14 (7 ; 22)	< 0,001 3,4 (4,381)	2 (0 ; 5)	< 0,001
	Poucas vezes	59	24,4 (5,828)	25 (20 ; 28)	7,9 (5,097)	7 (4 ; 12)	
Falta de vontade de fazer as minhas atividades diárias	Algumas vezes	54	26,0 (7,116)	27 (22 ; 31)	9,4 (5,753)	9 (4 ; 14)	
	Muitas vezes	33	29,1 (10,216)	28 (23 ; 38)	10,8 (5,314)	11 (6 ; 14)	
	Nunca	230	14,1 (8,370)	13 (7 ; 20)	< 0,001 2,9 (4,205)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	73	22,2 (7,733)	23 (17 ; 28)	6,1 (4,863)	5 (2 ; 9)	
Medo de adoecer	Algumas vezes	110	21,0 (8,984)	21 (14 ; 28)	6,5 (5,473)	5 (2 ; 11)	
	Muitas vezes	63	25,9 (9,046)	27 (20 ; 32)	8,4 (5,687)	8 (4 ; 12)	
	Nunca	87	13,9 (8,520)	13 (7 ; 18)	< 0,001 3,1 (4,611)	1 (0 ; 4)	< 0,001
	Poucas vezes	130	15,9 (9,518)	14 (7 ; 24)	3,4 (4,768)	1 (0 ; 5)	
Nervosismo	Algumas vezes	77	24,0 (7,814)	24 (19 ; 29)	8,4 (5,334)	8 (4 ; 12)	
	Muitas vezes	30	31,2 (7,785)	30 (27 ; 36)	10,6 (5,969)	12 (7 ; 15)	
	Nunca	177	13,1 (8,274)	11 (7 ; 18)	< 0,001 2,2 (3,813)	0 (0 ; 3)	< 0,001
	Poucas vezes	105	19,7 (8,233)	20 (13 ; 26)	5,7 (4,869)	4 (2 ; 8)	

		PSS			GAI		
Pânico	Algumas vezes	32	26,6 (6,928)	28 (22 ; 31)	< 0,001	9,9 (5,984)	9 (5 ; 14)
	Muitas vezes	19	31,3 (10,467)	31 (24 ; 40)		11,1 (6,096)	9 (7 ; 16)
	Nunca	297	15,5 (8,737)	14 (8 ; 22)		3,4 (4,339)	2 (0 ; 5)
Maior consumo de álcool ou de tabaco (p,ex,, cigarros)	Poucas vezes	41	27,5 (5,330)	28 (25 ; 30)	< 0,001	9,9 (5,056)	11 (5 ; 13)
	Algumas vezes	22	26,0 (7,650)	26 (22 ; 32)		9,7 (5,625)	11 (5 ; 13)
	Muitas vezes	10	33,4 (10,255)	32 (28 ; 40)		12,8 (3,676)	14 (11 ; 16)
Diminuição da vontade de sexo	Nunca	319	17,2 (9,757)	16 (8 ; 24)	< 0,001	4,3 (5,229)	2 (0 ; 7)
	Poucas vezes	39	21,2 (7,073)	22 (16 ; 26)		6,1 (4,877)	5 (2 ; 8)
	Algumas vezes	41	25,4 (8,405)	27 (21 ; 29)		9,2 (6,631)	9 (3 ; 15)
	Muitas vezes	29	28,2 (8,706)	27 (21 ; 32)	< 0,001	9,1 (5,391)	9 (5 ; 13)
	Nunca	282	15,9 (9,394)	14 (8 ; 23)		3,9 (4,835)	2 (0 ; 6)
	Poucas vezes	37	22,4 (6,710)	24 (17 ; 26)		5,8 (4,977)	5 (1 ; 8)

Nota: <sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

\*p-valor < 0,05 \*\*sd = desvio padrão

#### 4.7 Regressão múltipla para ocorrência de estresse e características sociodemográficas

No modelo de regressão, identificou-se que quanto maior a idade menor o nível de estresse apresentando significância estatística ( $p < 0,001$ ). Quanto ao número de pessoas que vivem com o idoso e dependentes, menor o estresse para os idosos que moram ou possuem uma ou mais pessoas. Idosos com maior nível de escolaridade e aposentando ou pensionista tendem a apresentar menores níveis de estresse.

Tabela 12- Estresse e características sociodemográficas em relação à exposição às informações sobre COVID-19 (n=390). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Variáveis	Estresse Percebido		
	$\beta$	95% CI1	p-valor
<b>Sexo</b>			
Feminino	—	—	
Masculino	1,19	-1,11, 3,48	0,310
<b>Idade</b>			
60 - 65 anos	—	—	
66 - 75 anos	-4,08	-6,35, -1,81	<0,001
76 anos ou mais	-7,51	-9,88, -5,15	<0,001
<b>Estado Civil</b>			
Casado	—	—	
Viúvo	36	-2,64, 2,71	0,979
Separado	2,73	-0,038, 5,49	0,053
Solteiro	152	-2,92, 3,22	0,923
<b>Coabitantes</b>			



Nenhuma	—	—	
1 pessoa	-3,77	-6,56, -0,98	<b>0,008</b>
2 pessoas	-1,14	-4,17, 1,90	0,462
3 pessoas ou mais	1,57	-1,55, 4,70	0,323
<b>Nível Escolaridade</b>			
Analfabeto	—	—	
Ensino básico completo ou incompleto	337	-6,35, 7,03	0,921
Ensino Médio	-685	-7,41, 6,04	0,841
Graduação	-689	-7,55, 6,17	0,844
Pós-graduação	4,04	-2,78, 10,9	0,245
<b>Serviços de Saúde</b>			
Nenhum	—	—	
Utilizo ambos (serviços de saúde gratuitos e pagos)	1,65	-9,70, 13,0	0,775
Utilizo apenas serviços gratuitos de saúde	1,19	-10,2, 12,6	0,837
Utilizo apenas serviços pagos de saúde, incluindo plano de saúde	4,57	-6,87, 16,0	0,433
<b>Dependentes</b>			
Sem dependente	—	—	
1 ou 2 dependentes	-2,36	-5,57, 0,858	0,150
3 ou mais dependentes	3,05	-0,789, 6,88	0,119
<b>Fonte de Renda</b>			
Não possui renda	—	—	
Aposentado/ Pensionista	-3,44	-7,68, 0,810	0,112
Assalariado	36	-4,82, 4,89	0,988
Autônomo	12,4	1,95, 22,9	<b>0,020</b>

\*Nota: p-valor < 0,05

\*\*IC95%= intervalo de confiança de 95%\*\*\*  $\beta$ = coeficiente de regressão

#### 4.8 Regressão múltipla para ocorrência de ansiedade e características sociodemográficas

Quando comparado a variável idade, após análise de regressão múltipla, apresentou rastreo negativo, onde quanto maior a idade é menor o nível de ansiedade. Na categoria de resposta de estado civil, idosos viúvos mostraram-se menos ansiosos. Quanto ao número de pessoas que vivem com o idoso e dependentes, menor ansiedade para os idosos que moram ou possuem uma ou mais pessoas. Idosos com maior escolaridade possui menor influencia pela ansiedade comparando-se a baixa escolaridade.

Tabela 13- Sinais e sintomas de alterações psicopatológicas devido à exposição às informações sobre COVID-19. (n=390). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

<b>Inventário de Ansiedade Geriátrica</b>			
Variáveis	$\beta$	95% CI1	p-valor
<b>Sexo</b>			
Feminino	—	—	
Masculino	268	-0,99, 1,53	0,677
<b>Idade</b>			
60 - 65 anos	—	—	
66 - 75 anos	-1,60	-2,86, -0,345	<b>0,013</b>
76 anos ou mais	-3,80	-5,11, -2,50	<b>&lt;0,001</b>
<b>Estado Civil</b>			
Casado	—	—	
Viúvo	-541	-2,01, 0,933	0,471
Separado	911	-0,610, 2,43	0,240
Solteiro	428	-1,26, 2,12	0,619
<b>Coabitantes</b>			
Nenhuma	—	—	
1 pessoa	-903	-2,43, 0,622	0,245
2 pessoas	1,08	-0,583, 2,74	0,203
3 pessoas ou mais	2,32	0,605, 4,03	<b>0,008</b>
<b>Nível Escolaridade</b>			
Analfabeto	—	—	
Ensino básico completo ou incompleto	-3,09	-6,79, 0,616	0,102
Ensino Médio	-3,04	-6,76, 0,686	0,110
Graduação	-3,93	-7,73, -0,129	<b>0,043</b>
Pós-graduação	-2,15	-5,93, 1,62	0,263
<b>Serviços de Saúde</b>			
Nenhum	—	—	
Utilizo ambos (serviços de saúde gratuitos e pagos)	-1,76	-8,04, 4,52	0,583
Utilizo apenas serviços gratuitos de saúde	-1,18	-7,47, 5,11	0,712
Utilizo apenas serviços pagos de saúde, incluindo plano de saúde	-725	-7,05, 5,60	0,822
<b>Dependentes</b>			
Sem dependente	—	—	
1 ou 2 dependentes	-1,23	-2,98, 0,514	0,166
3 ou mais dependentes	2,39	0,300, 4,47	<b>0,025</b>
<b>Fonte de Renda</b>			
Não possui renda	—	—	
Aposentado/ Pensionista	-1,97	-4,32, 0,386	0,101
Assalariado	-655	-3,34, 2,04	0,633
Autônomo	4,86	-0,932, 10,7	0,100

\*Nota de p-valor < 0,05

\*\*IC95%= intervalo de confiança de 95% \*\*\*  $\beta$ = coeficiente de regressão

#### 4.9 Regressão múltipla para ocorrência de estresse e repercussões sobre a pandemia de COVID-19

O rastreio positivo para sintomas de estresse e ansiedade esteve significativamente associado ( $p < 0,001$ ). No modelo de regressão, identificou-se que houve associação entre estresse e ansiedades, as seguintes repercussões: nervosismo, problemas digestivos (p.ex., “dor de estômago ou de barriga”), boca seca, falta de interesse por atividades do dia a dia, falta de energia, ansiedade, dificuldade para respirar (p.ex., falta de ar), medo indeterminado, desânimo, dor de cabeça, cansaço e vontade de ficar sozinha.

Tabela 14- Sinais e sintomas de alterações psicopatológicas devido à exposição às informações sobre COVID-19. (n=390). Rio de Janeiro. 2020.

Variáveis	PSS			GAI		
	$\beta$	95%CI1	p-valor	$\beta$	95%CI1	p-valor
Falta de esperança ou pessimismo	7,1	13,2 -20,9	<0,001	7,22	4,98-9,47	<0,001
Suor frio ou calafrios	8,95	1,51- 16,4	<b>0,018</b>	6,96	2,89-11,0	<0,001
Irritação	14,9	12,1- 17,8	<0,001	7,19	5,56-8,82	<0,001
Falta de vontade de fazer as minhas atividades diárias	15,1	12,0- 18,1	<0,001	7,92	6,21-9,63	<0,001
Medo de adoecer	12	9,07-5,0	<0,001	5,27	3,62-6,93	<0,001
Nervosismo	18,2	15,0-21,3	<0,001	8,44	6,64-10,2	<0,001
Pânico	15,8	11,9-19,7	<0,001	7,63	5,46-9,80	<0,001
Maior consumo de álcool ou de tabaco	16,2	10,3-22,2	<0,001	8,46	5,18-11,7	<0,001
Diminuição da vontade de sexo	12,2	8,78-15,7	<0,001	5,18	3,23-7,14	<0,001
Medo de morrer	9,92	6,53-13,3	<0,001	4,53	2,64-6,43	<0,001
Problemas digestivos	18,1	13,8-22,5	<0,001	9,15	6,73-11,6	<0,001
Boca seca	20,3	15,7-24,9	<0,001	11	8,50-13,5	<0,001
Falta de interesse por atividades do dia a dia	18,2	15,2-21,2	<0,001	8,65	6,89-10,4	<0,001
Falta de energia	17,6	14,5-20,7	<0,001	9,18	7,40-11,0	<0,001
Aperto no peito	17	10,4-23,6	<0,001	9,45	5,99-12,9	<0,001
Preocupação	12,1	9,15-15,1	<0,001	6,58	4,98-22	<0,001
Uso de substâncias ilegais	7,8	3,41-42,2	<b>0,021</b>	10,1	-0,476-20,8	<b>0,061</b>
Vontade de morrer	10,4	-2,87-23,6	<b>0,125</b>	11,1	4,13-18,1	<b>0,002</b>
Ansiedade	18,5	15,7-21,3	<0,001	9,07	7,46-10,7	<0,001
Dificuldade para respirar	17,1	7,94-26,3	<0,001	5,97	1,06-10,9	<b>0,017</b>
Tristeza	15,6	12,7-18,5	<0,001	6,95	5,21-8,68	<0,001
Medo, mas não sei do quê	18,6	15,4-21,8	<0,001	8,56	6,69-10,4	<0,001
Desânimo	18,9	15,6-22,1	<0,001	8,53	6,64-10,4	<0,001
Raiva	11,2	8,03-14,4	<0,001	4,35	2,56-6,13	<0,001
Tremor	12,1	4,69-19,6	<b>0,001</b>	6,6	2,66-10,5	<b>0,001</b>
Dor de cabeça	17,3	12,8-21,7	<0,001	9,87	7,53-12,2	<0,001
Dores musculares	14,1	10,8-17,3	<0,001	7,9	6,13-9,66	<0,001
Problemas de sono	14,3	11,6-17,0	<0,001	7,71	6,19-9,23	<0,001
Problemas nutricionais	13,3	10,4-16,3	<0,001	6,97	5,30-8,64	<0,001
Palpitação	11,4	5,28-17,5	<0,001	8,25	5,10-11,4	<0,001
Cansaço	17,5	14,1-20,9	<0,001	9,88	8,00-11,8	<0,001
Medo de que pessoas queridas morram	8,04	5,15-10,9	<0,001	4,69	3,06-6,32	<0,001
Uso de psicofármacos	15,3	11,7-19,0	<0,001	7,15	5,08-9,22	<0,001
Vontade de ficar sozinha(o)	16,9	12,9-21,0	<0,001	8,48	6,29-10,7	<0,001

\*Nota: p-valor < 0,05

\*\*IC95%= intervalo de confiança de 95%\*\*\*  $\beta$ = coeficiente de regressão

## 5- DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelaram rastreamento positivo para estresse e ansiedade na população idosa, de acordo a análise dos resultados e afirmam hipótese positiva para estresse e ansiedade generalizada. Foi encontrado prevalência de níveis de estresse em 7,81% dos idosos, com escore médio de estresse percebido de 18,5 (DP= 9,96). Outros estudos que utilizaram a mesma escala e método de análise, prévios à pandemia de COVID-19, encontraram maiores escores médios de estresse percebido na população idosa (BARCELOS et. al., 2021). Em relação a ansiedade, escores elevados foram encontrados em 16,8% dos idosos, com escore médio de TAG de 5,0 pontos, variando de 0 a 20 pontos com (DP = 5,47).

Altos níveis de ansiedade podem se tornar um problema, uma vez que um estudo recente descobriu que a ansiedade relacionada à COVID-19 está fortemente associada a deficiências funcionais, utilização de álcool ou drogas, enfrentamento religioso negativo, desesperança extrema e ideação suicida (LEE, 2020). Os idosos são particularmente vulneráveis a sintomas psiquiátricos durante uma pandemia, e o surto da COVID-19 levantou significativos desafios para os serviços de saúde mental para idosos da comunidade (YANG et al., 2020). As manifestações dos sintomas é de fundamental observação e estudos, pois estas podem evoluir para um quadro patológico, relacionado com o transtorno depressivo maior ou transtornos graves de ansiedade generalizada (TAPOROSKI et al, 2015).

A imprevisibilidade da propagação e a periculosidade do vírus tem um impacto adicional na saúde mental, com um aumento antecipado de ansiedade e depressão devido ao aumento de incertezas, e descobertas recentes mostraram picos reais nesses estados negativos de humor (MELO; SOARES, 2020). A interação social reduzida, as perdas econômicas e as mudanças de rotina levaram ao impacto psicológico e emocional, como desmotivação, perda de significado e diminuição da autoestima (BRASIL, 2020; MELO; SOARES, 2020).

Ao se tratar de ansiedade na faixa etária adulta, mais especificamente quando se fala de população idosa, há poucos estudos na literatura analítico-comportamental sobre o tema. Podem ser citadas como pessoas em risco de dano psicológico devido ao isolamento social durante a pandemia: pessoas com condições de saúde física e mental pré-existentes (como ansiedade, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo) e pessoas idosas que moram sozinhas ou em instituições como casas de repouso e instalações para necessidades especiais, dentro outros (NUNES et al., 2020).

Tragédias anteriores mostraram que as implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia e que os impactos psicossociais e econômicos podem ser incalculáveis se considerarmos sua ressonância em diferentes contextos (WHO, 2020). Alguns autores apontam maior vulnerabilidade dos idosos a problemas emocionais durante crises e epidemias (YANG et al., 2020; LIMA et al., 2020).

Na pandemia de influenza H1N1, em 2009, ocorreu mudança comportamental, mesmo estando em estado saudável de saúde, conforme apontam Asmundson e Taylor (2020). Os autores destacam que a ansiedade pode provocar interpretação equivocada das sensações corporais, de forma que a pessoa as confunda com sinais da doença e se dirija desnecessariamente a serviços hospitalares (REIS et al., 2022).

Segundo Shultz et al. (2016), durante o surto de ebola, comportamentos relacionados ao medo tiveram impacto epidemiológico individual e coletivo durante todas as fases, aumentando as taxas de sofrimento e sintomas psiquiátricos da população, o que contribuiu para o aumento da mortalidade indireta por outras causas. Ainda que o medo aumente os níveis de ansiedade e estresse (ORNELL et al., 2020), também deve ser considerado uma estratégia adaptativa, visto sua correlação com a adesão ao isolamento (BEZERRA et al., 2020; BROOKS, 2020).

Os seres humanos são seres sociais, independentes da nacionalidade ou formação cultural, e manter o isolamento por um longo período pode criar um sofrimento psicológico significativo (MELO; SOARES, 2020). Medidas de isolamento social, encontra-se o sentimento de solidão, sobre o qual autores apontam necessidade de trabalhar estratégias que evitem a associação da solidão com percepção de abandono e estimulem o fortalecimento da rede de apoio por meio de dispositivos digitais (OLIVEIRA et al., 2020).

É válido destacar, ainda, que se pode vislumbrar um impacto psicológico maior na população brasileira, tendo em vista dados de uma pesquisa chinesa que apontou que, dentre 1.210 participantes, 53% apresentaram sequelas psicológicas moderadas ou severas, incluindo sintomas depressivos (16,5%), ansiosos (28,8%) e estresse moderado a grave (8,1%) (WANG et al., 2020b; REIS et al., 2022).

As variáveis associadas ao tempo de exposição diária às redes sociais maior que 6,8 horas; sentir-se afetado por informações veiculadas nas redes sociais; rastreo positivo para sofrimento psíquico (sinais e sintomas físicos e/ou psíquicos) causados e/ou agravados pela exposição a informações sobre COVID-19. Muito embora o maior número de idosos utilize a televisão para busca de informações, a variável que se mostrou associada a alterações psicopatológicas foi aquela referente às notícias acessadas pelas redes sociais.

Desse modo, pode-se alegar que a disseminação exacerbada de informações a partir da televisão e das redes sociais pode repercutir negativamente na saúde mental de idosos,

embora não se possa desconsiderar que também tenha sua contribuição para as práticas de prevenção de doenças e promoção a saúde (CAVALCANTE et al., 2022).

A identificação das fontes ou situações consideradas como estressantes pelos idosos é um aspecto de relevância, na medida que desafia a capacidade de adaptação mental, física e social dos indivíduos (FORTES-BURGOS; NERI, 2010).

O perfil sociodemográfico deste estudo indicou prevalência entre os idosos do sexo feminino, com faixa etária de 66 à 75 anos, com imóveis próprios, nível médio e superior e com fonte de renda aposentados e pensionista. Os idosos que utilizam as mídias digitais, obtêm o maior nível de escolaridade, com acesso e conhecimento para uso da internet. Encontrou-se maior frequência de uso da televisão para acessar notícias e informações sobre COVID-19.

Embora um maior número de idosos utilizem a televisão para busca de informações, a variável que se mostrou associada a alterações psicopatológicas foi referente às notícias acessadas pelas redes sociais. Um levantamento especial realizado durante a pandemia de COVID-19 indicou que, no Brasil, 64% dos idosos acessavam a internet e que destes, 91% possuíam cadastro em alguma rede social e 66% disseram ter aumentado a frequência de uso durante a pandemia (IBGE, 2018).

O expressivo aumento da população de idosos acarreta impactos e desafios políticos, socioculturais e econômicos para atender às demandas desse crescente contingente. Uma delas é a participação de forma mais efetiva na sociedade, inclusive nas atividades relacionadas à tecnologia (CARVALHO, 2016).

O uso da internet no Brasil, embora crescente em todos os grupos etários, foi mais acelerado nas idades mais elevadas. Observou-se o aumento do percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade que utilizaram a internet entre 2018 (38,7%) e 2019 (45,0%), provavelmente ocorrido devido à evolução nas facilidades de uso dessa tecnologia e pela sua disseminação no cotidiano da sociedade desde décadas anteriores (IBGE, 2021).

O uso do celular, com o avanço tecnológico, vem ganhando espaço, sendo considerado como o principal meio de acesso à internet pelas pessoas idosas. É justificável quando se entende que os aparelhos portáteis possuem vantagens por serem utilizados em qualquer lugar, são fáceis de usar, pois são menos complexos que outras interfaces e não exigem infraestrutura com fio. Além disso, o custo financeiro é menor dessa tecnologia, comparado com outros dispositivos, e tem como comodidade estar utilizando a internet em sua própria casa (AMORIN et al., 2018).

As dificuldades apresentadas pelos idosos, decorrentes da falta de familiaridade com a tecnologia, do medo, da insegurança de manipular dispositivos eletrônicos, da dificuldade visual, motora e de memória e atenção, são compensadas pela motivação, pelo interesse e empenho em aprender a utilizar a internet e os dispositivos eletrônicos (SILVA et al.,

2016). Um dos temas que desperta o interesse dos idosos é a própria saúde. Um estudo com idosos poloneses mostrou que 32% faziam uso da internet frequentemente, entre os quais 81% a usavam para obter informações sobre doenças específicas e saúde (BUJNOWSKA-FEDAK, MASTALERZ-MIGAS, 2015).

Os resultados indicaram que os idosos com maior idade e menor nível de escolaridade foram menos afetados pela infomeia de COVID-19. Ressalta que, no presente estudo, as idades foram assim categorizadas levando-se em conta a classificação da ONU (2015), onde pessoas com 80 anos ou mais são “pessoas mais velhas”. Percebe-se que a capacidade de se adaptar às circunstâncias trazidas com a atual pandemia é bastante heterogênea na população idosa em geral. Alguns indivíduos são mais suscetíveis ao estresse do que outros. Limitações naturais observadas em idosos, como perdas funcionas, assim como dificuldades na locomoção. Skinner e Vaughan (1985) apontam que esta situação pode ter caráter ansiogênico para o idoso, mas também ter função adaptativa.

Embasando-se na teoria Lifespan, o resultado da articulação de componentes cognitivos e sociais que visam a converter situações negativas em positivas; seria uma aptidão pessoal e social utilizada para negociar mudanças e desafios da vida, objetivando viver uma boa vida e buscar o bem comum (GLUCK, BLUCK, BARON, & MCADAMS, 2005). Diante do cenário pandêmico, resgata-se a concepção da plasticidade comportamental (BALTES, 1990), onde propuseram um modelo adaptativo composto de estratégias de seleção, otimização e compensação (SOC). Essas estratégias são utilizadas pelo indivíduo com o objetivo de manejar satisfatoriamente mudanças biológicas, psicológicas e sociais e propiciam oportunidades e limitações (NERI, 2006).

Alguns autores sugerem que idosos tenham mais recursos para lidar com os estressores devido a enfrentamentos anteriores, além do fato de controlarem melhor suas reações emocionais frente aos estressores (CARNEY, 2021). Por outro lado, se reconhece que, comparados aos indivíduos mais jovens, os idosos são menos prováveis de relatar que experimentaram elevados níveis de estresse, e que as habilidades pessoais para o gerenciamento do estresse tendem a melhorar com o avanço da idade (APA, 2014).

Tal diferença, pode ser explicada, em parte, pelo fato dos idosos reconhecerem a importância de se adotar estratégias de gerenciamento do estresse, tais como manter hábitos saudáveis de estilo de vida (p. ex., fazer refeições saudáveis e regulares, evitar o uso de álcool), buscar com maior frequência orientação/atendimento de profissionais de saúde, engajar-se em associações e/ou ações sociais, além de expressarem com frequência seus pensamentos e sentimentos. Estes aspectos têm sido apontados como os principais fatores através dos quais os idosos apresentam maior êxito no enfrentamento do estresse, quando comparados aos indivíduos de grupos etários mais jovens (APA, 2012).

A mudança no equilíbrio entre ganhos e perdas sugere levar-se em consideração a busca de estratégias para facilitar o ajuste do idoso à realidade. A grande questão será auxiliá-los na aquisição de estratégias adaptativas que envolvam mudanças em aspirações e projetos e que se adequem às suas novas demandas. Devido à diminuição de sua capacidade adaptativa, pessoas idosas terão especial necessidade de apoios compensatórios; destarte, ambientes favoráveis que tragam melhorias nas condições desenvolvimentais e que exijam da capacidade cognitiva do idoso são imprescindíveis (LIMA, 2011).

No entanto, o contexto de pandemia estabelece contingências comuns a uma boa parte da população como a perda de reforçadores sociais relacionados ao contato direto com outras pessoas que não aquelas com as quais são compartilhados os espaços de isolamento social - amigos, colegas de trabalho, demais familiares; além de uma falta abrupta de acesso a reforçadores positivos já estabelecidos no padrão comportamental de cada indivíduo – como as atividades de lazer, de esporte, religiosas e de entretenimento de um modo geral (APA, 2012;WHO, 2020).

Quanto as repercussões relacionados a infodemia sobre COVID- 19 nas mídias sociais, pode-se destacar como causas mais citadas de estresse, medo, ansiedade e conscientização. Outros estudos apontam complementarmente, morte do cônjuge ou de um ente querido, a presença concomitante de outra doença (p. ex., uma doença crônica), a perda de papéis ou funções sociais, preocupações financeiras e econômicas, problemas de saúde afetando a família, aspectos do trabalho, responsabilidades com os familiares e os relacionamentos interpessoais (APA, 2012).

Com relação as alterações psicopatológicas à exposição às informações sobre COVID-19, foram encontrados as seguintes repercussões: nervosismo, problemas digestivos, boca seca, falta de interesse por atividades do dia a dia, falta de energia, ansiedade, dificuldade para respirar (p.ex., falta de ar), medo, desânimo, dor de cabeça, cansaço e vontade de ficar sozinha. As reações psicológicas esperadas nesse tipo de evento podem ser agravadas com o aumento do tempo necessário de distanciamento social. Contudo, o estresse e o medo, quando manejados adequadamente, possuem papel importante na manutenção da vida e do foco nas atividades a serem realizadas. Nesse sentido, a identificação de recursos internos previamente utilizados e que foram bem sucedidos é fundamental para um desfecho favorável em termos de saúde mental (FIOCRUZ, 2020).

Considerando a instabilidade dos cenários em decorrência da pandemia COVID-19, o volume de informações e as mudanças constantes experienciadas, é esperado que as pessoas apresentem queda na capacidade de concentração, bem como sensação de letargia, o que, muitas vezes, leva à diminuição do interesse para realizar atividades cotidianas (FIOCRUZ, 2020).



É válido salientar que, antes mesmo da COVID-19, muitos idosos referiam se sentir isolados, de forma que as implicações das medidas adotadas para conter a doença têm potencial para amplificar o sofrimento nesses casos. Além disso, o avanço progressivo do tempo pode culminar em diversas perdas físicas, sociais e cognitivas para a pessoa idosa. Por isso, o contexto de pandemia de COVID-19 pode significar além de outras situações de estresse, mais perdas em potencial, o que vai exigir intensa elaboração emocional do sujeito que envelhece (FIOCRUZ, 2020).

Os sintomas sentidos pelos participantes em consequência do estresse também diferiram conforme o sexo, sendo mais frequentes os distúrbios do sono e o cansaço entre os homens, e as dores de cabeça e dores no corpo entre as mulheres (NORONHA et al., 2006). As investigações sobre ansiedade são relevantes nos meios científicos e assistenciais, por estar ligada a sintomas físicos como: taquicardia, tontura, dor de cabeça, dores musculares, insônia, angústia e também irritabilidade e tensão (FERREIRA et. al., 2009).

Gorenstein e Andrade (2000) definem a ansiedade como sendo uma condição emocional que é parte integrante do espectro inerente das expectativas humanas, tem componentes fisiológicos e psicológicos que englobam situações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideais de catástrofe ou incapacidade pessoal, aumento do estado de vigília, tensão, dor muscular, sensação de bloqueio respiratório, tremor, inquietação e outros desconfortos somáticos provenientes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo.

A atenção ao idoso deve ser renovada de forma integrada e por meio de instrumentos capazes de disseminar conhecimentos e compartilhar experiências. Assim, a avaliação do idoso deve ser multidimensional de modo a contemplar as dimensões envolvidas no processo saúde-doença, para que os problemas de saúde considerados “decorrentes da idade” recebam abordagem adequada, por meio da elaboração do plano de cuidados. A prática geriátrica moderna é fundamentada na identificação, avaliação e tratamento do idoso frágil, por se tratar do paciente que mais necessita de cuidados (LOURENÇO, 2010; MORAES, 2012).

Com o envelhecimento populacional há uma maior demanda por serviços de prevenção e promoção à saúde da população idosa e formação de recursos humanos para a APS, com competências orientadas para as especificidades do idoso. Os serviços inovadores servirão de base para implantação de novas práticas. Nesse contexto, existe uma demanda por estratégias que viabilizem o envelhecimento ativo com cidadania (MOTTA; AGUIAR, 2006; ASSIS, 2010).

As ações direcionadas ao idoso devem estimular o respeito à individualidade, autonomia, independência, o fortalecimento dos laços familiares entre outros fatores. Deve-se ter a perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida, efetiva

participação social do idoso, a fim de assegurar o envelhecimento ativo e saudável. O acolhimento requer um atendimento a todos com atenção, postura eficaz, segurança e ética. O trabalho deve ser realizado de forma a proporcionar um vínculo de respeito entre a equipe e o usuário. Considerando-se as particularidades, os idosos devem ser tratados como pessoas que necessitam da atenção individual, que esta fase da vida exige (MG, 2006).

A chegada da pandemia do coronavírus trouxe consigo um conjunto de desafios em todo o mundo. Talvez um dos maiores diga respeito ao próprio desconhecimento em relação aos incontáveis efeitos sobre distintos públicos, em diferentes territórios. Diferentes narrativas passaram a coexistir naquele momento, dando enfoque ao excesso de informações falsas e ausência de dados científicos fossem apurados (MATTA, 2021).

Nesse contexto, o desenvolvimento de pesquisas e a produção de dados atualizados se fez urgente, num esforço coletivo de encontrar caminhos para os diferentes efeitos da pandemia em nossa sociedade. O agravamento da situação sanitária trouxe consigo um cenário de graves consequências econômicas e sociais que impactam a população idosa no Brasil, tendo em vista o aprofundamento das desigualdades sociais, os efeitos do contexto sobre a saúde mental (SOBRINHO, 2022).

No mesmo período, foi também anunciado o adiamento do censo demográfico, o que tornou ainda mais urgente a produção de dados atualizados sobre a população de idosos, para permitir análises contextualizadas para apoiar a formulação e implementação de respostas concretas aos desafios impostos pela pandemia do coronavírus (SOBRINHO, 2022).

Pretende-se avançar em conhecimentos sobre a infodemia e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos, considerando a multiculturalidade dos países envolvidos. Esperamos avançar na elaboração de um consenso de estratégias de enfrentamento às principais reações de idosos às infodemia. Tais contribuições são fundamentais para direcionar intervenções e subsidiar políticas públicas de saúde, especialmente para idosos, pelas maiores taxas de letalidade da COVID-19 (CAVALCANTE, 2021).

No contexto da infodemia da COVID-19 na população idosa, buscam-se através da pesquisa sobre a temática gerar novos conceitos úteis à discriminação da natureza específica das mudanças comportamentais que ocorrem no cenário de uma pandemia e à compreensão da continuidade e da descontinuidade dos temas do desenvolvimento ao longo dos anos mais tardios da vida. São contribuições relevantes não só à compreensão do envelhecimento, como também à ampliação dos horizontes da gerontologia.

Na pós-pandemia, para a ampliação da enfermagem gerontológica se faz necessário uma reestruturação, onde é preciso amplificar ainda a qualificação dos recursos humanos para atender ao crescente contingente de pessoas idosas na população. Vale destacar que promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde capacitados,

visando a qualificar a assistência às pessoas idosas no contexto de promoção, de prevenção, de avaliação, de tratamento, de reabilitação e de cuidados paliativos é uma das diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2017b).

Entre essas oportunidades, está a participação em ações educativas de saúde em novos formatos, nos quais destaca-se o papel do profissional enfermeiro, que deve estimular a escolha de comportamentos promotores de saúde e orientar como adotá-los e sua adesão aos programas de saúde, a fim de manter a qualidade de vida e evitar o declínio funcional desse indivíduo. Em decorrência da pandemia, a suspensão das atividades presenciais dos grupos de apoio às pessoas idosas pode ter impactado na saúde física e mental destas (LEONELLO; OLIVEIRA; 2008).

Possivelmente, após o controle da doença, por meio da disponibilização da vacina específica ao vírus, muitos ainda sentirão medo e receio de retomá-las, frente a tantas informações equivocadas que os idosos receberam. Nesse caso, caberá aos profissionais de saúde encorajá-los a retomada gradual dessas atividades, buscando novas formas de participação no contexto comunitário e nos serviços de saúde dentro do novo padrão normativo de medidas de saúde.

Este estudo teve como limitações a consistência e a qualidade da coleta de dados nos idosos, sendo realizada por *web survey*, o que pode possibilitar um viés de seleção dos participantes e não garante a acurácia da entrevista presencial. Logo, se faz necessária cautela na interpretação de relações causais entre as variáveis e generalização dos achados deste estudo para a população idosa em geral. Há necessidade de estudos complementares que verifiquem a interferência de atributos psicológicos e sociais, no pós pandemia, sem interferência desse cenário pandêmico, em que foram necessárias uma série de medidas restritivas.

## 6- CONCLUSÃO

As hipóteses testadas através das análises estatísticas foram confirmadas, ou seja, idosos com maior exposição às notícias e informações sobre COVID-19 apresentam maior frequência de rastreio positivo para estresse e ansiedade, além do impacto autopercebido físico e psicológicos gerarem repercussões nos idosos. Tais evidências tornam-se informações importantes, especialmente na discussão da saúde mental do idoso.

A partir dos achados desta pesquisa, identificou-se que durante a pandemia COVID-19, uma parte importante dos idosos apresentou sintomas relevantes estresse e ansiedade. Ademais, a exposição às informações também apresentou repercussões importantes para a pessoa idosa, especialmente as informações advindas da internet.

O estudo possibilitou visualizar as alterações físicas e psicológicas da infodemia de COVID-19 para a população idosa do Rio de Janeiro, na qual pôde-se também confirmar a significância das mídias sociais para os idosos e o quanto as notícias veiculadas afetam esta população. Assim, torna-se primordial ampliação de discussões científicas acerca da saúde mental e bem-estar da população idosa, principalmente em momentos tão específicos como a pandemia COVID-19.

O estudo traz implicações importantes para promover o avanço em conhecimentos sobre a infodemia em especial na população idosa. Elaborar um consenso de estratégias de cuidado gerontológica para o enfrentamento às principais reações de idosos às infodemias, visando estabelecer boas práticas, faz-se imprescindível.

Ademais, a pesquisa apresenta contribuições para enfermagem e cuidados multiprofissionais na perspectiva científica, com potencial para ampliação do escopo da construção de múltiplos conhecimentos na área. Sugere-se como estratégias futuras, o uso de métodos mistos, no qual, pode ser um meio de expandir sobre a temática objetivando um estudo de pesquisa de intervenção. Desta forma, espera-se contribuir especialmente no uso das tecnologias de informação e comunicação, para promoção de um comportamento informacional saudável da população idosa, e que este possa assim, promover melhoria da qualidade de vida.

## 7- REFERÊNCIAS

ACOSTA, M.A.; RODRIGUES, F.A.Z.; PASTORIO A. Análise do uso dos meios de comunicação por idosos de Santa Maria/RS. **Estud Interdiscipl Envelhec.** 2012;17(1):167-182. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.20824>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ANVISA. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020.** Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de Saúde. (Complementar à Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA Nº 04/2020). 2020. Acesso em: 20 abr. 2021.

ARMITAGE, R.; NELLUMS, L.B. **COVID-19 and the consequences of isolating the elderly.** *The Lancet Public Health.* 2020;5(5):e256. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X). Acesso em: 20 abr. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* Porto Alegre: **Artmed Editora.** Acesso em: 20 abr. 2021.

AMORIM, D.N.P.; SAMPAIO, L.V.P.; CARVALHO, G.A.; VILAÇA, K.H.C. Aplicativos móveis para a saúde e o cuidado de idosos. *RECIIS.* 2018;12(suppl 1):58-71. doi: 10.29397/reciis.v12i1.1365. Acesso em: 20 nov. 2022.

ARNEY, A.K.; GRAF, A.S.; GRACE, H., WILSON, E. Age Moderates Perceived COVID-19 Disruption on Well-Being. **The Gerontologist** 2021; 61(1): 30-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa106>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ASMUNDSON, G. J. G.; & TAYLOR, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. **Journal of Anxiety Disorders,** 70, 1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BAJARDI, P., POLETTO, C., RAMASCO, J. J., TIZZONI, M., COLIZZA, V., & VESPIGNANI, A. (2011). **Human mobility networks, travel restrictions, and the global spread of 2009 H1N1 Pandemic.** *Plos One,* 6(1), e16591. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016591>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Editoração e Publicações. Coordenação de Edições Técnicas 2019. Lei no 10.741/2003 - **Estatuto do idoso 3. ed.** – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019. 38 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554326/estatuto\\_do\\_idoso\\_3ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554326/estatuto_do_idoso_3ed.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

BALTES, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology,** 32 (5), 611-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BALTES, P. B., & BALTES, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), **Successful aging: perspectives from behavioral sciences** (pp.1-34). Cambridge:

Cambridge University Press. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BALTES, P. B.; REESE, H. W.; LIPSITT, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. **Annual Review of Psychology**, 31, 65-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433>. Acesso em: 20 abr. 2021

BANDURA, A. (1986). **Social foundations of thought and action: a social cognitive approach**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc. Acesso em: 20 abr. 2021.

BARBOSA, A.J.G.; FREITAS, E.R.; CAVALCANTE, R. **Universidade Federal de Juiz de Fora**. Escala de Sintomas de Infodemia (ESI). 2020. Acesso em: 20 abr. 2021.

BARCELOS, T.N.; MUNIZ, L.N.; DANTAS, D.M.; COTRIM JUNIOR, D.F.; CAVALCANTE, J.R.; FAERSTEIN, E. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2021;45:e65. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

BAUER, M. E. **Imunossenescência: envelhecimento do sistema imune**. [s.l.] EDIPUCRS, 2019. Acesso em: 20 abr. 2021.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; & RUBIN, G. J. (2020). **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence**. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>. (20)30460-8. Acesso em: 20 abr. 2021.

BROWN, E. E.; KUMAR, S.; RAJJI, T. K.; POLLOCK, B. G.; & MULSANT, B. H. (2020). Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. **Am J Geriatr Psychiatry**. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BUJNOESKA-FEDAK, M.M.; MASTALERZ-MIGAS, A. Usage of medical internet and e-health services by the elderly. *Adv Exp Med Biol [Internet]*. 2015 [citado 2017 jul. 19];3:75-80. [https://doi.org/10.1007/5584\\_2014\\_741](https://doi.org/10.1007/5584_2014_741). Acesso em: 20 ago. 2021.

CARSETTI, R.; ZAFFINA, S.; PIANO MORTARI, E.; TERRERI, S.; CORRENTE, F.; CAPPONI, C.; PALOMBA, P.; et al.(2020) **Diferentes inatos e adaptativos Respostas imunes à infecção por SARS-CoV-2 em casos assintomáticos, leves e graves**. *Frente. imunol.* 11:610300. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.610300>. Acesso em: 27 abr. 2021.

CARVALHO, E.; ARANTES, R.C.; CINTRA, A.S.R. A inserção de idosos do Instituto Henrique da Silva Semente (IHSS) no município de Indaiatuba/SP na era digital: contribuições fisiogerontológicas. **Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]**. 2016 ago. [citado em 2017 jul. 6];19(4):567-75. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.1500364>.

CARVALHO, P. M. M.; MOREIRA, M. M.; OLIVEIRA, M. N. A.; LANDIM, J. M. M.; & ROLIM NETO, M. L. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. **Psychiatry Research**, 286(112902), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>. Acesso em: 27 abr. 2021.

CAVALCANTE, R. B.; CARBOGIM, F. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, C. M. D.; RIBEIRO, A. Q.; PINTO, I. C.; ZACHARIAS, F. C. M.; FABRIZ, L. A.; OLIVEIRA, D. M.; MENDONÇA, E. T.; MOREIRA, T. R.; MACHADO, R. M.; BITENCOURT, G. R.; SOUZA, P. A.; SANTANA, R. F.; CRUZ, G. E. C. P.; FREITAS, E. R.; SILVA, H. S.; CRUZ, F. V.; FHON, J. R. S.; KITAMURA, E. S.; LEITE, I. C. G.; BRAZ, P. R.; SANTOS, R. C. D.; ROCHA, F. P.; SILVA, E. A.; TAVARES, T. B.; MARTINS, J. G. D.; PÜSCHEL, V. A. A. Repercussões da infodemia associada ao covid-19 na saúde mental do idoso no brasil. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (Cuba)**, v. 33, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/194422>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAVALCANTE, R. B.; BRAZ, P. R.; TAVARES, T. B.; CARBOGIM, F. da C.; FARIA, L. R. de. Genealogia do conceito infodemia. In: CAVALCANTE, R. B.; CASTRO, E. A. B. (Orgs.) Infodemia: gênese, contextualizações e interfaces com a pandemia de Covid-19. **Editora Aben**, 2022. p. 32-44 (Série Enfermagem e Pandemias, 7). Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e10-infodemia-cap4.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

CDC. National Syndromic Surveillance Program (NSSP). Atlanta, GA: **US Department of Health and Human Services**, CDC; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nssp/index.html>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CIOTTI, M.; CICOZZI, M.; TERRINONI, A.; JIANG, W.C.; WANG, C.B.; BERNARDINI, S. **The COVID-19 pandemic. Critical Reviews in Clinical Laboratory Science**, v. 57, n. 6, p. 365-388, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>. Acesso em: 27 abr. 2021

CLEOPHAS, T. J.; & ZWINDERMAN, A. H. (2016). SPSS for starters and 2nd levelers. Cham, Switzerland: Springer; 2ª ed. Edição de 2016. 400 p.

COHEN S, KAMARCK T, MERMELSTEIN R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4): 385 396. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2136404>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CORRÊA, E. S. A Comunicação Digital nas organizações: tendências e transformações. *Organicom*, v. 6, n. 10-11, p. 161-167, dez. 2009. **Universidade de São Paulo**, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-2593.organicom.2009.139020>. Acesso em: 03 mai. 2022.

COSTA, T.M.N.; SAMPAIO, C.E.P. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. *Nursing guidance and its influence on surgical hospital patients' anxiety levels. Revista Enfermagem UERJ*. 2015;23:260-5. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.16534>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CRUZ, A.S. Introdução à metodologia científica: Delineamento de estudos científicos. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p.11-14, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CHEN, X.; TIAN, J.; LI, G.; **Initi ati on of a new infecti on control system for the COVID-19 outbreak.** *Lancet Infect Dis*. 2020;20:387-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30110-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30110-9). Acesso em: 27 abr. 2021.

CHEN, J.; QI, T.; LIU, L.; LING, Y.; QIAN, Z.; LI, T.; LI, F.; XU, Q.; ZHANG, Y.; XU, S.; SONG Z.; ZENG, Y.; SHEN, Y.; SHI, Y.; ZHU, T.; LU, H. Progressão clínica de pacientes com COVID-19 em Xangai, China. **J Inf Segur.** 2020; 80 :e1–e6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.004>. Acesso em: 10 ago. 2022.

DANCEY, C.; REIDY, J. Estatística sem matemática para psicologia. Tradução de Lori Viali. 5. Ed. Porto Alegre, RS: Penso, 2013. 608 p. E-book.

DE ALBUQUERQUE, L.P.; DA SILVA, R. B.; DE ARAÚJO, R. M. S. COVID-19: origin, pathogenesis, transmission, clinical aspects and current therapeutic strategies. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10432>. Acesso em: 27 abr. 2021

DETMER, W. M. Epidemic (Epi) Curves for Coronavírus covid-19. In: Unbound Medicine Team. Coronavírus Guidelines [s. l.], 10 jul. 2020. Disponível em: [https://relief.unboundmedicine.com/relief/view/Coronavirus-guidelines/2355041/all/Epidemic\\_\\_Epi\\_\\_Curves\\_for\\_Coronavirus\\_COVID\\_19#1584200206001](https://relief.unboundmedicine.com/relief/view/Coronavirus-guidelines/2355041/all/Epidemic__Epi__Curves_for_Coronavirus_COVID_19#1584200206001). Acesso em: 10 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude>

DO NASCIMENTO, J.; FRANCISO, E.; TATMATSU, D.I.B.; DE FREITAS, R.G.T. Ansiedade em idosos em tempos de isolamento social no brasil (COVID-19). **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 16, n. 1, ago. 2020. ISSN 2526-6551. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.9097>. Acesso em: 29 mai. 2022.

DONG, M.; ZHENG, J. Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. **Health Expectations**, v. 23, n. 2, p. 259–260, 1 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13055>. Acesso em: 20 mai. 2022.

EYSENBACH, G. Infodemiologia: a epidemiologia da (des)informação. **The American Journal of Medicine [Internet]**, v. 113, n. 9, p. 763-765, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(02\)01473-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(02)01473-0). Acesso em: 20 mai. 2022.

FARO, A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. **Psicol Reflex Crit** [online] 2015; 28(1): 21-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>. Acesso em: 02 mai. 2022.

FELIX, P. Hospitais privados de São Paulo têm 84% de taxa média de ocupação em UTIs para Covid-19. O Estado de S.Paulo, São Paulo, 30 nov. 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,hospitais-privados-de-sao-paulo-tem-84-de-taxa-media-de-ocupacao-em-utis-paracovid-19,70003534541>. Acesso em 12 de jan. 2023.

FERGUSON, N.M.; LAYDON, D.; NEDJATI-GILANI, G.; IMAI, N.; AINSLIE, K.; BAGUELIN, M., ET AL. Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team. 2020;10(77482):491-497. Disponível em: <https://doi.org/10.25561/77482>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. **Depression in Older Adults. Annual Review of Clinical Psychology**, v. 5, n. 1, p. 363–389, 27 mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>. Acesso em: 20 mai. 2022.



FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; & CUPERTINO, A.P.F.B. (2009). Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia*, 14 (1), 69–75. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100009>. Acesso em: 20 mai. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A quarentena na COVID-19: orientações e estratégias de cuidado** [online]. 1. ed. Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-A-quarentena-na-Covid-19-orienta%C3%A7%C3%B5es-e-estrat%C3%A9gias-de-cuidado.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-observatorio-covid-19-apos-6-meses-de-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 7 nov. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). ConVid pesquisa de comportamentos, 2020b. Disponível em: [https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=infeccao\\_covid](https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=infeccao_covid). Acesso em: 7 nov. 2020.

GALDERISI, S.; HEINZ, A.; KASTRUP, M.; BEEZHOLD, J.; SARTORIUS, N.; Toward a new definition of mental health. *Toward a new definition of mental health. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* (WPA), v. 14, n. 2, p. 231–233, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20231>. Acesso em: 7 nov. 2020.

GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 248 p.

GLUCK, J.; BLUCK, S.; BARON, J.; & MCADAMS, D. (2005). The wisdom of experience: Autobiographical narratives. *International Journal of Behavior Development*, 29(3), 197-208. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/01650250444000504>. Acesso em 12 de jan. 2023.

GONÇALVES, T.F.; MEDEIROS, V.C.C.D. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. 2016. 2016;21(1):6. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010004>. Acesso em: 07 de mar. 2022.

GOVERNO do RJ autoriza isolamento e quarentena contra coronavírus. CNN Brasil, São Paulo, 11 mar. 2020. Disponível em: [www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/11/governo-do-rj-autorizaisolamento-e-quarentena-contra-coronavirus](http://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/11/governo-do-rj-autorizaisolamento-e-quarentena-contra-coronavirus). Acesso em: 24 out. 2022.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTANA, R.F. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. **Revis. Cogitare Enfermagem**. Curitiba,v.25: e72849, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>. Acesso em: 07 de mar. 2022.

HO, C.; CHEE, C.; & HO, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. **Annals Academy Medical of Singapore**, 49(3), 1-3. Disponível em: [http://www.annals.edu.sg/pdf/special/COM20043\\_HoCSH\\_2.pdf](http://www.annals.edu.sg/pdf/special/COM20043_HoCSH_2.pdf). Acesso em: 07 de mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua). Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf). Acesso em: 16 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Aglomerados Subnormais 2019: classificação preliminar e informações de saúde**. Rio de Janeiro:

IBGE, 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 2022 abr 10.

KAYE, A. D.; OKEAGU, C. N.; PHAM, A. D.; SILVA, R. A.; HURLEY, J. J.; ARRON, B. L., SARFRAZ, N.; LEE, H.; GHALI, G. E.; GAMBLE, J.; LIU, H.; URMAN, R.; & CORNETT, E. M. (2020). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>. Acesso em: 2022 abr 10.

KITAMURA, E.S; FARIA, L.R.; CAVALCANTE, R.B; LEITE, I.C. Depressão e transtorno de ansiedade generalizada em idosos pela infodemia de COVID-19. **Acta Paul Enferm.** 2022;35:eAPE03177. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03177>. Acesso em 12 de jan. 2023.

KUMAR, S.; KAMBHATLA, K.; HU, F.; LIFSON, M.; & XIAO, Y. (2008). Ubiquitous computing for remote cardiac patient monitoring: a survey. **International journal of telemedicine and applications**, v. 2008, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2008/459185>. cesso em: 20 nov. 2022.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress. Appraisal, and Coping*. Nova York: Springer. Acesso em: 20 nov. 2022.

LEE, S.A. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud.* 2020;44(7):393–401. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/mdl-32299304>. Acesso em 12 de jan. 2023.

LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M. A. C. Competencies for educational activities in nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200002>. Acesso em: 20 nov. 2022.

LI, R.; PEI, S.; CHEN, B.; YEMENG, C. DE.; ZHANG, T.; YANG, W.; SHAMAN, J. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). **Science** [online] 2020; 368(6490): 489-493. Disponível em: 10.1126/science.abb3221. Acesso em: 07 de mar. 2022.

LI, Y.C; BAI, W.Z; HASHIKAWA, T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. **J Med Virol.** 2020.

LIMA, C.K.T.; CARVALHO, P.M.M.; LIMA, I.A.S.; NUNES, J.A.V.O.; SARAIVA, J.S.; SOUZA, R.I.; ROLIM NETO, M.L. (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). *Psychiatry Research*, 287, e112915. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>. Acesso em: 07 de mar. 2022.

LIMA, S. O. et al. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção covid-19: revisão narrativa. **Revista Eletrônica ACERVO SAÚDE**, v. esp. 46, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>. Acesso em: 07 de mar. 2022.

LIMA, P.R. & COELHO, V.L.D. The Art of Aging: An Exploratory Study on Life History and Aging. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2011, 31 (1), 4-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/4FVqZ9xqvQJGrDnVLsx4yTJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de jan. 2023.

LINCOLN, Y. S.; DENZIN, N. K.. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 2011.

- LU, R. ET AL. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 395, 565–574 (2020). Acesso em: 07 de mar. 2022.
- LUFT, C.D.B.; SANCHES, S.O.; MAZO, G.Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública** [online] 2007; 41(4): 606-615. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>. Acesso em: 07 de mar. 2022.
- MACHADO, M.B.; IGNÁCIO, Z. M.; JORNADA, L.K.; RÉUS, G.Z.; ABELAIRA, H.M.; ARENT, C.O.; QUEVEDO, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 28-35. Disponível em:10.1590/0047-2085000000100. Acesso em: 07 de mar. 2022.
- MAIA, B.R. & DIAS, P.C. (2020) Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de psicologia**, 37; e200067, 1- 8. Disponível em://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067. Acesso em: 07 de mar. 2022.
- MANSO, M.E.G. et al. Fake News e Saúde da Pessoa Idosa. **Rev. Longevidade**, São Paulo, ano I, n. 2, p. 19-25, abr/maio/jun, 2019. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/770/831>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- MANSO, M.E.G.; COMOSAKO, V.T. & LOPES, R.G.C. Idosos e isolamento social: algumas considerações. **Revista Portal de Divulgação**, 2018, 58, 82-86. 8 Disponível em:. Acesso em: 07 de mar. 2022.
- MASSENA, P.N. Estudo de validação do Inventário de Ansiedade Geriátrica. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2014. 19.
- Marrocos, J. Análise estatística com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 2007. 822 p. Acesso em: 20 mai. 2023.
- MATTA, G.C.; REGO, S.; SOUTO, E.P.; and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. Disponível: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- MERCHANT, R.M.; LURIE, N. Social media and emergency preparedness in response to novel coronavirus. *JAMA*. 2020 Mar 23. Disponível em: 10.1001/ jama.2020.4469. Acesso em: 10 ago. 2022.
- MENG, G.F.; YANG, Y., 2020. **The evolution and research framework of carbon footprint: Based on the perspective of knowledge mapping**. *Ecol. Indic.* 112, Article Number: 106125. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecolind.2020.106125>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- MINAYO, M.C.; SOUZA E.R.; & PAULA D.R. (2010). Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (6), 2719-2728. Disponível em:. Acesso em: 07 de mar. 2022.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 188 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Coronavírus (COVID-19): o que você precisa saber**, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em 11 abr. 2022.
- NAEEM, S.B.; BHATTI, R. The Covid-19 “infodemic”: a new front for information professionals. *Health Info Libr J.* 2020 [acesso em 9 ago 2020]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hir.12311?af=R>. Acesso em 11 abr. 2022.

NERI, A.L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, jun. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 12 de jan. 2023.

NUNES VMA, MACHADO FCA, DE MORAIS MM, COSTA LA, DO NASCIMENTO ICS, NOBRE TTX, et al. COVID-19 e o cuidado de idosos: Recomendações para Instituições de Longa Permanência. Natal: Edufrn; 2020. E-book. Disponível em: » <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28754>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, 2006. Disponível em: <http://google.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2022.

NOAL, D.S.; PASSOS, M.F.D.; FREITAS, C.M. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19. Rio de Janeiro: **Fiocruz**; 2020.

O'BRIEN, M.; MOORE, K.; MCNICHOLA, S.F. Social media spread during Covid-19: the pros and cons of likes and shares. *Ir Med J.* 2020;113(4):52. Disponível em: <https://www.irishpsychiatry.ie/wp-content/uploads/2020/04/Social-Media-Spread-During-Covid-19-The-Pros-and-Cons-of-Likes-and-Shares-IMJ-2020.pdf>.

O'HARA, R.; MAXINE JOHNSON, A.; SIRIWARDENA, A.; WEYMAN, J.; TURNER, D.; SHAW, P.; MORTIMER, C.; NEWMAN, E.; HIRST, M.; STOREY, S.; MASON, T.; QUINN AND J. SHEWAN. 2014. A qualitative study of systemic influences on paramedic decision making: care transitions and patient safety. *Journal of Health Services Research & Policy* 20(1):45-53

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Coronavirus disease (COVID-19) situation dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 11 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Repositório Institucional para Troca de Informações – Iris. Fichas Informativas COVID-19: entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19 [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [citado 2020 ago 3]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054?locale-attribute=pt>. Acesso em 11 abr. 2022.

ORNELL, F.; SCHUCH, J.B.; SORDI, A.O.; KESSLER, F.H.P. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz J Psychiatry.** 2020;42(3):232-235. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008. Epub 2020 Apr 3. Erratum in: *Braz J Psychiatry.* 2020;42(3):333. PMID: 32267343; PMCID: PMC7236170. Acesso em 11 abr. 2022.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a covid-19.** Departamento de evidência e inteligência para ação em saúde. Página Informativa n. 5, 2020. Disponível em: [www.paho.org/ish](http://www.paho.org/ish). Acesso em: 20 set. 2022.

OPPENAUER, C. Motivation and needs for technology use in old age. *Gerontechnology*, 8(2): 82-87, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4017/gt.2009.08.02.006.00>. Acesso em: 20 set. 2022.

OZILI, P., & ARUN, T. (2020). Spillover of COVID-19: impact on the global economy. SSRN Preprints. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. **Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys.** *Psychol Med.* 2017;47:2260-74. Disponível em: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3562570>. Acesso em 11 abr. 2022.

PACHANA, N.A.; BYME, G.J.; SIDDLE, H.; KOLOSKI, N.; HARLEY, E.; ARNOLD, E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr.* 2007 Feb;19(1):103-14. Disponível em: 10.1017/S1041610206003504. Acesso em: 10 ago. 2022.

PESSOA, A.P.; & RIBEIRO, S.L. (2008). Sobre Comportamento e Cognição: Transtornos de Ansiedade (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Vale do Rio Doce: Governador Valadares, MG.

PITA, F.S.; PÉRTEGAS, D.S. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 2002, vol. 9, p. 76-8. Disponível em: [http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali2.pdf](http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf). Acesso em: 10 ago. 2022.

RAMÍREZ-ORTIZ, J.; CASTRO-QUINTERO, D.; LERMA-CÓRDOBA, C.; YELA-CEBALLOS, F.; & ESCOBARCÓRDOBA, F. (2020). **Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social**. *SciELO Preprints*, 1–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>. Acesso em: 10 ago. 2022.

REIS, A.A. da S.; NOÉ, P.A. de A.B.; SARTES, L.M.A.; GUEDES, L. de; GRINCENKOV, F. R. dos S. Saúde Mental na Pandemia de Covid-19 em um Município Mineiro: Diálogos diante de uma Realidade Global. *Revista Psicologia e Saúde*, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 217–231, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1805>. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1805>. Acesso em: 10 ago. 2022.

Resolução COFEN-358/2009, 25 out. 2009, (2009).

\_\_\_\_\_. Relatório de gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em: <http://tinyurl.com/relatoriodegestao2010-2012>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

RESSLER, P.K.; GLAZER, G. Legislative: nursing's engagement in health policy and healthcare through social media. *Ojin: The Online Journal of Issues in Nursing*, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 1-5, out. 2010. DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01LegCol01 Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Legislative/Health-Policy-and-Healthcare-Through-Social-Media.html>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Relatório desenvolvido pela Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, 9 out. 2020. Disponível em: [http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio\\_respostas\\_unidades\\_de\\_sa%C3%BAde\\_Covid\\_09.10.20\\_\(3\)\\_1.pdf](http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio_respostas_unidades_de_sa%C3%BAde_Covid_09.10.20_(3)_1.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2022.

RODRIGUES, T.S.; DE SÁ, K.S.G.; ISHIMOTO, A.Y.; BECERRA, A.; OLIVEIRA, S.; ALMEIDA, L.; GONÇALVES, A.V.; PERUCELLO, D.B.; et al. Inflammasomes are activated in response to SARS-CoV-2 infection and are associated with COVID-19 severity in patients. *J Exp Med*. 2021 Mar 1;218(3):e20201707. Disponível em: 10.1084/jem.20201707. PMID: 33231615; PMCID: PMC7684031. Acesso em: 10 ago. 2022.

ROTHKOPF, D.J., 2003. When the buzz bites Back. *The Washington Post*. 11 maio 2003. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2003/05/11/when-the-buzz-itesback/bc8cd84f-cab6-4648-bf58-0277261af6cd/>. Acesso em 12 de jan. 2023.

SANTOS, A. T. et al. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev. esc. enferm. USP* [online], v. 46, n. spe, p. 24-29, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 mai. 2020.

SANTOS, S.S.; BRANDÃO, G.C.G.; ARAÚJO, K.M.F.A. (2020). Social isolation: a look health elderly mental during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-15.

SCHWARTZ, J.; KING, C.C.; YEN, M.Y. Protecting health care workers during the COVID-19 coronavirus outbreak -lessons from Taiwan's SARS response. **Clin Infect Dis**. 2020 Mar 12. pii: ciaa255. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SCORALICK-LEMPKE, N.N.; & BARBOSA, A.J.G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 29(Estud. psicol. (Campinas), 2012 29 suppl 1), 647–655. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>

SHIGEMURA, J.; & KUROSAWA, M. (2020). **Impacto na saúde mental da pandemia de COVID-19 no Japão**. *Trauma psicológico: Teoria, Pesquisa, Prática e Política*, 12 (5), 478–479. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/tra0000803>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SKINNER, B.F.; & VAUGHAN, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar sua vida*. São Paulo, SP: Summus.

SIQUEIRA-BRITO, A.R; FRANCA, L.H.F.P; VALENTINI, F. Análise fatorial confirmatória da Escala de Ageísmo no Contexto Organizacional. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 15, n. 3, p. 337-345, dez. 2016 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2016.1503.06>. Acesso em 12 de jan. 2023.

SILVA, A.; FELIZARDO, M.; PEREIRA, J.; BERNARDES, M.; SANTANA, C. Os desafios para o ensino das novas tecnologias para idosos: relato de experiência. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2016; 49(2):52-3. Disponível em: <https://goo.gl/aigWLJ>. Acesso em 12 de jan. 2023.

SILVA F.E.M; GOMES S.B; PAIVA S.P.W; LOPES M.W.; SANZIO P.R; FONSECA M.S.J. SARSCOV-2-aspectos relacionados a biologia, propagação e transmissão da doença emergente covid-19. **DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. Especial-3, p. 9-17, 2020

SILVA, M. F. et al. Ageísmo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 1-14, abr 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SOBRINHO, A.L.S; ABRAMO, H. W e VILLI, M.C . **Jovens e saúde: revelações da pandemia no Brasil 2020-2022**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. 390 p. : il. color. ; gráf. ; tab. [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos\\_2/ebook\\_jovens\\_e\\_saude\\_revelacoes\\_da\\_pandemia\\_no\\_brasil\\_vf\\_pdf\\_1.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/ebook_jovens_e_saude_revelacoes_da_pandemia_no_brasil_vf_pdf_1.pdf). Acesso em: 20 mai. 2023.

SUPERINTENDENTE DE VIGILANCIA EM SAÚDE (SUVISA). Situação epidemiológica (04/02/2020 a 13/02/2021). In: Situação epidemiológica (04/02/2020 a 13/02/2021). 2021. p. 22-22.

STREINER, D. L. Breaking up is hard to do: the heartbreak of dichotomizing continuous data. *SAGE journals [online]*, v. 47, n. 3, p. 262-266, 01 abr. 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370204700307>. Acesso em: 21 mai. 2022.

TAPOROSKI, T.P.; NEGRÃO, A.B, HORIMOTO, A.R.V.R; DUARTE, N.E; ALVIM, R.O; OLIVEIRA, C.M, et al. Shared genetic factors of anxiety and depression symptoms in a Brazilian family-based Cohort, the Baependi Heart Study. *PLoS One*. 2015;10(12):e0144255. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0144255. Acesso em 12 de jan. 2023.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R.; CASTIEL, L.D.; FERREIRA, F.R. Patterns of cancer-related internet searches: reactiveness; risks; the role of affect. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:861-70.

VALDIGLESIAS, V. et al. Immune biomarkers in older adults: Role of physical activity. *Journal of toxicology and environmental health. Part A*, v. 80, n. 13–15, p. 605–620, 2017.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*, v. 25, n. 3, p. 278, 2020.

VILLEGAS-CHIROQUE, M. Antimicrobianos en COVID-19: parar ahora. *Revista Experiencia em Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, v. 6, n. 3, 2020.

Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., Molinuevo, J. L., Xie, H., Sun, Y., Yu, E., Tang, Y., Weidner, W. & Yu, X.. (2020). **Dementia care during COVID-19**. *Lancet* (London, England), 395(10231): 1190.

WHITEHEAD, B. R. . (2020). COVID-19 as a Stressor: Pandemic Expectations, Perceived Stress, and Negative Affect in Older Adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**. 04 set.

WEINSTEIN P.,STANHOPE J. Learning from COVID-19 to improve access to physiotherapy. *Aust J Prim Health*. 2020;26(4):271-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/PY20141>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic preparedness and response plan. Genebra: WHO [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report – 82 [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331780/nCoVsitrep11Apr2020-eng.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1 st WHO Infodemiology Conference. 30 jun-16 jul, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference>. Acesso em: 15 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020A). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak Geneva: Author. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

WU P, FANG Y, GUAN Z, FAN B, KONG J, YAO Z, ET AL. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk.

XAVIER, F. M., FERRAZ, M., TRENTI, C. M., ARGIMON, I., BERTOLLUCCI, P. H., POYARES, D., & MORIGUCHI, E. H. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 35(3), 294-302. doi: 10.1590/S0034- 89102001000300013.

XIANG YT, YANG Y, LI W, ZHANG L, ZHANG Q, CHEUNG T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*. 2020;v. 7: p. 228-229.

XIAO C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. **Psychiatry Investig**. 2020;17(2):175–176.

XU, Z. et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *The Lancet respiratory medicine*, v. 8, n. 4, p. 420-422, 2020.

YANG, Y; LI, W; ZHANG, Q; ZHANG, L; CHEUNG, T; XIANG, Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e19. Disponível em: 10.1016/S2215-0366(20)30079-1. Acesso em 12 de jan. 2023.

ZHANG, Y., YAN, R., LI, Y., XIA, L., GUO, Y., AND ZHOU, Q. (2020). Structural basis for the recognition of the SARS-CoV-2 by full-length human ACE2. *Science*. Published

ZHOU, X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, v. 286, p. 112895, 2020.



## APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO (FASE 1: *WEB-BASED SURVEY*)

### Identificação:

Qual é a cidade onde você mora? \_\_\_\_\_

### Parte A - perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas a exposição sobre notícias e informações relacionadas ao COVID-19

#### I – Perfil sociodemográfico:

Sexo: Masculino \_\_\_\_ feminino \_\_\_\_ prefiro não declarar \_\_\_\_

Quantos anos de idade você possui? \_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro (a) \_\_\_\_ Casado(a)/morando junto \_\_\_\_ Separado(a)/desquitado(a) \_\_\_\_  
Viúvo(a) \_\_\_\_

Raça/cor: \_\_\_\_Branca \_\_\_\_Preta \_\_\_\_Parda \_\_\_\_Amarela \_\_\_\_Indígena

Quantas pessoas moram com você na mesma casa? \_\_\_\_nenhuma \_\_\_\_uma \_\_\_\_duas  
\_\_\_\_três \_\_\_\_quatro \_\_\_\_cinco \_\_\_\_mais de cinco

Você mora em: Residência própria \_\_\_\_ Residência alugada \_\_\_\_ Instituição de Longa  
Permanência para Idosos \_\_\_\_ Residência de familiar \_\_\_\_

Sua residência fica em uma: Zona rural \_\_\_\_ Zona urbana \_\_\_\_

Quantos anos você estudou? Eu não estudei \_\_\_\_ Não concluí o ensino básico (antigo  
primário) \_\_\_\_ Tenho ensino básico (4 anos de estudo) \_\_\_\_ tenho primeiro grau (8 anos de  
estudo) \_\_\_\_ tenho segundo grau (11 anos de estudo) \_\_\_\_ tenho ensino superior \_\_\_\_ tenho  
especialização (curso de pós-graduação) \_\_\_\_ tenho mestrado \_\_\_\_ tenho doutorado \_\_\_\_ tenho  
pós-doutorado \_\_\_\_

Como você utiliza serviços de saúde? utilizo apenas serviços gratuitos de saúde \_\_\_\_ utilizo  
apenas serviços pagos de saúde (incluindo plano de saúde) \_\_\_\_ utilizo ambos (gratuitos e  
pagos) \_\_\_\_ nenhum \_\_\_\_

Qual é número de pessoas que dependem de sua renda? (incluindo você): \_\_\_\_\_

Qual é a fonte da sua renda? (marcar as opções que achar necessária): Aposentadoria e pensão\_\_\_ Salário/aluguel/outras trabalhos\_\_\_ Benefício/auxílio do governo\_\_\_ Outros\_\_\_

A pandemia de Covid-19 alterou sua renda?: \_\_\_Não \_\_\_Sim, a minha renda aumentou \_\_\_Sim, a minha renda diminuiu

**II - Variáveis relacionadas a exposição sobre notícias e informações relacionadas ao COVID-19: (Adaptadas dos estudos de Ni et al., 2020; Gao et al., 2020; Ahmad; Murad; Gardner, 2020)**

Quantas horas por dia você é exposto a notícias e informações sobre COVID-19 nas redes sociais? \_\_\_\_\_

Quantas horas por dia você é exposto a notícias e informações sobre COVID-19 na Televisão? \_\_\_\_\_

Quantas horas por dia você é exposto a notícias e informações sobre COVID-19 na Rádio? \_\_\_\_\_

Quantas horas por dia você é exposto a notícias e informações sobre COVID-19 por pessoas de seu convívio? \_\_\_\_\_

Com que frequência você foi exposto na última semana a notícias ou informações sobre COVID-19 em redes sociais, como WhatsApp, Facebook, Youtube, Instagram e outras?

- Nenhuma exposição\_\_\_ poucas vezes\_\_\_ algumas vezes\_\_\_ frequentemente\_\_\_

Com que frequência você foi exposto na última semana a notícias ou informações sobre COVID-19 na Televisão?

- Nenhuma exposição\_\_\_ poucas vezes\_\_\_ algumas vezes\_\_\_ frequentemente\_\_\_

Com que frequência você foi exposto na última semana a notícias ou informações sobre COVID-19 na Rádio?

- Nenhuma exposição\_\_\_ poucas vezes\_\_\_ algumas vezes\_\_\_ frequentemente\_\_\_

Com que frequência você foi exposto na última semana a notícias ou informações sobre COVID-19 por meio do contato com pessoas do seu convívio?





Notícias falsas sobre COVID-19								
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

As informações que as PESSOAS COM AS QUAIS CONVIVO falam geraram em mim:  
(Marque mais de uma alternativa se precisar).

	Ansiedade	Medo	Conscientização	Estresse	Indignação	Segurança	Nada	Não utilizo redes sociais
Informações sobre número de infectados por COVID-19								
Informações sobre número de mortos por COVID-19								
Informações sobre medo relacionada a COVID-19								
Fotos relacionadas à pandemia por COVID-19								
Vídeos relacionadas à pandemia por COVID-19								
Notícias falsas sobre COVID-19								

Como você tem se sentido quando tem contato com informações sobre a COVID-19 (notícias na TV ou na Internet, mensagens de WhatsApp, vídeos do Youtube, dentre outros)? Indique com que frequência você tem sentido os sinais e sintomas listados abaixo.

Nos últimos 15 dias, as informações sobre a COVID-19 e o coronavírus-19 têm causado em mim:

<b>Nos últimos 15 dias</b> , as informações sobre a COVID-19 e o coronavírus-19 têm causado em mim:		Nun ca	Pou cas	Algu mas	Muit as
1.	Falta de esperança ou pessimismo.	1	2	3	4
2.	Suor frio ou calafrios.	1	2	3	4
3.	Irritação.	1	2	3	4
4.	Falta de vontade de fazer as minhas atividades diárias	1	2	3	4
5.	Medo de adoecer.	1	2	3	4
6.	Nervosismo.	1	2	3	4
7.	Pânico.	1	2	3	4
8.	Maior consumo de álcool ou de tabaco (p.ex., cigarros)	1	2	3	4
9.	Diminuição da vontade de sexo.	1	2	3	4
10.	Medo de morrer.	1	2	3	4
11.	Problemas digestivos (p.ex., “dor de estômago ou de barriga”).	1	2	3	4
12.	Boca seca.	1	2	3	4
13.	Falta de interesse por atividades do dia a dia.	1	2	3	4
14.	Falta de energia.	1	2	3	4
15.	Aperto no peito.	1	2	3	4
16.	Preocupação.	1	2	3	4
17.	Uso de substâncias ilegais (p.ex., maconha e/ou cocaína).	1	2	3	4
18.	Vontade de morrer.	1	2	3	4
19.	Ansiedade.	1	2	3	4
20.	Dificuldade para respirar (p.ex., falta de ar).	1	2	3	4
21.	Tristeza.	1	2	3	4
22.	Medo, mas não sei do quê.	1	2	3	4
23.	Desânimo.	1	2	3	4
24.	Raiva	1	2	3	4
25.	Tremor.	1	2	3	4
26.	Dor de cabeça.	1	2	3	4
27.	Dores musculares (p.ex., costas ou pescoço)	1	2	3	4
28.	Problemas de sono (p.ex., insônia, sono demais e/ou pesadelos).	1	2	3	4
29.	Problemas nutricionais (p.ex., comer demais ou perda de apetite).	1	2	3	4
30.	Palpitação.	1	2	3	4
31.	Cansaço.	1	2	3	4
32.	Medo de que pessoas queridas (familiares amigos etc.) morram.	1	2	3	4
33.	Uso de psicofármacos (p.ex., remédios para dormir e/ou ansiedade).	1	2	3	4
34.	Vontade de ficar sozinha(o).	1	2	3	4

## Parte B – Níveis de estresse e ansiedade

- *Escala do Estresse percebido* (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983; LUFT et al., 2007)

Como estão os seus sentimentos e pensamentos?

Neste último mês, com que frequência...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1- Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2 - Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3 - Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4 - Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5 - Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6 - Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7 - Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8 - Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9 - Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10 - Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11 - Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12 - Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13 - Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14 - Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

- *Geriatric Anxiety Inventory (GAI)* (PACHANA et al., 2007; MARTINY et al., 2011)

Estamos finalizando. Por favor, responda aos itens de acordo como tem se sentido na última semana.

	Concordo	Discordo
1. Eu me preocupo em grande parte do tempo		
2. Eu acho difícil tomar uma decisão		
3. Sinto-me agitado com frequência		
4. Eu acho difícil relaxar		
5. Eu freqüentemente não consigo aproveitar as coisas por causa de minhas preocupações.		
6. Pequenas coisas me aborrecem muito		
7. Eu freqüentemente sinto como se tivesse um “frio na barriga”.		
8. Eu penso que sou preocupado		
9. Não posso deixar de preocupar-me mesmo com coisas triviais.		
10. Freqüentemente me sinto nervoso.		
11. Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso.		
12. Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações.		
13. Eu me vejo como uma pessoa nervosa		
14. Eu sempre espero que o pior irá acontecer.		
15. Freqüentemente me sinto tremendo por dentro.		
16. Eu acho que minhas preocupações interferem na minha vida		
17. Minhas preocupações freqüentemente me oprimem.		
18. Às vezes eu sinto como se tivesse um grande nó no estômago.		
19. Eu perco coisas por me preocupar demais		
20. Freqüentemente me sinto chateado.		

Os autores do instrumento original determinaram para sua população-alvo os valores 10/11 como ponto de corte para indicar a presença de ansiedade generalizada, conforme definição do DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

**Agradecemos muito pela sua participação! Porém, antes de terminar, precisamos de mais algumas informações.**

Você quer participar da FASE 2 do estudo? Na FASE 2 da pesquisa faremos uma entrevista com você (vídeo gravada ou áudio-gravada) conforme você escolher.



(  ) Sim. Número do Whatsapp: \_\_\_\_\_ ou Número do Telefone:  
\_\_\_\_\_ (  ) Não

## **APÊNDICE 2 - TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)**

Neste período de pandemia, você deve estar recebendo muitas informações e notícias sobre a COVID-19 e coronavírus-19 pela internet, redes sociais, televisão e até mesmo pela rádio. Chamamos isso de "INFODEMIA de COVID-19" e queremos saber de você como tem se sentido, o que está pensando e o que tem feito diante das informações e notícias divulgadas. Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Inf”odemia de COVID-19 e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos: estudo multicêntrico Brasil/Portugal/Espanha/Itália/Chile. A pesquisa tem como objetivo geral “Analisar a relação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas”.

Caso concorde em participar, você deverá responder a algumas perguntas que serão feitas logo a seguir, aqui mesmo na Internet. Para fazer isso, você vai precisar de aproximadamente 30 minutos. É muito importante que responda tudo, até o final, e de modo sincero. Não existem respostas certas ou erradas. Ao final do questionário você será convidado a participar, em outra oportunidade, em uma segunda fase do estudo. Caso você concorde, solicitaremos o seu número de telefone e/ou do WhatsApp para contato futuro.

Esta pesquisa apresenta alguns riscos. Você pode se sentir chateado (a) ou preocupado (a) por causa do tema. Se isto acontecer, basta parar de responder, e fechar esta página da internet. Asseguramos a você a assistência on-line, por profissionais de saúde capacitados, participantes da equipe de pesquisa, diante da eventual necessidade de orientações, aconselhamento, bem como o encaminhamento a serviços de saúde, visando benefícios para a sua saúde emocional. Diante do risco da quebra de sigilo, garantimos a você que todas as informações fornecidas por você serão tratadas de modo sigiloso. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com os pesquisadores responsáveis por um período de cinco anos. Decorrido esse tempo, eles serão descartados de acordo com a legislação vigente. As informações serão utilizadas somente para fins científicos. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação resultante desta pesquisa.

A pesquisa pretende avançar em conhecimentos sobre a infodemia de COVID-19 e suas repercussões em idosos. O conhecimento produzido pode contribuir para o sistema de saúde. Você e boa parte da população brasileira serão beneficiados direta (p.ex., um tratamento mais adequado de pessoas idosas em unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência

para idosos e/ou hospitais que você frequente) e indiretamente (p.ex., melhor formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde).

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano devido à pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade a você. Ninguém ficará sabendo que você não participou. Os resultados da pesquisa serão enviados a você por WhatsApp e email quando finalizada.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Neste caso, a sua aceitação ficará registrada digitalmente no próprio formulário on-line preenchido por você. **RECOMENDAMOS QUE VOCÊ IMPRIMA OU SALVE UMA CÓPIA DESTA DOCUMENTO E DEIXE GUARDADA COM VOCÊ.**

Por favor, responda somente uma vez a esta pesquisa. Se for responder no celular, recomendamos que ele fique na horizontal (deitado) para não cortar parte das questões ou das opções de resposta. Se tiver alguma dúvida, entre em contato com o pesquisador responsável:

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante

Campus Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Programa de Pós graduação da Faculdade de Enfermagem

Rua Lourenço Kelmer, s/n. Bairro São Pedro, Juiz de Fora, MG

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3821 – ramal 2 / E-mail: ricardocavalcante.ufjf@gmail.com

Esta pesquisa passou por avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovada (número da aprovação: \_\_\_\_; CAAE \_\_\_\_\_). Os comitês de ética e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) são órgãos responsáveis por avaliar

projetos de pesquisa que envolvem a participação de seres humanos, visando garantir que os interesses dos participantes das pesquisas sejam respeitados. Caso você tenha qualquer dúvida sobre os aspectos éticos deste estudo, você pode entrar em contato com o CEP-UFJF ou com a CONEP, cujos endereços e formas de contato estão descritos abaixo:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Rua Lourenço Kelmer, s/n. Bairro São Pedro | Juiz de Fora, MG | CEP: 36036-900. Telefone:  
(32) 2102- 3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Horário de Atendimento: segunda a sexta-feira, de 08 às 17h

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte. CEP: 70719-040,  
Brasília-DF.

Telefone (61) 3315-2150 | 3315-3821

Email: conep@saude.gov.br

Horário de atendimento: de segunda a sexta de 8h às 17h.

## **Anexo 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO (FASE 2)**

### **QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA BASEADAS NO MODELO CONCEITUAL DE COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE WILSON (2000) E MODELO CONCEITUAL DE COPING DE (LAZARUS; FOLKMAN, 1984)**

Questão 1: Durante a pandemia de COVID-19 descreva-me uma situação onde você necessitou buscar informações (estimular o entrevistado a descrever o tipo de informação buscada e porque buscou, onde buscou (a fonte), como buscou, se avaliou e como a veracidade da informação encontrada, como utilizou a informação no seu cotidiano).

Questão 2: Durante a pandemia de COVID-19 como você se sente/sentiu em relação às informações divulgadas? (pedir para descrever uma situação recordada onde o entrevistado foi exposto a alguma informação sobre a pandemia e como se sentiu fisicamente e emocionalmente neste momento).

Questão 3: Como você tem enfrentado (ou enfrentou) este período de pandemia de COVID-19? (estimular o entrevistado a verbalizar sobre o seu comportamento de enfrentamento, suas atitudes frente a pandemia e frente às informações disseminadas).

Questão 4: No período de pandemia, o que você tem feito (ou fez) para amenizar sentimentos negativos relacionados às informações sobre o COVID-19?

## **ANEXO 2 – FORMULÁRIO POR MEIO DO SOFTWARE LINESURVEY (FASE 3)**

### **RODADA 1 DA TÉCNICA DELPHI: Reflita sobre o trecho abaixo e depois responda livremente a questão proposta:**

As informações sobre a COVID-19, na atual era digital, difundem-se rapidamente por diferentes tipos de mídias, produzem um exorbitante volume informacional, incluindo falsas teorias, “fake News”, provocam desinformação, pânico, confusões, gerando o fenômeno denominado de infodemia (GHEBREYESUS, 2020). Esta condição expõe as populações a riscos à saúde, mas, sobretudo, a agravos na saúde mental, como estresse, ansiedade, medo e depressão (TORALES, 2020; ASMUNDSON, GORDON, STEVEN, 2020). Muitas informações disseminadas pelas redes sociais digitais sobre medicamentos, opções terapêuticas e conspirações sobre a pandemia não se sustentam por evidências científicas, são “*fake News*”. (HUA; SHW, 2020; MIAN; SHUHAT, 2020; IOANNIDIS, 2019). Além disso, informações nas redes sociais têm estimulado comportamentos de descumprimento de medidas protetivas como o distanciamento social, a higienização das mãos e outros cuidados preventivos da COVID-19 (KAYES, 2020; GUO, 2019). Dentre os grupos etários, a infodemia é preocupante para a população idosa, considerada o principal grupo de risco diante do elevado grau de vulnerabilidade e suscetibilidade para complicações e necessidade de internação (ARMITAGE; RICHARD; NELLUMS, 2020; ROTHAN; HUSSIN; BYRAREDDY, 2020)

### **Considerando a pessoa idosa, no contexto de pandemias, descreva estratégias de enfrentamento visando:**

- A) Estabelecer boas práticas de comunicação a partir das redes sociais;
- B) Amenizar a ansiedade, depressão e estresse gerados pelas informações sobre a pandemia vivenciada.

### ANEXO 3 – FORMULÁRIO POR MEIO DO SOFTWARE LINESURVEY (FASE 3)

**RODADA 2 DA TÉCNICA DELPHI:** Diante das estratégias identificadas na primeira rodada, marque APENAS uma das colunas que, no seu julgamento, a representa.

Estratégias identificadas na primeira rodada	Não Representativo	Representativo, mas precisa de revisão	Item representativo
Estratégia 1	1	2	3
Estratégia 2	1	2	3
Estratégia 3	1	2	3
Estratégia 4	1	2	3
Estratégia 5	1	2	3
Estratégia 6	1	2	3
Estratégia 7	1	2	3
Estratégia 8	1	2	3
Estratégia 9	1	2	3
Estratégia n	1	2	3

**Avaliação:** O grau de concordância das respostas será estabelecido pelo Índice de Validade de Conteúdo, encontrado a partir da medida simples de concordância (item 3- representativo) entre os juízes, dividido pelo número de juízes. O ponto de corte para obtenção do consenso serão valores acima de 0,7 (PEREIRA; ALVIM, 2015)

**Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do CEP**

UNIIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Infodemia de COVID-19 e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos: estudomulticêntrico Brasil/Portugal/Espanha/Itália/Chile.

**Pesquisador:** PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31932620.1.2002.5285

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.415.428

**Apresentação do Projeto:**

"As informações sobre a COVID-19, na atual era digital, difundem-se rapidamente por diferentes tipos de mídias, produzem um exorbitante volume informacional, incluindo falsas teorias, "fake News", provocam desinformação, pânico, confusões, gerando o fenômeno denominado de infodemia (GHEBREYESUS, 2020). Esta condição expõe as populações a riscos à saúde, mas, sobretudo, a agravos na saúde mental, como estresse, ansiedade, medo e depressão (TORALES, 2020; ASMUNDSON, GORDON, STEVEN, 2020)."

"Estudo multicêntrico misto de estratégia sequencial explanatória que busca analisar a relação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas. O estudo será realizado em três fases. Na primeira, realizaremos um estudo transversal por web-based survey, composta de duas partes. Uma para traçar um perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas a infodemia e outra para avaliar os níveis de estresse, ansiedade e depressão. A coleta de dados nesta fase será por webbasedsurvey (por email e/ou redes sociais e/ou telefone), pela dificuldade em acessar os idosos em isolamento social. A amostragem será não probabilística no Brasil; Portugal; Espanha; Itália; e Chile. O tamanho amostral será estimado por país, considerando a população de idosos. Na segunda fase da pesquisa, a partir da análise da web-based survey, realizaremos uma investigação qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos (YIN, 2015). Realizaremos entrevistas por telefone ou smartphone (videoconferência) guiadas por roteiro semiestruturado baseado no modelo de comportamento informacionale modelo conceitual de coping. O número de entrevistas obedecerá a Técnica de Saturação Teórica. Realizaremos Análise de Conteúdo das entrevistas com auxílio do software Nvivo. Na terceira fase da pesquisa elaboraremos um consenso de estratégias de enfrentamento à infodemia para idosos, com a



técnica Delphi."

"FASE 1: realizaremos um estudo transversal por web-based survey, composta de duas partes (PARTE A e B) (anexo 1). Parte A: traçaremos um perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas a infodemia sobre COVID-19 nas redes sociais/radio/TV (Tempo e frequência de exposição a notícias e informações; Impacto psicológico e físico das informações ou notícias; Categoria de informação com maior impacto na criação de medo) - adaptadas dos estudos de Ni et al. (2020), Gao et al (2020) e Ahmad, Murad e Gardner (2020). Parte B: destina-se a avaliar os níveis de estresse, ansiedade e depressão por meio da Escala do Estresse percebido (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983; LUFT et al., 2007), da Geriatric Depression Scale (GDS) (YESAVAGE et al, 1982) e do Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (PACHANA et al., 2007), validadas nos países participantes."

"FASE 2: a partir da análise da web-based survey na FASE 1, realizaremos uma investigação qualitativa do tipo estudos de casos múltiplos (YIN, 2015) por meio de entrevistas (anexo 2)."

"FASE 3: Na terceira fase da pesquisa elaboraremos um consenso de estratégias de enfrentamento à infodemia para idosos, com a técnica Delphi (FACIONE, 1990), por meio de web-based survey (anexo 3)."

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo primário

Analisar a relação entre a infodemia sobre a COVID-19 e as repercussões na saúde mental de pessoas idosas.

Objetivo secundário

- Descrever o perfil das pessoas idosas que manifestam respostas de estresse, ansiedade e depressão relacionados ao acesso de informações sobre a COVID-19, em diferentes realidades culturais;
- Avaliar os níveis de estresse, depressão e ansiedade em idosos no contexto da pandemia de COVID-19;
- Relacionar os níveis de estresse, ansiedade e depressão com o perfil sociodemográfico e variáveis relacionadas a infodemia sobre COVID-19 nas redes sociais/rádio/TV (Tempo e frequência de exposição a notícias e informações; Impacto psicológico e físico das informações ou notícias; Categoria de informação com maior impacto na criação de medo);
- Compreender como pessoas idosas buscam, analisam e utilizam as informações difundidas sobre a COVID-19 pelas redes sociais digitais e nas mídias tradicionais (televisão, rádio, jornais e revistas impressas);
- Compreender o surgimento de ansiedade, stress e depressão relacionados às informações disseminadas sobre a COVID-19 entre idosos;
- Compreender as estratégias de enfrentamento (coping) desenvolvidas por idosos para combater a ansiedade, o estresse e a depressão no contexto da infodemia de COVID-19;

- Elaborar um consenso de estratégias de enfrentamento a infodemias voltado para idosos, visando estabelecer boas práticas de comunicação e mitigação da ansiedade, stress e depressão."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **"Riscos:**

Possibilidade da quebra de sigilo dos dados coletados na web-based survey (Fase 1 e Fase 3) e entrevistas (Fase 2). Será garantido que os dados serão utilizados apenas para fins científicos, mantendo o anonimato e sigilo. No risco eventual da geração de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, os pesquisadores envolvidos assumem a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo. Todos os participantes serão codificados, tendo os seus nomes preservados. Os dados coletados em todas as fases da pesquisa serão armazenados adequadamente durante um período de 5 anos, podendo ser descartados após esse período. Será garantido aos participantes, o sigilo sobre sua identificação e sobre as informações coletadas. Também será garantida a possibilidade de interrupção ou cancelamento, das entrevistas, quando solicitadas pelo participante. Para a realização das entrevistas por smartphone ou telefone (Fase 2) será solicitado ao participante direcionar-se a um local reservado e confortável a sua escolha, evitando possível constrangimento e preservando sua privacidade. Asseguramos aos participantes a possibilidade de assistência on-line ou por telefone, por profissionais de saúde capacitados (04 psicólogos e 03 profissionais da área de saúde mental), participantes da equipe de pesquisa, diante da eventual necessidade de orientações, aconselhamento e acompanhamento, bem como o encaminhamento para serviços de saúde visando benefícios para a sua saúde emocional, com vistas a superar sintomas relacionados à estresse, ansiedade, tristeza, medo, preocupações, entre outros, desencadeados pela resposta aos instrumentos de coleta de dados.

##### **Benefícios:**

Pretendemos avançar em conhecimentos sobre a infodemia e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos, considerando a multiculturalidade dos países envolvidos. Esperamos avançar na elaboração de um consenso de estratégias de enfrentamento às principais reações de idosos às infodemias, visando estabelecer boas práticas de comunicação e mitigação da ansiedade, depressão e estresse. O consenso, resultante da terceira fase da pesquisa, será utilizado em atividades de educação em saúde voltadas para a população de idosos e para os profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde e nos sistemas de saúde dos países envolvidos. Após a finalização do estudo, retornaremos os resultados da pesquisa para os idosos no formato de um vídeo filme, com linguagem apropriada, com os resultados da pesquisa a ser utilizado em campanhas nacionais e internacionais sensibilizando sobre a temática estudada (infodemia e suas repercussões sobre a saúde mental de idosos). Tais contribuições são fundamentais para direcionar intervenções e subsidiar políticas públicas de saúde, especialmente para idosos, pelas maiores taxas de letalidade da COVID-19. Esperamos avançar no conhecimento científico relacionado à compreensão do comportamento informacional, coping e repercussões da Infodemia

COVID-19 sobre a saúde mental de idosos, produzindo subsídios para formulações teóricas; de diferentes modalidades de intervenções; de novas hipóteses ou questões de pesquisa. Também retornaremos os resultados para a população estudada (idosos) por email e por WhatsApp, em linguagem acessível e promovendo orientações sobre as estratégias de enfrentamento a infodemia."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e importante no contexto da pandemia da COVID 19 e da infodemia presente atualmente.

Trata-se de estudo multicêntrico, tendo como centro coordenador a Universidade Federal de Juiz de Fora e incluindo 8 centros no Brasil e 8 centros no exterior, todos vinculados à Universidades.

Pesquisa que visa financiamento em editais brasileiros junto às agências de fomento. Pesquisador responsável do centro coordenador demonstra compromisso em enviar ao CEP o Termo de Outorga caso haja aprovação de financiamento.

Há descrição detalhada da metodologia para obtenção do consentimento e envio do TCLE aos participantes.

Estima-se a participação de 3330 idosos na Fase 1; 50 idosos na Fase 2; e 20 especialistas na Fase 3. De acordo com o cronograma apresentado no projeto detalhado, a Fase 1 da pesquisa já ocorreu no período de 01/06/2020 a 01/07/2020, encontrando-se atualmente, na fase de análise dos dados. A pesquisadora responsável pelo Centro UNIRIO aponta os esclarecimentos do cronograma na Carta de Resposta às Pendências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados: Folha de rosto assinada, carimbada e datada pela pesquisadora responsável do centro participante e Direção da Escola de Enfermagem da UNIRIO; Orçamento; Cronograma; Projeto detalhado com as correções solicitadas pelo primeiro centro; Instrumentos de coleta de dados de todas as fases do estudo; TCLE específico para cada fase da pesquisa; Parecer de aprovação recebido pelo centro coordenador; link a ser enviado aos participantes da Fase 1; Declaração da pesquisadora responsável pelo Centro localizado na UNIRIO de que o protocolo é idêntico ao apresentado ao primeiro centro e de que serão realizados os mesmos procedimentos envolvendo seres humanos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências apontadas em Parecer Consubstanciado anterior foram atendidas. Não há novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezada Pesquisadora,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na

parte de notificação (ícone à direita da tela, na linha do título do projeto).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1589131.pdf	10/11/2020 16:10:25		Aceito
Outros	DeclaracaopesquisadorresponsavelUNIRIO.pdf	10/11/2020 16:09:09	PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA	Aceito
Outros	CartadeAtendimentoaPendencialInfodemia.docx	10/11/2020 16:06:26	PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1ProjetoInfodemiaCOVIDcepUFJFrevpeind.docx	10/11/2020 16:05:49	PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	30/09/2020 08:50:06	PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA	Aceito
Outros	Respostas_CEP_nova_pendencia.pdf	22/06/2020 11:01:07	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Questionario_telefone_idosos.docx	22/06/2020 10:59:02	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_survey_idosos.docx	22/06/2020 10:57:12	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_survey_Juizes.docx	17/06/2020 11:20:04	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevistas_idosos.docx	17/06/2020 11:19:09	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_CEP.pdf	12/06/2020 11:53:30	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito
Outros	Delcara_propriopunho_CEP.pdf	17/05/2020 13:51:21	Ricardo Bezerra Cavalcante	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Renata Flavia Abreu da Silva**  
**(Coordenador(a))**