



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

JULIANA PAULINO DANTAS DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 POR IDOSOS COM DOENÇA
DE PARKINSON: REPERCUSSÕES NA FUNCIONALIDADE E NA QUALIDADE
DE VIDA**

RECIFE

2022

JULIANA PAULINO DANTAS DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 POR IDOSOS COM DOENÇA
DE PARKINSON: REPERCUSSÕES NA FUNCIONALIDADE E NA QUALIDADE
DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia. Área de Concentração: Gerontologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano

Coorientadora: Profa. Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins

RECIFE

2022

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

S586e Silva, Juliana Paulino Dantas da.
Enfrentamento da pandemia da Covid-19 por idosos com doença de Parkinson: repercussões sobre a funcionalidade e qualidade de vida / Juliana Paulino Dantas da Silva – 2022.
78 p.

Orientadora: Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2022.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idoso. 2. Doença de Parkinson. 3. Autocuidado. 4. Pandemias. 5. Covid-19. Coriolano, Maria das Graças Wanderley de Sales (orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2024 - 034)

JULIANA PAULINO DANTAS DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 POR IDOSOS COM DOENÇA
DE PARKINSON: REPERCUSSÕES NA FUNCIONALIDADE E NA QUALIDADE
DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia. Área de Concentração: Gerontologia

Dissertação aprovada em: 13 de julho de 2022

Banca examinadora:

Prof.^a Dra Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano
Doutorado em Neurociências - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof.^a Dra Anna Karla de Oliveira Tito Borba
Doutorado em Nutrição - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof.^a Dra Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Doutorado em Bioquímica e Fisiologia- Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

RECIFE

2022

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus por oferecer diariamente o sustento, a perseverança e a resiliência em tempos tão difíceis e intensos vivenciados nos dois últimos anos. Agradeço a obra prima da minha vida, sonhada e escrita por Ele, que me faz agir conforme a sua intervenção divina em todas as minhas vocações. Pelos dons necessários desfrutados ao longo da caminhada acadêmica.

Aos meus pais, Emiliano e Antonina, por terem me educado na fé, com princípios éticos, mostrando que o respeito às autoridades, aos órgãos e às instituições de qualquer categoria deve ser sempre cultivado e colocado em prática. Pela herança da Educação, perpetuada de geração em geração e sobretudo pelo conhecimento de que os caminhos mais difíceis são os que mais valem a pena. Sou grata eternamente pelos esforços, pela dedicação diária, por toda doação oferecidas desde a minha primeira infância até os dias atuais.

Ao meu esposo, Filipe Agranemam, pelas palavras sábias e propulsoras de incentivo e de ânimo para a concretização de todos os eventos acadêmicos. Aos meus amados filhos, Miguel e Rafael, criaturas adoráveis que me locomovem cada vez mais para frente com toda garra e determinação ao alcance de novos horizontes. Aos meus familiares, especialmente à minha avó Maria Stella e Silva (in memoriam), minha musa inspiradora e mentora de todos os meus projetos e idealizações não apenas na área da Gerontologia, mas também em todas as multifaces da vida humana.

A toda equipe do Pró-Parkinson, que contribuiu especialmente para a realização de todo o projeto de uma forma mais leve e segura. Aos participantes da pesquisa, por permitirem ser conduzidos pela ciência com dignidade e seriedade. Ao Programa de Pós-graduação de Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, pela oportunidade de apreender e reproduzir bons frutos adquiridos ao longo do mestrado. Agradeço, em especial, à minha orientadora, professora Maria das Graças Coriolano, pela sabedoria e humildade de reconhecer os caminhos promissores da pesquisa científica.

E a todos os meus amigos e colegas do Programa que direta e indiretamente contribuíram não somente para a elaboração da dissertação, mas também que disponibilizaram seu tempo com todo carinho e cuidado para cada passo dado ao longo dos estudos, dando o suporte físico e emocional.

RESUMO

No ano de 2020 a Covid-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como uma pandemia, gerando mudanças radicais de comportamento para o enfrentamento da doença através de medidas de proteção individual e coletiva. Por acometer especialmente a população idosa com doenças crônicas, o presente estudo buscou avaliar as repercussões da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 na funcionalidade e na Qualidade de Vida (QV) de idosos com Doença de Parkinson (DP). Estudo analítico de corte transversal realizado com uma população de idosos, de ambos os sexos, com doença de Parkinson, cadastrados e acompanhados pelo Programa de Extensão Pró-Parkinson. A pesquisa foi desenvolvida remotamente de forma síncrona, por meio de vídeo chamada. Dentre os idosos elegíveis foram coletadas informações sociodemográficas, avaliação da funcionalidade - Comportamento Sedentário (CS), Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson - Atividades de Vida Diária (UPDRS- II- AVD) e o Teste do Senta e Levanta Cinco Vezes (TSLCV). Avaliação da percepção do paciente sobre a QV - Questionário da Doença de Parkinson-39 (PDQ-39). Amostra composta por 27 pessoas idosas com DP, ambos os sexos, com média de idade de 68 (± 5) anos, variando entre 60 e 79 anos. A média da escolaridade foi de 8 (± 5) anos. A maioria vive com companheiro (74%) e fora do município de Recife (59%). Dentre os 27 idosos da amostra, 30% adotaram todas as 4 medidas de proteção e 48% adotaram 3 medidas dentre as 4 investigadas e preconizadas pela Organização Mundial de Saúde em 2020. Os idosos apresentaram CS, passando em média 5 horas por dia em atividades sentado, o risco de quedas foi identificado pelo tempo médio para realização do TSLCV de 17 segundos. As AVD se apresentaram “pior do que antes da pandemia” para 52% da amostra com média 6 para o escore da UPDRS-II-AVD. Por fim, pessoas idosas com DP que adotaram todas as 4 medidas de proteção individual apresentaram valores médios significativamente menores nas variáveis CS e UPDRS-II. Logo, os achados deste estudo parecem sinalizar que comportamentos relacionados ao autocuidado com a saúde repercutem positivamente na funcionalidade e qualidade de vida.

Descritores: envelhecimento; idoso; Doença de Parkinson; autocuidado; pandemias; COVID-19; estado funcional; qualidade de vida.

ABSTRACT

In 2020, Covid-19 was declared by the World Health Organization as a pandemic, creating radical behavior changes to face the disease through individual and collective protection measures. As it affects especially the elderly population with chronic diseases, the present study sought to evaluate the repercussions of adopting Covid-19 prevention measures on functionality and Quality of Life (QoL) of elderly people with Parkinson's Disease (PD). An analytical cross-sectional study was carried out with a population of elderly people, of both sexes and with Parkinson's disease, registered and monitored by the "Pró-Parkinson" Extension Program. The research was developed remotely synchronously through video call. Among the eligible elderly, it was collected sociodemographic information, functionality assessment sedentary behavior (SB), Unified Parkinson's Disease Assessment Scale - Activities of Daily Living (UPDRS- II-ADL) and the Sit and Stand Test Five Times (FTSS). Assessment of the patient's perception of QoL–Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39). Sample composed of 27 people with PD, both sexes, with a mean age of 68 (± 5) years, ranging from 60 to 79 years. The mean schooling was 8 (± 5) years. Most live with a partner (74%) and outside the city of Recife (59%). Among the 27 elderly in the sample, 30% adopted all 4 protective measures and 48% adopted 3 measures among the 4 investigated and recommended by the World Health Organization in 2020. The elderly presented SC, spending an average of 5 hours per day in sitting activities, the risk of falls was identified by the mean time to perform the TSLCV of 17 seconds. The ADLs presented "worse than before the pandemic" for 52% of the sample with a mean 6 for the UPDRS-II-ADL score. Finally, people with PD who adopted all 4 measures of individual protection presented significantly lower mean values in the variables CS and UPDRS-II. Therefore, the findings of this study seem to indicate that behaviors related to self-care with health positively have a positive impact on functionality and quality of life.

Keyword: aging; aged; Parkinson's Disease; self-care; pandemics; COVID-19; functional state; quality of life;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVE Acidente Vascular Encefálico

AVD Atividades da Vida diária

COVID-19 *Coronavirus Disease 2019* (Doença do Coronavírus de 2019)

CS Comportamento Sedentário

DCNT Doença Crônica Não Transmissível

DP Doença de Parkinson

FTSS *Sit and Stand Test Five Times*

HIPAA *Health Insurance Portability and Accountability Act* (Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde)

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ME Ministério de Educação

MERS-CoV *Middle East Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória do Oriente Médio)

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PDQ-39 *Parkinson Disease Questionnaire 39* (Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson – 39 itens)

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

QV Qualidade de Vida

QVRS Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

RC Registro Civil

SARS-CoV *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave)

SARS-CoV-2 *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2)

SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave

SES Secretaria Estadual de Saúde

TSL Teste do Senta e Levanta

TSLCV Teste do Senta e Levanta Cinco Vezes

UPDRS *Unified Parkinson`s Disease Rating Scale* (Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson)

UPDRS-II *Unified Parkinson`s Disease Rating Scale Part II* (Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson - Seção II)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	DESENHO DO ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA	14
3.2	ASPECTOS ÉTICOS, POPULAÇÃO E AMOSTRA DE PARTICIPANTES ...	14
3.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	15
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	16
3.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	16
3.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	20
4	REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1	COVID-19 – ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	21
4.2	COVID-19 – IMPACTOS NA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON	27
5	RESULTADOS	34
5.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA COM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA	34
5.2	AVALIAÇÃO DAS REPERCUSSÕES DA ADOÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON	36
5.3	AVALIAÇÃO DAS REPERCUSSÕES DA ADOÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON	37
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A – INFOGRÁFICO PARA ATENDIMENTO ONLINE	60

APÊNDICE B – ELEGIBILIDADE	61
APÊNDICE C – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	62
APÊNDICE D – UPDRS-II	63
ANEXO A – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP	64
ANEXO B – CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	70
ANEXO C – COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	71
ANEXO D – TESTE SENTA-LEVANTA CINCO VEZES (TSLCV)	72
ANEXO E – PDQ-39	73
ANEXO F – CARTILHA DO LABEDUCA60+	78

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, declarou o surto de uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (Covid-19) - denominado Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. Foi considerada uma emergência de saúde pública de importância internacional, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, em 11 de março de 2020, apontando a Covid-19 como uma pandemia (OPAS BRASIL/OMS, 2020; ZHU, et al., 2020).

O primeiro caso confirmado no Brasil foi detectado em São Paulo em 26 de fevereiro e até 12 de junho de 2020 ocorreu um aumento exponencial de casos confirmados, em torno de 828.810, dentre esses, 41.828 corresponde a óbitos acumulados. O primeiro óbito brasileiro confirmado ocorreu em 17 de março de 2020, um homem de 62 anos, diagnosticado com diabetes e hipertensão, internado em rede especializada de saúde para a população idosa (BRASIL, 2020).

A população idosa passou a ser destaque na pandemia da Covid-19, especialmente aqueles com doenças crônicas e, com isso, ascenderam preocupações com a diversidade do envelhecimento. Destaca-se que as estratégias para conter a propagação da doença foram, em grande parte, comportamentais e impactaram a sociabilidade e a subsistência da população (GARCIA et. al., 2020). Por isso que a proteção aos idosos tornou-se uma estratégia prioritária, tendo em vista que eles constituíam o grupo com maior risco de complicações e de morte pela doença (CDC COVID-19, 2020).

A população mundial de pessoas com 60 anos ou mais já ultrapassa 1 bilhão, a maioria vivendo em países de baixa e média renda. Muitos não têm acesso nem aos recursos básicos necessários para uma vida com sentido e dignidade. Muitos outros enfrentam múltiplas barreiras que impedem sua plena participação na sociedade. O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas idosas, número que representa 13% da população do país, percentual que tende a dobrar nas próximas décadas (OPAS, 2021; IBGE, 2018).

Com a propagação do novo coronavírus as estatísticas vitais do Brasil já estão sofrendo impactos, pois os dados preliminares indicam um aumento da mortalidade e uma redução da natalidade. O número de nascimentos de bebês reduziu de 2,77 milhões em 2019 para 2,6 milhões em 2020 e o número de óbitos subiu de 1,26 milhões para 1,45 milhões no mesmo período (OPAS, 2021).

Porém, essas estimativas populacionais não incorporam os efeitos da pandemia. De acordo com as Estimativas e Projeções de População do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) dados preliminares do Registro Civil e do Ministério da Saúde apontam para um aumento de mortes, principalmente entre idosos, e uma diminuição dos nascimentos. É possível que também tenha ocorrido alterações nos fluxos migratórios. As implicações disso no tamanho da população serão verificadas a partir do próximo Censo Demográfico, que deve ser publicado no ano de 2022. (IBGE, 2021).

Compreender as implicações das mudanças demográficas atuais, bem como a transição epidemiológica, é crucial para que a sociedade esteja preparada para atender uma população envelhecida. O fato de as pessoas estarem vivendo mais, não significa que elas estão vivendo com melhor saúde e tendo suas necessidades atendidas (OPAS, 2021).

O aumento da longevidade implica no aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas como a doença de Parkinson (DP), cujos sinais e sintomas característicos são tremor de repouso, rigidez plástica, bradicinesia e instabilidade postural (GOULART e PEREIRA, 2005). Pessoas com DP podem apresentar piores quadros cardiorrespiratórios decorrentes da infecção pelo SARS-CoV-2. Sabe-se que a força muscular respiratória e alguns parâmetros de função pulmonar encontram-se reduzidos desde os estágios iniciais da DP, sendo a bradicinesia e a rigidez os sinais cardinais mais correlacionados ao prejuízo desses parâmetros (SANTOS et al., 2019).

Além dessas questões as pessoas com DP podem sofrer com estresse crônico e inatividade física promovida pelo isolamento social, com impactos negativos sobre a funcionalidade. Esses aspectos associados ao processo de envelhecimento podem repercutir negativamente na percepção da Qualidade de Vida (QV), especialmente nos domínios, Atividades de Vida Diária (AVD), comunicação e mobilidade (HELMICH e BLOEM, 2020; VICTORINO, et al., 2020; LANA et al., 2007; PEREIRA, et al., 2006; PIMENTA, et al., 2008).

Com este cenário questionam-se quais seriam as repercussões da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 na funcionalidade e na qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson. Acredita-se que a não adoção das medidas de prevenção da Covid-19 em idosos com doença de Parkinson possam promover redução na funcionalidade e piora na percepção da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL: Avaliar as repercussões da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 na funcionalidade e na qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Avaliar as repercussões da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 na funcionalidade de idosos com doença de Parkinson.

- Avaliar as repercussões da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 na qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal com abordagem quantitativa que foi desenvolvido remotamente de forma síncrona e efetiva, onde foi utilizado o ambiente acadêmico virtual do *g-suite* por meio da ferramenta de reuniões virtuais *google meet*. O link para reunião gerado era disponibilizado para o paciente por meio do aplicativo de *Whatsaap*, deixando facultativo ao paciente continuar na reunião por meio do seu celular ou computador.

O telefone é um dispositivo largamente utilizado pelas pessoas em qualquer faixa etária, constituindo uma ferramenta de alcance relevante pelo contexto pandêmico de afastamento social. A ferramenta utilizada foi uma videochamada, um princípio da telefonia apta para teleconsulta e telemonitoramento, sendo entregue também um manual de orientações para o atendimento *on line* (Apêndice A).

Este critério atende a resolução N° 516, de 20 de março de 2020 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) sobre Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia da Covid-19.

As vantagens da utilização das ferramentas do *G-suite* corporativo são a segurança das informações certificadas pela HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), sendo um ambiente apropriado para a pesquisa. A HIPAA é um conjunto de conformidades que as organizações de saúde passaram a seguir para proteger suas informações digitais internas.

Os contatos telefônicos foram obtidos das listagens de pacientes cadastrados e previamente acompanhados pelo Programa de Extensão Pró-Parkinson que atua em ações de extensão junto a essa população há mais de 10 anos.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS, POPULAÇÃO E AMOSTRA DE PARTICIPANTES

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e apresenta parecer n. 4.225.630 e CAAE: 36160620.6.0000.5208 (Anexo A).

A população do estudo foi composta pelos pacientes com DP cadastrados e previamente acompanhados pelo Programa de Extensão Pró-Parkinson. O Pró-Parkinson é um Programa de Extensão multi-e-interdisciplinar que funciona no Hospital das Clínicas (HC) da UFPE e em

outros setores da Universidade, como na Clínica Escola de Fonoaudiologia, na Clínica Escola de Odontologia, na Clínica Escola de Nutrição e no Serviço de Psicologia Aplicada.

O Programa também é parceiro da Associação de Parkinson de Pernambuco e tem o objetivo de promover assistência integral ao indivíduo com doença de Parkinson, não somente no contexto ambulatorial, mas também através de orientações para o domicílio. Sua atuação abrange as áreas da Medicina (Neurologia e Clínica Médica), Fisioterapia (Motora e Respiratória), Fonoaudiologia (Deglutição e Voz), Terapia Ocupacional, Odontologia, Psicologia e Nutrição.

A lista de contatos telefônicos de pacientes continha 110 registros para assim serem feitos os convites para os mesmos participarem da pesquisa. Pretendeu-se utilizar uma amostra não probabilística classificada como de conveniência, constituída pelos pacientes que aceitaram participar da pesquisa durante o período de coleta dos dados (agosto a dezembro de 2020) e de acordo com a capacidade de realização das etapas do estudo pela equipe de pesquisa. Isto é, a equipe de pesquisa possuía capacidade para avaliar entre 12 a 16 pacientes por mês, totalizando um “n” amostral máximo de 48 a 56 pacientes nos 4 meses de coleta de dados. Essa estimativa foi pensada pela disponibilidade da equipe total para realização da avaliação (pesquisa).

3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídas no estudo pessoas idosas, com idade equivalente ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos, cadastrados e acompanhados no Programa de Extensão Pró-Parkinson.

Foram excluídas as pessoas com:

1. Indicativo de comprometimento cognitivo verificado através do instrumento de triagem cognitiva da 3ª edição da caderneta de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2014) (Anexo B).
2. Comprometimento auditivo ou verbal suficientemente grave que impeçam completamente a comunicação, impossibilitando a entrevista/ avaliação observado pela equipe de pesquisa.
3. Alguma fratura recente nos últimos 3 a 6 meses, de membros superiores e/ou de membros inferiores informadas durante o inquérito da avaliação.

4. Usar algum dispositivo (cadeira de rodas, andador, muletas) que auxilie na deambulação/locomoção, impossibilitando a execução do TSLCV, informadas durante o inquérito da avaliação.
5. Paciente que realizou alguma cirurgia para a Doença de Parkinson informadas durante o inquérito da avaliação.
6. Dificuldade e/ou ausência ao acesso às redes móveis ou à internet.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização das ligações telefônicas, utilizaram-se os contatos telefônicos da lista de pacientes cadastrados e previamente acompanhados pelo Programa de Extensão Pró-Parkinson, respeitando-se a ordem da lista. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa cujos procedimentos foram explicados em linguagem simples e coloquial. Após consentimento do paciente uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido era enviada para o contato de e-mail ou através do aplicativo *WhatsApp* fornecido pelo paciente, a sua escolha.

Em seguida foi iniciada a aplicação do instrumento de elegibilidade (Apêndice B) e para coleta de informações sociodemográficas, o formulário padronizado constando das seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, raça, renda, classe social, estado civil, arranjo domiciliar, escolaridade, situação de moradia, estilo de vida, morbidade); (Apêndice C).

Na sequência foram aplicados: Perguntas da 3ª edição da caderneta de saúde da pessoa idosa (Anexo B), pergunta sobre comportamento sedentário (CS) (Anexo C), perguntas da Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson seção II - Atividades de Vida Diária (UPDRS- II- AVD) (Apêndice D), a realização do Teste Senta e Levanta Cinco vezes (TSLCV) (Anexo D) e o questionário da doença de Parkinson-39 (PDQ-39) (Anexo E).

A realização da avaliação do TSLCV está condicionada à presença de uma pessoa que more com o idoso ou cuidador informal/formal que recebeu todas as informações sobre o teste e cuidados necessários para acompanhar a execução do teste, que foi guiado pela avaliadora.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todos os instrumentos de coleta de dados foram gerados por meio da ferramenta “formulários” do *G-suíte* e estão sumarizados no quadro 1. Para verificação da elegibilidade foi aplicado um instrumento para coleta de informações sociodemográficas como nome completo,

data de nascimento, entre outras e as três perguntas da 3ª edição da caderneta de saúde da pessoa idosa (item 2.7, página 23) que são: 1) Algum familiar ou amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)? 2) O esquecimento está piorando nos últimos meses? 3) O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? Caso o paciente respondesse “sim” à questão n.3, ele não era considerado elegível para compor a amostra dessa pesquisa. Esta questão indica que as atividades diárias estão sendo afetadas pelos lapsos da memória, um possível indicativo de incapacidade cognitiva (MORAES, et al., 2010).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde. É um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014).

Foram avaliadas as medidas de proteção individual recomendadas pela Organização Mundial de Saúde[1] (OMS, 2020). Os participantes descreveram a adoção auto-relatada de quatro medidas de proteção pessoal: higiene das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social e uso de máscara. Como possíveis respostas foi utilizada uma escala de pontos Likert (1. “Sempre”, 2. “Frequentemente”, 3. “Às vezes”, 4. “Raramente” ou 5. “Nunca”). Foi considerada medida de proteção individual adotada quando a pessoa respondeu “sempre” para as perguntas 1, 2 e 4; “raramente” ou “nunca” para a pergunta 3 (Quadro 1).

Quadro 1. Perguntas para avaliação de medidas de proteção individual adotadas.

Medidas de proteção individual	Pergunta
1. Higiene das mãos	Com qual frequência o sr(a) lava as mãos?
2. Etiqueta respiratória	Com qual frequência ao tossir ou espirrar o sr (a) cobre a boca e o nariz com a dobra do cotovelo ou lenço descartável?

3. Distanciamento social	O sr (a) tem saído de casa para resolver alguma coisa na rua?
4. Uso de máscara	Ao sair de casa, o sr (a) usa máscara?

Fonte: A autora, 2022.

Para análise da funcionalidade foram avaliados o CS, as AVD e o TSLCV. O CS foi avaliado por meio da pergunta: “Em média, quantas horas por dia o sr(a) participa de atividades sentado?”, como, por exemplo, ler, assistir TV, fazer trabalhos manuais, costurar, cortar alimentos etc. Para considerar uma pessoa com comportamento sedentário, ela tem que apresentar um tempo sentado maior que 4 horas por dia em 5 dias da semana, correspondendo em menos atividades (HESELTINE, et al., 2015).

Para avaliar as AVDs foi utilizada a escala UPDRS-II, composta por 12 perguntas sobre atividades realizadas no cotidiano (Exemplo: Para conseguir girar no leito e colocar roupas de cama, o sr(a) acha que está: a) Igual a antes da pandemia; b) Pior que antes da pandemia; c) Melhor que antes da pandemia. Para resposta “pior que antes da pandemia” foi atribuída pontuação “1” que indicou uma alteração para pior das atividades de vida diária. Para resposta “igual a antes da pandemia” ou “melhor que antes da pandemia” foi atribuída pontuação “0”. Para obter o escore geral foi realizada a soma das respostas das 11 perguntas que variou de 0 a 11 pontos, sendo que quanto maior a pontuação pior a percepção do idoso sobre a realização da tarefa. A décima segunda pergunta foi relacionada a ocorrência de queda nos últimos 12 meses (demarcando o tempo pandêmico)

O TSLCV foi realizado por meio de uma cadeira sem braços, estacionária com uma altura média de 45 cm. Foi solicitado para que o paciente permanecesse com as costas livres (sem tocar no encosto da cadeira), se levantasse completamente entre cada repetição do teste e sentasse encostando as nádegas no assento da cadeira. Com o seguinte comando verbal: “Quero que o senhor (a) se levante e se sente cinco vezes o mais rápido possível quando eu disser já”. O tempo da execução do teste foi cronometrado e repetido por três vezes (com intervalos de descanso entre uma repetição e outra), obtendo-se o valor considerado para o teste através da média do tempo nas três repetições, (MELO, et al., 2019).

Esse tipo de instrumento avalia o risco de quedas e incapacidades e indica distúrbios de equilíbrio. Devido ao alto número de quedas e lesões subsequentes, o estabelecimento de uma medida de resultado que reflita a força da extremidade inferior e as deficiências de equilíbrio em indivíduos com DP podem ser úteis (DUNCAN, LEDDY e EARHART, 2011).

Também foi demonstrado que o TSLCV tem um valor agregado ao estimar a possibilidade de quedas recorrentes em indivíduos da comunidade com risco moderado de quedas, uma vez que os indivíduos do grupo "risco moderado" com pontuação no TSLCV > 15 segundos apresentaram duas vezes mais quedas do que os indivíduos que realizaram o TSLCV em menos de 15 segundos (BUATOIS, et al., 2010).

Para avaliar a percepção do paciente sobre a qualidade de vida utilizou-se o Questionário PDQ-39, escala específica de avaliação da QV na DP e compreende 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: “nunca”; “de vez em quando”; “às vezes”; “frequentemente”; “sempre” ou “é impossível para mim” (SCHRAG, JAHANSHAH, QUINN, 2000). Possui oito domínios: mobilidade (10 itens), atividades de vida diária (seis itens), bem-estar emocional (seis itens), estigma (quatro itens), suporte social (três itens), cognições (quatro itens), comunicação (três itens) e desconforto corporal (três itens). Pontuações mais altas refletem menor Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (JENKINSON, et al., 1995).

Quadro 2. Descrição dos instrumentos de coleta de dados

Para avaliação e triagem	
a)	Perguntas da 3ª edição da caderneta de saúde da pessoa idosa (Anexo A)
b)	Elegibilidade (Apêndice B).
c)	Informações sociodemográficas (Apêndice C).
Para avaliação das variáveis de desfecho	
<i>Funcionalidade</i>	
a)	Comportamento sedentário (Anexo B)
b)	UPDRS-II (Apêndice D).
c)	Teste do senta e levanta 5 vezes (Anexo C).
<i>Qualidade de Vida</i>	
a)	PDQ-39 (Anexo D)

Fonte: A autora, 2022.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por meio do pacote estatístico StatistaStatSoft12 considerando $p < 0,05$. Os dados foram compilados através de medidas de tendência central e dispersão para caracterização geral da amostra e apresentação descritiva das variáveis. Para comparar as médias entre os grupos: “Adota todas as 4 medidas de proteção individual? Sim ou Não” foi utilizado teste t independente.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 COVID-19 – ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

O Coronavírus foi responsável por duas pandemias importantes, nos últimos vinte anos a Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV-2), em 2002 e a Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) em 2012. A Covid-19 (SARS-CoV-2) descoberta recentemente, pertence aos beta-Coronavírus (β -Coronavírus), sua disseminação é mais rápida do que os anteriores, podendo causar infecções respiratórias (XU, et al., 2020). Em casos mais graves, essa infecção pode causar pneumonia ou dificuldades respiratórias, podendo ser fatal (ZHOU, et al., 2020).

No início da infecção viral os sintomas mais comuns observados foram: febre, fadiga, tosse seca, mialgia e dispneia, além desses, os pacientes podem sofrer dor de cabeça, tontura, dor abdominal, diarreia, náuseas e vômitos (WANG, et al., 2020). Assim como em outras infecções respiratórias comuns (gripe/resfriado), as medidas de saúde pública são ações preventivas cotidianas que servem para retardar a propagação de doenças (WHO, 2020).

Por se tratar de uma nova doença, o sistema de vigilância deve adotar uma definição com maior capacidade de detectar o universo de casos na população, sabendo-se da alta transmissibilidade das pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 (sintomáticas, pré-sintomáticas e assintomáticas). À medida que se disponha de informações mais detalhadas acerca dos casos investigados, as definições devem ser revistas (BRASIL, 2018; AQUINO, et al., 2020).

O país enfrenta não somente uma doença nova, mas também uma situação inusitada, que requer mudanças radicais de comportamento, nos níveis individual e comunitário. A colaboração da sociedade no enfrentamento à pandemia será determinante para a evolução da epidemia, seguindo as orientações das autoridades baseadas nas evidências científicas disponíveis e alinhadas às recomendações da OMS (OLIVEIRA, et al., 2020).

A definição precisa dos casos suspeitos e confirmados, baseada em critérios clínicos e laboratoriais juntamente com a avaliação permanente da implementação com a efetividade e impacto das estratégias de controle, pode fornecer subsídios para a tomada de decisões quanto à manutenção de medidas de distanciamento social e o momento oportuno para flexibilizá-las (AQUINO, et al., 2020).

O estado de Pernambuco apresentou 995 novos casos da Covid-19 entre os confirmados até o dia 21 de junho do ano de 2020, em que 873 (88%) foram casos leves e 122 (12%) se enquadraram como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), totalizando 52.113 casos já confirmados, sendo 18.098 graves e 34.015 leves. Também foram confirmados laboratorialmente 86 óbitos (sendo 56 do sexo masculino e 30 do sexo feminino). Dos 86 pacientes que vieram a óbito, 34 apresentavam comorbidades confirmadas: hipertensão (12), diabetes (11), doença cardiovascular (12), doença renal (5), tabagismo/histórico de tabagismo (5), doença pulmonar (2), doença neurológica (1), obesidade (2), etilismo crônico (3), câncer (1) - um paciente pode ter mais de uma comorbidade. Dois não possuíam doenças pré-existentes e os demais estão em investigação pelos municípios (SES-PE, 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) registrou, até o dia 03 de setembro de 2021, 541 casos da Covid-19. Entre os confirmados, 58 (11%) são casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 483 (89%) são leves. O estado de Pernambuco totalizou 609.698 casos confirmados da doença, sendo 53.440 graves e 556.258 leves, que estão distribuídos por todos os 184 municípios pernambucanos, além do arquipélago de Fernando de Noronha (SES-PE, 2021).

Além disso, o boletim registra um total de 542.523 pacientes recuperados da doença. Destes, 31.742 eram pacientes graves, que necessitaram de internamento hospitalar, e 510.781 eram casos leves. A redução de novos casos da doença se deu pela aplicação das vacinas contra a covid-19 em que PE registrou desde o início da campanha de imunização 8.274.687 doses de vacinas contra a Covid-19 na sua população, dentre eles idosos institucionalizados, idosos de 60 a 69 anos, idosos longevos e pessoas com comorbidades (SES-PE, 2021).

Também foram confirmados laboratorialmente 20 novos óbitos (9 masculinos e 11 femininos), ocorridos entre os dias 14/03/2021 e 02/09/2021. Com isso, o Estado totaliza 19.445 mortes pela doença. Os pacientes tinham idades entre 45 e 89 anos. As faixas etárias são: 40 a 49 (4), 50 a 59 (2), 60 a 69 (6), 70 a 79 (4) e 80 e mais (4). Desse total, 19 doenças preexistentes: doença cardiovascular (13), diabetes (6), hipertensão (6), doença renal (4), obesidade (4), doença neurológica (3), câncer (3), doença respiratória (2), imunossupressão (2), doença hematológica (2), histórico de tabagismo (1), doença de Alzheimer (1) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (1) – um paciente pode ter mais de uma comorbidade (SES-PE, 2021).

Posteriormente, em setembro do ano seguinte, a SES-PE registrou, no dia (02/09/2022), 880 casos da Covid-19. Entre os confirmados, apenas sete (0,8%) foram casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 873 (99,2%) foram leves, totalizando 1.049.704 casos confirmados da doença em todo o estado, além do arquipélago de Fernando de Noronha, sendo

59.736 graves e 989.968 leves. Foram contabilizados somente quatro óbitos (1 feminino e 3 masculinos), ocorridos entre os dias 07/06/2021 e 17/08/2022. As novas mortes eram de pessoas residentes do município do Recife (4). Com isso, o Estado totalizou 22.218 mortes pela Covid-19, os pacientes tinham entre 57 e 87 anos, as faixas etárias eram: 50 a 59 (1), 70 a 79 (2) e 80 e mais (1) (SES-PE, 2022).

A OMS ao longo da pandemia veio coordenando esforços, desenvolvendo vacinas e medicamentos para prevenir e tratar a Covid-19. O Brasil registrou no dia 11 de setembro de 2021, 70 milhões de brasileiros imunizados com as duas doses da vacina ou dose única, resultando em quase 44% da população adulta (maior de 18 anos) com o ciclo vacinal completo. E Pernambuco ampliou seu esquema de vacinação, aplicando 21.857.339 doses de vacinas contra a Covid-19 na sua população, desde o início da campanha de imunização no Estado (no dia 18 de janeiro de 2021) (SES-PE, 2022).

Em decorrência da queda contínua dos números da Covid-19, nova medida para permissão da flexibilização no Plano de Convivência foi anunciada pelo Governo do Estado (19/04/22) a retirada da obrigatoriedade do uso de máscaras em ambientes fechados, confirmando todos os indicadores da pandemia em queda, uma vez que, cerca de 80% da população vacinada com duas doses ou dose única, e mais de 80% dos maiores de 60 anos de idade havia tomado a dose de reforço. (SES -PE, 2022).

Apesar do avanço da vacinação por grande parte dos países, continua sendo indispensável reforçar o uso das medidas de prevenção da transmissão do coronavírus. Em razão do aumento recente do número de casos de Covid-19 no final do ano de 2022, o observatório da Covid-19 da Fiocruz, reforça a recomendação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) com relação ao uso de máscaras em locais fechados ou com pouca ventilação ou com aglomeração de pessoas. A recomendação também se estende especialmente a pessoas com fatores de risco para complicações da Covid-19, em especial imunossuprimidos, idosos, gestantes e pessoas com múltiplas comorbidades (OPAS BRASIL/OMS, 2020; BRASIL, 2021; FIOCRUZ, 2022).

Segundo a OMS, é fundamental se vacinar contra a Covid-19, com todas as doses necessárias, usar máscaras, higienizar as mãos, manter o distanciamento físico e os ambientes bem ventilados (OPAS, 2021). A adoção rápida e preventiva de medidas de proteção humana vem sendo destaque para impedir a transmissão da Covid-19 (KAMPF, et. al., 2020).

Essas medidas incluem: o distanciamento social; ficar em casa quando estiver doente; cobrir a boca e o nariz com cotovelo flexionado ou com algum tecido ao tossir ou espirrar- "etiqueta respiratória" (descartar o tecido usado imediatamente); lavar as mãos frequentemente

com água e sabão ou higienizar com álcool em gel; limpar as superfícies e objetos; não compartilhar objetos de uso pessoal, como copos e talheres; manter a ventilação nos ambientes. O MS desde o mês de abril de 2020, passou a orientar a população para o uso de máscaras de pano, para atuarem como barreira à propagação do SARS-CoV-2 (OPAS BRASIL/OMS, 2020; GARCIA, 2020). Posteriormente, essas recomendações realizadas por órgãos e instituições sanitárias foram atualizadas conforme a desaceleração da transmissão, exposição e/ou agravamento da doença.

O isolamento é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença, isso faz com que detecção dos casos seja precoce e que a transmissibilidade viral daqueles assintomáticos seja muito baixa (AQUINO, et al., 2020).

Uma vez que, a quarentena é a restrição do movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, ou porque não foram infectadas, ou porque ainda estão no período de incubação ou mesmo porque, na Covid-19, permanecerão assintomáticas e não serão identificadas. Pode ser aplicada no nível individual ou de grupo, mantendo as pessoas expostas nos próprios domicílios, em instituições ou outros locais especialmente designados (WILDER-SMITH e FREEDMAN, 2020).

Essas medidas têm sido implementadas de modo gradual e distinto nos diferentes países, com maior ou menor intensidade, e seus resultados, provavelmente, dependem de aspectos socioeconômicos, culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde, bem como dos procedimentos operacionais na sua implementação. No Brasil, deve-se considerar que uma grande parte das infecções sintomáticas pelo SARSCoV-2 não está sendo diagnosticada oportunamente, e, assim, para monitorar a evolução da epidemia, tem sido sugerido que sejam incluídas definições de caso mais abrangentes, bem como análises do excesso de internações e de óbitos por doenças respiratórias agudas (AQUINO, et al., 2020).

A pandemia Covid-19 afluou o destaque aos idosos, principalmente devido ao potencial de risco dessa população, especialmente aqueles com doenças crônicas (HAMMERSCHMIDT e SANTANA, 2020). O risco de desenvolvimento da forma mais grave da doença é maior entre os idosos, sobretudo aqueles que apresentam comorbidades (doenças do coração como hipertensão, além de diabetes, doenças renais, doenças pulmonares, câncer, situações de imunossupressão), o risco de infecção e complicações aumenta (NUNES et al., 2020).

A preocupação com essa população torna-se evidência no nosso país, visto que ela tende a crescer nas próximas décadas. Como aponta a projeção da população do IBGE, atualizada em 2018, segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3% (IBGE, 2018).

Durante o processo de envelhecimento, podem ocorrer alterações físico-funcionais que são peculiares desta etapa da vida, mas que estão sujeitas a variação de acordo com as características individuais (LOPES e SANTOS, 2015). O envelhecimento é um processo do desenvolvimento normal, envolvendo alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas. Também incidem sobre o organismo fatores ambientais e socioculturais - como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício - intimamente ligados ao envelhecimento sadio ou patológico (SANTOS, et al., 2009).

A imunossenescência (diminuição da capacidade do sistema imunológico) é um processo natural do envelhecimento, aumentando de modo geral, a incidência de doenças infectocontagiosas em idosos como gripe, resfriados comuns e Covid-19, e quando os idosos apresentam comorbidades (doenças como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatia e doenças pulmonares), o risco de infecção e complicações aumenta (NUNES et al., 2020).

Ademais, ocorre o abrandamento metabólico e diminuição das reservas do organismo, assim como dos mecanismos de controle e de defesa. O resultado do efeito biológico do avanço em idade é uma menor capacidade de resposta a agressões, entre elas, as doenças agudas (BOTELHO, et al., 2020). No próprio segmento idoso, verifica-se que a taxa de mortalidade entre pessoas idosas é ainda mais alta entre os idosos mais longevos (≥ 75 anos) quando comparada com a de outras faixas etárias (OMS, 2020). Se for analisado só o grupo acima de 60 anos, o índice de mortalidade chega a 8,8% (taxa 3,82 vezes maior que a média geral). Na faixa etária dos 70 a 79 anos, a taxa de mortalidade é de 8% e na média geral, a Covid-19 mata 2,3% dos infectados (CCDC, 2020).

Em um estudo realizado na China e em outros países de alta renda, estimou-se que, ao proteger os idosos, reduzindo em 60% os seus contatos sociais e diminuindo em 40% os contatos sociais na população geral, houve um grande decréscimo das infecções, hospitalizações e morte. Além disso, foi encontrada uma queda de até 67% nas mortes por Covid-19, representando 20 milhões de vidas salvas. Entretanto, nos países de média e baixa renda, essas estratégias podem ter menos impacto na redução do número de infecções já que os idosos têm mais contato com indivíduos jovens (FLAXMAN, et al., 2020; AQUINO, et al., 2020).

Por isso, a orientação do “fique em casa” com medidas de prevenção e proteção devem ser preconizadas de forma eficaz na redução das várias formas de contágio em todos os locais onde tiverem a presença de pessoas idosas e as portadoras de doenças crônicas. Isto é, no contexto dos seus domicílios, assistido por cuidadores e familiares, sob isolamento social, seja para os residentes em instituições de longa permanência, contribuindo com a diminuição da mortalidade na faixa etária de 60 anos e mais (LIMA, et al., 2020).

O isolamento social foi a estratégia adotada para o controle da infecção, levando a mudanças nos hábitos de vida da população em geral. Na população idosa ele é visto como multifacetado, sendo capaz de influenciar negativamente nos desfechos de saúde, satisfação e bem-estar de modo singular (ONDER, REZZA e BRUSAFERRO, 2020; GUANGDI e DECLERCQ, 2020).

Nessa perspectiva, o isolamento social de pessoas idosas está vinculado, de forma objetiva, à escassez de relações humanas e contatos regulares com pessoas, quer sejam familiares, quer sejam amigos ou membros da comunidade. Isto é, não se refere àqueles que se desconectaram voluntariamente, mas a possíveis barreiras que dificultam ou impedem a conexão social. Dessa forma, o indivíduo no cotidiano de sua vida, interage com menos pessoas do que gostaria, sua rede social é reduzida e conta com insuficiência de apoio social – emocional, informativo e instrumental (BEZERRA, NUNES e MOURA, 2021).

Quanto ao contexto de idosos com comorbidades durante a pandemia, foi observado que eles concordam com a utilização das medidas de distanciamento social, se informam mais, pois pensam na possibilidade de serem infectados pelo novo coronavírus (SOUZA FILHO, et al., 2021).

Essa grande adesão pode ter alguma relação com o medo de se infectar e de sofrer prejuízos a saúde ainda maiores. Esse medo pode ter sido gerado por diversas situações: a pandemia além dos graves problemas de abastecimento global, crise econômica, social, ambiental, trabalhista, fiscal e em tantos outros aspectos, gerou também um aprofundamento das vulnerabilidades na vida dos idosos (SOUZA FILHO, et al., 2021).

A pandemia da Covid-19 aprofundou a desigualdade ao afetar pessoas idosas mais vulneráveis. O distanciamento social total foi adotado pela maioria dessa população, especialmente indivíduos idosos que não trabalhavam antes da pandemia, ocorrendo diminuição da renda em quase metade dos seus domicílios. Grande parte apresentou comorbidades associadas ao maior risco de desenvolvimento da forma grave de Covid-19 e sentimentos de solidão, ansiedade e tristeza foram frequentes entre os idosos, especialmente entre as mulheres (ROMERO, et al., 2021).

A magnitude do envelhecimento populacional é crescente e influenciada por diferentes fatores, e está relacionada com desiguais e contraditórias formas de viver a idade avançada, tendo a interação social como um marcador para a QV.

A necessidade de se ampliar papéis e funções sociais de pessoas idosas na sociedade, isto é, incluí-las organicamente, colabora, por exemplo, com o enfrentamento ao ageísmo - preconceito ou discriminação contra a pessoa idosa, seja por meio da estigmatização ou de práticas discriminatórias da sociedade e de suas instituições (BEZERRA, NUNES e MOURA, 2021).

Embora o preconceito de idade sempre tenha estado presente, tornou-se mais evidente durante a pandemia de Covid-19 como forma de discriminação contra os idosos. Os discursos “envelhecidos” podem exercer uma influência negativa na vida dos idosos, causando graves impactos sociais e psicológicos (SILVA, et al., 2021).

4.2 COVID-19 – IMPACTOS NA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

O Brasil e o mundo enfrentam uma emergência sem precedentes na história, de gravíssimas consequências para a vida humana, a saúde pública e a atividade econômica (CAETANO, et al., 2020). Dentre elas, sabe-se que o envelhecimento populacional é acompanhado por um aumento proporcional da doença de Parkinson (DP) e outros problemas neurodegenerativos. A DP é uma das doenças neurodegenerativas que apresenta o distúrbio de movimento mais comum e mais frequente em idosos, afetando as funções executivas (MACUGLIA, RIEDER, ALMEIDA, 2012).

Revelada pela primeira vez em 1817 por James Parkinson como uma “paralisia agitante”, a DP foi descrita com mais detalhes 50 anos depois por Jean-Martin Charcot que destacou o espectro clínico (ou fenótipo) da doença distinguindo duas formas polares, “tremulante” e “rígido-acinética” (CHARCOT, 1861 apud WERNECK, 2010).

Nas décadas seguintes a DP continuou sendo extensivamente estudada até que em 1960 foi descoberta a redução dos níveis de dopamina nos núcleos da base o que gerou a descrição do processo degenerativo das vias direta e indireta do circuito motor que alicerçam o modelo fisiopatológico básico da doença (SCALZO, 2009). Outra consequência marcante dessa descoberta foi a ótima resposta ao tratamento da DP com o uso da levodopa, droga que até hoje é considerada padrão-ouro para o manejo farmacológico (BRASIL, 2017).

Considerada uma importante Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) a DP é um transtorno neurológico, de natureza progressiva, caracterizada pela “degeneração das células da camada ventral da parte compacta da substância nigra e do *locus ceruleus*”, com prejuízo na área motora e não motora, influenciando na qualidade de vida dessas pessoas. Desta forma, a assistência holística através da elaboração de ferramentas de prevenção, educação em saúde, suporte e tratamento de pessoas com DP, familiares e cuidadores poderiam colaborar para viver mais saudável (VALCARENGHI, et al., 2019).

A DP é caracterizada pela morte de neurônios dopaminérgicos na substância negra e acúmulo de agregados neurotóxicos de alfa-sinucleína no sistema nervoso central, desencadeando e agravando sintomas de DP, como: bradicinesia, tremor em repouso, rigidez articular, marcha prejudicada, entre outros (POEWE, et al., 2017).

Tornou-se evidente que os idosos têm um maior risco de desenvolver Covid-19 grave e, em comparação com adultos mais jovens, os idosos têm níveis mais baixos de vitamina D devido a uma variedade de fatores biológicos e comportamentais. E quando os idosos apresentam a DP a idade avançada passa a ser o maior fator de risco. Além de seus efeitos moduladores do sistema imunológico, foi sugerido que a suplementação de vitamina D desempenha um papel na diminuição da progressão da DP e na melhoria da qualidade relacionada à DP, podendo ser benéfica para melhorar sintomas motores e não motores da DP e diminuição do risco de fraturas ósseas após uma queda. Todos esses fatores podem contribuir para o aumento da qualidade de vida de pacientes com DP (HRIBAR, et al., 2020).

Logo, verificou-se que idade avançada, duração mais longa da doença e uso de terapias avançadas preveem mal resultado da Covid-19 em pacientes com DP (ANTONINI, et al., 2020). Entretanto, ainda não se compreende se os pacientes com DP apresentam maior risco de desenvolver o coronavírus, quais são seus fatores de risco e se suas manifestações clínicas diferem da população em geral (FASANO, et al., 2020).

Entretanto, as medidas recomendadas pela organização mundial da saúde para controle e prevenção da disseminação da Covid-19, em especial, o afastamento e o isolamento social podem promover repercussões negativas na funcionalidade e na QV de pessoas idosas com DP.

Foi visto que os sintomas motores e não motores foram os mais prejudicados devido à interrupção dos cuidados médicos, atividades sociais e exercícios. Isso inclui, cancelamentos de consultas, dificuldades na obtenção de medicamentos, redução do atendimento domiciliar, suspensão dos programas de reabilitação, como por exemplo a fisioterapia, uma das terapias

mais procuradas e acessadas por idosos com DP (BROWNA, et al., 2020; SCHIRINZI T, et al., 2020; CORIOLANO, et al., 2013).

A frequência de problemas relativos a serviços clínicos interrompidos pelo *lockdown* durante a pandemia corresponde à piora dos sintomas motores (tremor, rigidez, dificuldades de marcha) e não motores da DP (ansiedade, alucinações, agitação, psicose; fadiga e dor) (SCHIRINZI T, et al., 2020).

Idosos estão mais expostos à ansiedade devido à perda de amigos, presença de doenças crônicas, redução da autoconfiança, da independência financeira e física, das atividades e funcionalidade. Sua ansiedade mais comum é a ansiedade da morte. A prevalência de sintomas de ansiedade em idosos é de 15 a 52% e quando apresentam a DP sua prevalência é de 31%, tendo uma maior probabilidade no período off da doença. Além da ansiedade, a depressão também é comum em idosos com DP (NADERI e ROUSHANI, 2011; RYAN, et al., 2011; BROEN, et al., 2016; CAROD-ARTAL, et al., 2008).

As medidas de distanciamento social complicam os cuidados regulares e resultam em mudanças no estilo de vida nos idosos com DP, o que pode causar indiretamente estresse psicológico e agravamento dos sintomas da doença (rigidez, fadiga, tremor, dor e concentração). Além disso, a atividade física reduzida se correlacionou com o agravamento desses sintomas, pois foi detectado que esses idosos eram menos ativos fisicamente desde a pandemia de Covid-19 (HEIDE, et al., 2020).

Entende-se que as recomendações das autoridades são válidas para que todos fiquem em casa. Com isso, as limitações para a prática de atividades físicas, assim como, a mobilidade ao ar livre, resulta em um estilo de vida sedentário, principalmente em um paciente com DP (AHORSU, et al., 2020).

Por conseguinte, a falta de atividades na rotina diária de adultos e idosos é uma preocupação, uma vez que o sedentarismo e o excesso de peso são fatores que predis põem ao processo inflamatório subclínico. Um fator de risco que foi relatado como associado a uma complicação adicional do Covid-19 (OMS, 2020; HALLAL, et al., 2012).

A funcionalidade pode ser entendida como a capacidade da pessoa desempenhar determinadas atividades ou funções, utilizando-se de habilidades diversas para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia a dia (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007). Em tempos de pandemia, uma situação de dependência e redução da capacidade funcional poderá ter grande repercussão na vida das pessoas (OLIVEIRA e MENEZES, 2011).

A redução do desempenho motor é evidente com o progredir da idade, podendo estar ligada com o processo de envelhecimento, as patologias degenerativas, o estilo de vida ou a combinação desses fatores. Pois a capacidade para realizar suas funções conhecidas como Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) vai exigir habilidades motoras que estão relacionadas à força, flexibilidade, capacidade aeróbia e equilíbrio. Além disso, existe a atuação cognitiva que está relacionada à função executiva, atenção e memória OLIVEIRA, DUARTE e REIS, 2016).

Dentre os fatores de saúde que interferem no processo de envelhecimento, destacam-se a independência funcional que é definida como a realização de algo determinado através de seus próprios meios, estando diretamente ligada à mobilidade e a capacidade funcional. Já a capacidade funcional caracteriza-se pelo indivíduo não necessitar de ajuda para realizar as atividades de vida diária (PARAHYBA, e SIMÕES, 2006; SCATTOLIN, 2007).

A presença de dependência ou incapacidade em uma ou mais atividades do cotidiano, com necessidade de recurso a terceiros para a sua realização, sejam autocuidados ou atividades de autossuficiência para se viver sozinho, está associada a doenças e a lesões com sequelas. Com o intuito de diminuir a gravidade da Covid-19 em pessoas idosas, faz-se necessário realizar uma boa estimativa da sua vulnerabilidade, mediante a valorização e intervenção nos fatores biológicos e psicossociais que, cumulativamente as vulnerabilizam (BOTELHO, et al., 2020).

O movimento de sentar e levantar é considerado pré-requisito fundamental para a mobilidade e a independência funcional, uma vez que esse movimento faz parte da AVD (POLLOC, et al., 2014). Dentre os testes para mensurar a funcionalidade de um indivíduo, destaca-se o Teste do Senta e Levanta (TSL), aplicado em pessoas idosas, passa a ser influenciado por múltiplos processos sensorio-motor, equilíbrio e psicológico e representa uma habilidade de transferência específica, em vez de uma medida substituta da força do membro inferior (LORD, et al., 2002).

Já o Teste do Senta e Levanta Cinco Vezes (TSLCV) tem o potencial de ser uma ferramenta valiosa para fisioterapeutas que desejam avaliar a capacidade para sentar-levantar de pacientes idosos hospitalizados. Esta ferramenta pode complementar outros recursos para identificar a capacidade deambulatoria, risco de quedas e recuperação da independência funcional neste tipo de condições, apresenta elevada confiabilidade entre avaliadores (MELO, et al., 2019). O desempenho desse teste na DP está mais relacionado ao equilíbrio e bradicinesia, sendo confiável e fácil de administrar, e talvez útil como um meio rápido de avaliar o risco bruto de queda em indivíduos com DP (DUCAN, et al., 2011).

O conceito de autonomia no contexto concreto das relações, mostra-se complexo, não podendo ser delimitado apenas como funcionalidade ou capacidade de tomada de decisão. Pois, na interface entre poder e tomada de decisão, fatores inerentes à história pessoal, cultura, meio social, tecnologia e acesso a programas e políticas darão diferentes significados a esses termos, com diferentes implicações nos processos saúde-doença-cuidado (CARNEIRO e AYRES, 2021).

É importante compreender que a manutenção da autonomia e da independência com o ajuste das ações de distanciamento social, seja uma ação fundamentada nos pilares da gerontologia, como forma de prevenir as possíveis complicações inerentes ao isolamento social (HAMMERSCHMIDT e SANTANA, 2020).

Dentre essas complicações, destaca-se o Comportamento Sedentário (CS) prejudicial à saúde dos idosos, mesmo naqueles que atingem os níveis recomendados de atividade física. A redução nesse comportamento pode melhorar a saúde física autopercebida e assim apresentar menor probabilidade de ser um idoso sedentário, pois o sedentarismo traz consigo maus hábitos e conseqüentemente alterações físicas (HESELTINE, et al., 2015).

Portanto, reconhecer esse comportamento torna relevante para determinar oportunidades de intervenções físicas específicas e inerentes para o indivíduo idoso com DP em cada contexto e momento que se vive. A aplicação eficaz de instrumentos que avaliam a fraqueza, a instabilidade postural, a bradicinesia dos idosos com DP neste tempo pandêmico estabelece uma medida eficaz para avaliar a funcionalidade.

A utilização da *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS), é amplamente aceita para monitorar a progressão da doença e eficaz no tratamento medicamentoso, sendo um método adequado e confiável. Essa escala avalia os sinais, sintomas e determinadas atividades dos pacientes por meio do autorrelato e da observação clínica. É composta por 42 itens, divididos em quatro partes: atividade mental, comportamento e humor; AVD; exploração motora e complicações da terapia medicamentosa. A pontuação em cada item varia de 0 a 4, sendo que o valor máximo indica maior comprometimento pela doença e o mínimo, normalidade (FAHN e ELTON, 1987; HILTEN, et al., 1994; COELHO, et al., 2006).

A UPDRS foi desenvolvida a partir da incorporação de elementos de escalas já existentes para proporcionar uma avaliação mais abrangente e ao mesmo tempo mais eficiente e flexível das incapacidades da DP (GOETZ et al., 2003). A UPDRS existe em diferentes versões e todas mantêm os pontos fortes da escala original e a mesma subdivisão em quatro seções. Utilizou-se no presente estudo a seção II AVD com a finalidade de categorizar as

possíveis dificuldades e mudanças no cotidiano dos pacientes com DP durante a circunstância pandêmica.

De acordo com um conceito mais recente, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), refere-se à percepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e seus efeitos na própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social (FRANCHIGNONI e SALAFFI, 2003).

Diante do acelerado envelhecimento populacional a OMS divulgou um relatório mundial de envelhecimento e saúde, cujo objetivo principal foi responder aos desafios e apontar novos métodos de orientação que permitiam aos países, em todos os graus de desenvolvimento econômico, implantar medidas concretas de saúde pública e criar mecanismos que apoiassem e incentivassem o envelhecimento ativo e saudável. O relatório incluiu a meta de construir um mundo favorável aos idosos, desde estratégias para prestar atenção integral e centrada nas pessoas, até as políticas que permitam conforto e segurança (OMS, 2015).

Em um estudo que buscou verificar as relações entre as variáveis sociodemográficas, psicológicas, nível de atividade física e a QV em idosos frequentadores de um programa chamado Terceira Idade de uma Universidade em Campinas, SP. Foi encontrado que as variáveis sociodemográficas influenciam nos aspectos emocionais, sobretudo autoestima e resiliência de idosos (ALVES, et al., 2020).

Em outra pesquisa, foi visto a associação entre aptidão funcional e QV de idosas participantes de um programa de atividade física de Curitiba, Brasil. De maneira geral, observou-se que uma melhor aptidão funcional está associada positivamente a uma melhor autopercepção de vida em mulheres idosas, seja essa uma percepção geral ou inserida em seus diferentes domínios (VAGETTI, et al., 2020).

O distanciamento social limita as visitas familiares presenciais a pacientes que moram sozinhos, podendo resultar em sentimentos de solidão e depressão. Quando os pacientes ficam em casa, é mais provável que passem mais tempo assistindo televisão, ouvindo rádio e usando as mídias sociais com a transmissão de 24 horas de situações da Covid-19, potencialmente aumentando o estresse psicológico, piorando a ansiedade e a depressão que já são sintomas não motores comuns em pacientes com DP (AHORSU, et al., 2020).

Com altos níveis de medo, os pacientes com DP e suas famílias podem não pensar de forma clara e racional ao reagir ao Covid-19, levando potencialmente a outros desafios psicossociais. (AHORSU, et al., 2020). O estresse psicológico pode afetar vários sintomas motores, como tremor, marcha e discinesia, além de reduzir a eficácia dos medicamentos dopaminérgicos (HEMMERLE, et al., 2012; ZACH, et al., 2017).

Inúmeras são as formas para avaliar a QV, não havendo medidas como padrão-ouro (FARQHAR, 1995). O questionário PDQ-39 - Parkinson Disease Questionnaire 39 (Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson – 39 itens) tem sido indicado como instrumento mais apropriado para avaliação da QV do indivíduo com DP. Para os estudos que avaliaram a QV em parkinsonianos revelaram significativo impacto negativo da doença nesses indivíduos (LANA, et al., 2007).

A sua adaptação para o português-Brasil foi realizada na *Health Services Research Unit- Department of Public Health and Primary Care - University of Oxford*, em 2005, sendo essa a versão utilizada para este estudo, a qual foi obtida por meio de comunicação pessoal com os autores do questionário (MARINUS, et al., 2002; LANA, et al., 2007). É uma escala específica de avaliação da QV na DP e compreende 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: “nunca”; “de vez em quando”; “às vezes”; “frequentemente”; “sempre” ou “é impossível para mim” (SCHRAG, JAHANSHAHI, QUINN, 2000).

O questionário PDQ-39 é dividido em oito dimensões: Mobilidade (10 itens), Atividades de Vida Diária (6 itens), Bem-estar Emocional (6 itens), Estigma (4 itens), Apoio Social (3 itens), Cognição (4 itens), Comunicação (3 itens) e Desconforto Corporal (3 itens). O escore total para cada indivíduo é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $100 \times (\text{soma dos escores do paciente nas 39 questões} / 4 \times 39)$. O escore de cada dimensão é obtido da mesma forma que o escore total (pontuação total), podendo variar de 0 (nenhum problema) a 100 (máximo nível de problema), ou seja, uma baixa pontuação indica melhor percepção da QV por parte do indivíduo (JENKINSON, et al., 1995; MARINUS, et al., 2002; SCHRAG, et al., 2000; LYONS, et al., 1997).

Logo, o direcionamento de ações e estratégias de distanciamento social especificamente para esse grupo, ascendem-se preocupações com a diversidade do envelhecimento e com o idoso, em que as suas ações adotadas devem se fundamentar nos pilares da gerontologia, com manutenção da autonomia e independência (HAMMERSCHMIDT e SANTANA, 2020). São necessárias medidas de redução da transmissão do vírus através da higiene e distanciamento, atendendo à saúde biopsicossocial de idosos isolados.

Portanto, diante do cenário pandêmico, uma nova estrutura de atenção para o atendimento integrado ao idoso está se formando. Com alternativas inovadoras, comunicação intersetorial e uso de ferramentas tecnológicas, acompanhadas de uma alfabetização digital adequada em saúde. (GÁLVEZ, et al., 2020).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA COM RELAÇÃO A VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Amostra composta por 27 pessoas idosas com DP, ambos os sexos, com média de idade de 68 (± 5) anos, variando entre 60 e 79 anos. A média da escolaridade foi de 8 (± 5) anos. A maioria vive com companheiro (74%) e fora do município de Recife (59%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas

Variáveis	
Amostra, n (%)	27 (100)
Idade, média (\pm)	68 (± 5)
Sexo, n (%)	
Feminino	16 (59)
Masculino	11 (41)
Arranjo familiar, n (%)	
Com companheiro	20 (74)
Sem companheiro	07 (26)
Residência, n (%)	
Recife	11 (41)
Fora de Recife	16 (59)

n: número/amostra. Fonte: A autora, 2022.

Com relação a funcionalidade os idosos apresentavam comportamento sedentário passando em média 5 horas por dia em atividades sentado. Indicativo de risco de quedas foi identificado pelo tempo médio para realização do TSLCV de 17 segundos. As atividades de vida diária se apresentaram “pior do que antes da pandemia” para 52% da amostra com média 6 para o escore da UPDRS-II (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis relacionadas a funcionalidade de idosos com doença de Parkinson da amostra

Variáveis	Média (desvio padrão)	Variação mínimo-máximo
Comportamento sedentário (horas)	05 (\pm 2)	2-9
TSLCV (segundos)	17 (\pm 5)	10-30
UPDRS-II (escore)	06 (\pm 3)	0-11

TSLCV: Teste senta levanta cinco vezes; UPDRS-II: seção II da Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson. Fonte: A autora, 2022.

Com relação a qualidade de vida os domínios mobilidade, atividades de vida diária e desconforto corporal alcançaram as maiores médias respectivamente, com escores máximos apresentando pontuação igual a 100 em mobilidade e desconforto corporal (Tabela 3).

Tabela 3. Média dos escores do PDQ-39 da amostra (n=27)

Domínios do PDQ-39	Média (desvio padrão)	Variação mínimo-máximo
Mobilidade	59 (\pm 25)	13-100

Atividades de vida diária	45 (± 23)	0-92
Bem-estar emocional	36 (± 20)	8-92
Estigma	24 (± 28)	0-94
Suporte social	11 (± 15)	0-42
Cognição	33 (± 21)	0-75
Comunicação	29 (± 21)	0-67
Desconforto corporal	43 (± 22)	8-100
<hr/>		
PDQ-39 total	40 (± 15)	15-76
<hr/>		

PDQ-39: Questionário da doença de Parkinson-39. Fonte: A autora, 2022.

Dentre os 27 idosos da amostra, 8 (30%) adotaram todas as 4 medidas de proteção individual, 13 (48%) adotaram 3 medidas, 1 (4%) adotou 2 medidas e 5 (18%) adotaram apenas 1 medida de proteção preconizada pela Organização Mundial de Saúde em 2020.

5.2 AVALIAÇÃO DAS REPERCUSSÕES DA ADOÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Pessoas idosas com doença de Parkinson que adotaram todas as 4 medidas de proteção individual apresentaram valores médios significativamente menores nas variáveis comportamento sedentário e UPDRS-II, ou seja, não apresentaram comportamento sedentário, nem piora das atividades de vida diária (Tabela 4).

Tabela 4. Repercussão da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 sobre a funcionalidade de idosos com doença de Parkinson da amostra (n=27).

Variáveis	Adota todas as 4 medidas de proteção individual?		
	SIM N=8	NÃO N=19	p-valor
CS (horas)	3,8 (\pm 1,8)	6,0 (\pm 2,1)	0,017*
TSLCV (segundos)	14,5 (\pm 3,9)	17,7 (\pm 5)	0,122
UPDRS-II (escore)	3,1 (\pm 2,8)	6,6 (\pm 2,8)	0,007*

Valores expressos através de média (desvio padrão): p-valor: teste t. CS: Comportamento sedentário; TSLCV: Teste senta levanta cinco vezes; UPDRS-II: seção II da Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson. Fonte: A autora, 2022.

5.3 AVALIAÇÃO DAS REPERCUSSÕES DA ADOÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Todos os domínios do PDQ-39 e o escore total apresentaram valores médios menores no grupo de idosos que adotaram todas as 4 medidas de proteção individual, sendo significativa a diferença no domínio atividades de vida diária (Tabela 5).

Tabela 5. Repercussão da adoção das medidas de prevenção da Covid-19 sobre a qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson da amostra (n=27).

Domínios do PDQ-39	Adota as 4 medidas de proteção individual?		
	SIM N=8	NÃO N=19	p-valor
Mobilidade	54 (\pm 29)	61 (\pm 23)	0,472
Atividades de vida diária	24 (\pm 16)	53 (\pm 21)	0,002*
Bem-estar emocional	31 (\pm 15)	38 (\pm 21)	0,429
Estigma	24 (\pm 32)	23 (\pm 27)	0,943
Suporte social	09 (\pm 13)	11 (\pm 15)	0,689
Cognição	30 (\pm 24)	35 (\pm 20)	0,562
Comunicação	19 (\pm 23)	33 (\pm 19)	0,099
Desconforto corporal	41 (\pm 17)	44 (\pm 24)	0,698
PDQ-39 total	34 (\pm 15)	43 (\pm 15)	0,138

Valores expressos através de média (desvio padrão): p-valor: teste t. PDQ-39: Questionário da doença de Parkinson-39. Fonte: A autora, 2022.

6 DISCUSSÃO

Dentre os 27 idosos da amostra, 30% adotaram todas as 4 medidas de proteção e 48% adotaram 3 medidas dentre as 4 investigadas. Juntos os idosos que adotaram 3 ou 4 medidas representam 78% da amostra, entretanto, parece que apenas aqueles idosos que adotaram as 4 medidas, ou seja, provavelmente aqueles com alto compromisso com o autocuidado em saúde apresentaram melhores índices de funcionalidade e qualidade de vida. Com relação à QV, os escores de todos os domínios do PDQ-39 foram menores no grupo de idosos que adotaram as 4 medidas, com diferença significativa para as AVD

As pessoas idosas com DP que adotaram as 4 medidas de proteção individual apresentam valores médios significativamente menores nas variáveis comportamento sedentário (são idosos ativos) e UPDRS-II (melhor desempenho em AVD), ou seja, apresentaram melhor funcionalidade. Atribui-se a isso que, indivíduos com múltiplas comorbidades crônicas intensificaram seus comportamentos na rotina diária, desempenharam um papel importante no autocuidado (DE MARIA, et al., 2021).

Em consonância com o estudo de Cardoso et. al. (2020), foi possível avaliar a percepção que as pessoas idosas tinham sobre a gravidade da Covid-19, corroborando com as prevenções e mudanças efetivas dos seus comportamentos e hábitos pessoais. Quanto maior a compreensão sobre a pandemia, mais os participantes alteraram os hábitos, considerando a letalidade da doença (CARDOSO, et.al., 2020).

Para os idosos chineses, o autocuidado começa com um comportamento diário de saúde, que se refere a uma série de comportamentos básicos benéficos à saúde na vida diária; é a base para promover a saúde, prevenir doenças e manter a saúde com ou sem o apoio de um profissional de saúde. A pandemia do COVID-19 fez com que esse público experimentasse mudanças relacionadas à pandemia em suas rotinas diárias de autocuidado, isto é, a vida em um novo normal (JIN, et al., 2022).

O presente estudo mostrou que houve melhora da funcionalidade entre os idosos que adotaram todas as medidas de proteção investigadas segundo a OMS. Segundo participantes de uma pesquisa online oriunda da Holanda, feita com adultos mais velhos holandeses (idade ≥ 50 anos), em que foram relatadas mudanças de comportamento durante a pandemia de COVID-19, em comparação com a pré-pandemia. Foi apontada por mais da metade dos participantes, pelo menos, uma mudança benéfica relacionada à maior prática de atividade física, aos hábitos alimentares mais saudáveis e menor consumo de álcool (Waterink, et al. (2022).

Segundo a pesquisa de Vopham, et al. (2022) cujo objetivo foi avaliar o impacto da pandemia em mulheres idosas nos Estados Unidos da América (EUA), a qual continha uma

amostra de 64.061 participantes elegíveis, em que 49.695 tinham idade média de 83,6 anos \pm 5,6, mostrou-se que a grande maioria das participantes relataram muito bom ou bom o bem-estar, adotaram comportamentos preventivos relacionados à pandemia, incluindo o uso de máscara facial, lavar as mãos com frequência, manter distância física de pessoas fora de casa, evitar apertar as mãos e/ou ficar em casa. As participantes tomaram novas ações para ajudar a família, amigos ou sua comunidade durante a pandemia (VOPHAM, et al., 2022).

Em uma pesquisa longitudinal de saúde da iniciativa ELSI-COVID-19 contendo idosos brasileiros, foi encontrada que uma boa parte da população do estudo apresentava baixa adesão ao distanciamento social, ou seja, saíam para comprar remédios ou alimentos, trabalhavam, pagavam contas, saíam para atendimentos em saúde, faziam exercícios e encontravam familiares e amigos. Em compensação, ao sair de casa usavam sempre máscaras faciais e realizavam a higienização das mãos confirmando as altas prevalências na adoção dessas medidas protetivas (LIMA-COSTA, et al., 2020).

Em consonância com pesquisa de Luis-Martínez, et al. (2021), a qual buscou averiguar os impactos das restrições sociais e de mobilidade na DP durante o bloqueio da Covid-19, os principais achados mostraram que não foi detectada piora significativa nas medidas clínicas (UPDRS) e na QV (PDQ-39) para a coorte de pacientes com DP nos estágios leve e moderado da doença. Pois, os indivíduos eram acompanhados regularmente em uma clínica local com várias atividades educativas na associação leiga de Parkinson local. O Escore PDQ-39 confirmou que os pacientes estavam estáveis e os sintomas foram bem controlados com tratamento farmacológico.

De acordo com o estudo longitudinal de D'lorio et al. (2022), cujo objetivo foi explorar o impacto dos sintomas não motores mais frequentes e sua contribuição na QVRS de pacientes com DP após o surto de Covid-19, em comparação com o estado pré-pandêmico, foi descoberto que muitos pacientes já viviam em estado de isolamento social e, paradoxalmente, as restrições sociais devido à pandemia poderiam ter um impacto menor nessa população de pacientes. Isto é, parecem sofrer menor pressão social e se beneficiam de maior apoio social de seu cuidador. É importante destacar que todos os pacientes incluídos no estudo viviam em casa com um cuidador e tinham recebido alta de intervenções de reabilitação antes da Covid-19.

Em relação às medidas de prevenção, observou-se em um estudo descritivo, do tipo transversal, realizado no ano de 2020 com pessoas com idade \geq 60 anos nas cinco regiões do Brasil, que pessoas idosas com comorbidades pensavam na possibilidade de serem infectadas pelo novo coronavírus, concordavam mais com as medidas de distanciamento social e se informavam mais. Os idosos sem comorbidades, com menor adesão a tais fatores, estavam mais

susceptíveis e vulnerabilizados diante do cenário pandêmico em curso (SOUZA FILHO, et.al., 2021).

Na pesquisa de Batista et.al. (2020), desenvolvida com os dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), foi visto que adultos e idosos brasileiros que vivem com pelo menos uma morbidade usam sempre a máscara ao sair de casa. Conduzida entre maio e junho de 2020, com 6.149 pessoas, essa pesquisa verificou que entre os indivíduos com multimorbidade, a prevalência de não aderir ao uso da máscara ou de usar às vezes, é menor em relação àqueles sem ou com uma morbidade. Assim, como o uso de máscara, a prevalência de lavagem das mãos ou uso de álcool em gel foi de, aproximadamente, 98% na população em geral, sendo percentualmente maior entre aqueles com multimorbidade (BATISTA, et. al., 2020).

Entretanto, foi observado no estudo sobre o Conhecimento Atitude e Prática (CAP) auto relatados por adultos americanos com doenças crônicas relacionados a Covid-19, que a maioria de indivíduos entre 23 e 88 anos, acompanhados com uma ou mais condições crônicas, não tinham conhecimento crítico sobre a Covid-19. A maioria identificou corretamente 3 sintomas e 3 formas de prevenir a infecção, porém, pessoas mais velhas, negras, solteiras, desempregadas ou aposentadas tinham pior saúde, menor nível de alfabetização em saúde, demonstrando conhecimento mais insatisfatório da Covid-19 (WOLF, et. al., 2020).

Em consonância com outro estudo baseado na ELSI- Covid-19, verificou-se que a adesão às medidas de prevenção, que deveria ser estendida a todos, está concentrada nos idosos com maior predisposição a formas graves da Covid-19, independentemente do apoio social, sendo a hipertensão, diabetes e obesidade fatores predisponentes para formas graves. A adesão foi aferida pela frequência com que saiu de casa, necessidade de sair de casa, uso de máscara e higienização das mãos (YGNATIOS, et.al., 2021).

Em contrapartida, na pesquisa de Pagnini et. al. (2020), foi encontrado que durante a primeira semana do surto da Covid-19 na Itália, as pessoas estavam bem-informadas e apresentavam um nível de preocupação relativamente estável. As pontuações de preocupações e comportamentos pretendidos foram mais altas entre as mulheres do que entre os homens. Além disso, os participantes mais velhos estavam menos preocupados com o risco de adoecer, e os mais jovens relataram menos intenções de praticar comportamentos de proteção (por exemplo, manter distância de outras pessoas ou evitando conhecê-las), mas eles pareciam mais preocupados em ver outras pessoas ao seu redor preocupadas.

É de extrema importância considerar a inclusão de componentes online em programas já existentes nos centros de referências para a população idosa com DP. A autopercepção de

bem-estar físico e mental foi afetada positivamente durante a transição para esses programas, com melhora do humor e da QV (PDQ-39), da satisfação e maior adesão aos exercícios propostos (KETIGIAN, et al., 2021). Ademais, as teleconsultas contribuem para a continuidade do tratamento fisioterapêutico durante o isolamento social, com uma adesão ao tratamento facilitada pelo acesso à tecnologia (PACHECO, et al., 2021).

A pandemia da Covid-19 deu origem a barreiras que afetam quase todos os aspectos da saúde e reabilitação em populações com problemas neurológicos, levando a um aumento no nível de incapacidade. Isso pode ajudar os formuladores de políticas a projetar estratégias de mitigação para minimizar os efeitos prejudiciais sobre essa população vulnerável (D'SOUZA, et al., 2021).

Os resultados do estudo também destacaram que os idosos apresentaram comportamento sedentário passando em média 5 horas por dia em atividades sentado, podendo acarretar prejuízos na funcionalidade e repercussões negativas sobre a QV das pessoas idosas com DP. Além disso, esses idosos tiveram mais predisposição ao risco de quedas, o que implica uma piora na mobilidade, na execução das AVDs e conseqüentemente uma piora na percepção do seu estado global de saúde. Foi observado que boa parte das queixas dos pacientes com DP estavam relacionadas com o contexto pandêmico, isto é, os percentuais de queixas referidas por eles justificaram o agravamento dos sintomas motores e não motores.

O CS refere-se a qualquer comportamento de vigília, como usar um dispositivo eletrônico, ler um livro ou se sentar em um carro, com um gasto energético de 1,5 equivalente metabólico para a tarefa ou menos, na posição sentada, reclinada ou deitada (TREMBLAY, et al., 2017). O aumento do tempo em casa tem conseqüências negativas não intencionais, resultando em comportamento sedentário e falta geral de atividade física. Os protocolos de distanciamento social e quarentena limitam o acesso a serviços relacionados à saúde e bem-estar, bem como a oportunidades de atividade física (YI e YIM, 2021).

Desde o surgimento da doença da Covid-19, a maioria dos países do mundo adotou medidas de distanciamento social para reduzir a sua transmissão (CHIESA, et al., 2021). Uma vez que a pandemia pela Covid-19 se prolongou por alguns anos, espera-se que o impacto negativo das medidas de distanciamento social relacionadas a essa patologia nos comportamentos de saúde e nas doenças crônicas seja mais grave. Logo, o CS é recomendado como alvo para combater as conseqüências negativas para a saúde das restrições sociais (CHO, 2022).

Segundo Melo et al. (2021), o CS prolongado e ininterrupto é um fator de risco modificável para doenças crônicas, independentemente do nível de atividade física, visto que, durante a pandemia de Covid-19 pode aumentar os riscos cardiometabólicos e potencialmente exacerbar doenças crônicas subjacentes (CHANDRASEKARAN e GANESAN, 2021).

Vale ressaltar que a redução do nível de atividade física e o aumento do tempo sentado entre os indivíduos mais velhos, com doenças crônicas ou que já eram inativos antes da pandemia foram ainda maiores (SANDERS, et al., 2016). O que corrobora com o estudo brasileiro de Botero et al. (2021), que buscou identificar o impacto da permanência em casa e do isolamento social em função da Covid-19, sobre o nível de atividade física e o CS em adultos e adultos mais velhos e encontrou que os adultos mais velhos tinham alguma doença crônica e já eram inativos.

Foram os que mais sofreram com a pandemia, pois apresentaram aumento do tempo sentado e redução do nível de atividade física. Provavelmente, também foram os últimos a deixar o isolamento social, são os que mais precisam de atividade física, principalmente durante o autoisolamento, apontando a necessidade de implementar medidas preventivas de saúde pública que incentivem a prática dessas atividades em casa durante a pandemia (BOTERO, et al., 2021).

De acordo com o estudo de Leavy et al. (2022), que buscou avaliar atividade física e saúde percebida em pessoas com DP durante a primeira onda de pandemia da Covid-19 na Suécia, foi visto que a maioria dos participantes, com idade variando de 60 a 87 anos, relatou uma redução em seus hábitos de exercício devido à pandemia. Ser do sexo feminino, ter idade igual ou superior a 70 anos e apresentar maiores problemas de mobilidade teve forte associação a ser menos ativo fisicamente. As mulheres relataram mais comumente uma redução no exercício programado e reabilitação cancelada do que os homens.

No estudo prospectivo longitudinal de Domingos et al. (2022), cuja amostra foi composta por 27 indivíduos com DP, idade entre 57 e 92 anos, avaliou-se medidas de incapacidade, independência nas AVDs, sintomas motores e não motores dentre outras, por dois meses após o bloqueio da Covid-19. Independentemente de permanecerem ativos ou não, todos os participantes perceberam piora significativa do seu quadro clínico, relatando aumento das dificuldades para realizar atividades ou tarefas diárias e piora do seu estado de saúde. Um dos instrumentos utilizados para avaliar as experiências de vida diária, foi a Escala de Avaliação da Doença de Parkinson da Sociedade de Distúrbios do Movimento Parte I e II (MDS-UPDRS I–II).

A piora clínica autorrelatada nos aspectos não motores e motores das experiências de vida diária e na QV também foi observado na pesquisa de Silva-Batista et.al. (2021), em que mudanças percebidas na QV, congelamento da marcha, diminuição do volume de atividade física, rotina diária e medo de cair explicaram a piora clínica autorreferida em pessoas com DP residentes no Brasil durante o isolamento social.

Segundo Ricci et al. (2020), propuseram recomendações gerais para permanecer ativo e limitar o CS durante a pandemia de Covid-19. Os formuladores de políticas e profissionais de saúde devem fornecer e incentivar estratégias práticas para reduzir e interromper esse comportamento ao implementar medidas de distanciamento social relacionadas a Covid-19.

Conseqüentemente, a saúde física dos idosos e dos idosos portadores de doenças crônicas é afetada negativamente durante o período de confinamento causado por esta pandemia. Foi investigado em um estudo a QVRS de pacientes com DP que abandonaram o ambulatório, a maior parte relatou piora dos sintomas da DP, lentidão das atividades, aumento dos tremores e distúrbios do sono. Como também a grande maioria não conseguia consultar um médico, encontrando dificuldade em adquirir os medicamentos e seguir com o tratamento clínico e de reabilitação, retratando a má QV desses pacientes com DP (SEPÚLVEDA-LOYOLA, et al., 2020; GOEL, NARAYAN e SUGUMARAN, 2022).

Em consonância com Kwok, et al. (2022) pacientes com condições neurológicas de longo prazo, como a doença de Parkinson (DP), são particularmente vulneráveis às medidas de saúde pública adotadas para combater a pandemia de Covid-19. A inacessibilidade da reabilitação baseada em centro agravou ainda mais suas disfunções motoras, bem como o sofrimento mental, levando à exacerbação de sintomas motores e não motores, alta utilização de serviços de saúde e piora da QVRS.

Como também foi relatado no estudo recente de Simieli, et al. (2022), que as pessoas com DP apresentaram piora no desempenho motor geral, alterações de tremor, equilíbrio, bradicinesia e fadiga, aumento da ansiedade e sintomas de depressão também foram verificados. A QV referida pela maioria era muito ruim, de quem principalmente apresentava um CS, de quem tinha um sono alterado pelo agravamento do tremor, freezing, esquecimentos, desequilíbrios, fadiga e bradicinesia.

Conforme a pesquisa de Abe et al. (2022), feita no Japão, com sujeitos idosos com idade maior e igual 65 anos, destaca-se que o comportamento não saudável durante a pandemia de Covid-19 estava associado ao declínio da capacidade funcional, mesmo no curto período de acompanhamento. Foi visto mudanças comportamentais negativas durante a pandemia, principalmente em relação a saídas e interações sociais, associando-se a um declínio na

capacidade funcional em idosos. Ser do sexo masculino, ter diabetes, humor depressivo e uma condição socioeconômica baixa, podem ter sido os fatores úteis para identificar aqueles que estavam propensos a uma deterioração da capacidade funcional ao longo de seus comportamentos diários.

Em uma coorte de participantes franceses com DP, foi investigado durante o primeiro bloqueio pela pandemia, as consequências que a interrupção da fisioterapia afetou uma boa parte dos participantes do estudo, contribuindo para a modificação clínica de seus sintomas motores e não motores. A dor, a rigidez e o tremor foram os três sintomas relatados mais frequentemente, seguidos de dor e estado psíquico. Os sujeitos com DP do grupo comunitário pioraram com mais frequência seus sintomas motores e não motores, quando comparados com outro grupo de um centro hospitalar especializado. (FABBRI, et al., 2021)

O próprio período de bloqueio causou restrições nas atividades cotidianas e especialmente na atividade física em pacientes com DP na Itália. Até mesmo o acesso à fisioterapia foi dificultado para a maioria dos pacientes, e todas essas restrições resultaram em pior controle dos sintomas durante o período de lockdown, fortemente influenciada pelo acesso prejudicado aos serviços de saúde pré-existentes (MARTINI, et al., 2022).

Já no estudo de Hermanowicz, et al. (2020), demonstrou-se uma associação estatisticamente significativa e negativa com a carga de humor e sintomas não motores da DP, incluindo sintomas neuropsiquiátricos. A diminuição do apoio social fora da casa durante a pandemia de Covid-19 referida pela maioria da população, foi significativamente associada ao aumento de tristeza/depressão e ansiedade, em comparação com níveis mantidos de apoio social.

Com relação a aplicabilidade do TSLCV durante a pandemia, somente foi encontrado na literatura a sua aplicabilidade para comparar os efeitos de um determinado programa de exercícios domiciliares remotos. Como no estudo realizado com uma amostra de 35 idosos coreanos, em que o teste foi utilizado para medir a força muscular dos membros inferiores, a mobilidade funcional e o risco de queda em idosos. O que resultou em uma melhora significativa na função física, fatores psicológicos e equilíbrio (YI e YIM, 2021). Entendeu-se que esse teste é eficaz para avaliar a força muscular e o equilíbrio de membros inferiores.

Sabe-se que o TSLCV é um dos testes funcionais usados para avaliar mobilidade demonstrando-se com forte associação com o funcionamento cognitivo global e domínios cognitivos específicos, como velocidade de processamento e funções executivas (MONTERO-ODASSO et al., 2019).

Em um ensaio clínico randomizado simples-cego de Dupuy, et al. (2021) investigou-se os efeitos do monitoramento remoto do exercício físico domiciliar e o treinamento cognitivo nas funções cognitivas e físicas em idosos da comunidade. Observou-se que durante toda a execução do TSLCV, um feedback visual adequado, mesmo no formato virtual, garantia a segurança e confiabilidade do teste. Bem como no presente estudo, em que a segurança era adquirida através desse estímulo terapeuta-paciente, convergindo com as recomendações publicadas recentemente para avaliação remota do equilíbrio (MADHAVAN et al., 2021). Dentre os sinais e sintomas motores que se agravaram durante o período de isolamento social decorrente da pandemia da Covid-19 destacaram-se o tremor e a rigidez. Esses fazem parte dos chamados sinais cardinais da DP descritos pelo banco de cérebro de Londres cuja identificação é necessária para o diagnóstico clínico da doença (BRASIL, 2017).

As medidas de distanciamento social complicam os cuidados regulares e resultam em mudanças no estilo de vida nos idosos com DP, causando indiretamente estresse psicológico e agravamento dos sintomas de DP (rigidez, fadiga, tremor, dor e concentração). Além disso, uma atividade física reduzida se correlacionou com o agravamento desses sintomas, pois foi detectado que esses idosos eram menos ativos fisicamente desde a pandemia de Covid-19 (BROWNA, et al., 2020).

Em concordância com esses resultados, outro estudo realizado em pacientes espanhóis com DP, detectou que mais da metade desses sujeitos sofriam de tremor, rigidez, quedas, flutuações motoras, discinesias, ansiedade, depressão e dor, e cerca de um a cada três apresentou problemas cognitivos e transtornos comportamentais. Isso demonstra os danos do isolamento sobre as manifestações da doença (PRASAD, et al., 2020).

Em contrapartida, os pacientes que já estavam significativamente menos ativos do que antes da pandemia, experimentaram uma maior predisposição na piora dos sintomas de DP. Indivíduos mais velhos com DP eram menos propensos a usar formas alternativas de exercícios, como aulas online, além de que a forma da doença mais grave acentua os sintomas de rigidez, fadiga, tremor, dor e piora a concentração. Por isso, sujeitos com DP dependem fortemente de uma rede de atendimento ambulatorial, serviços auxiliares, apoio social, e interrupções desses serviços podem ter implicações duradouras¹⁸ (SCHIRINZI et al., 2020).

Segundo Shalash, et al. (2020), pacientes com DP apresentaram pior estresse, depressão, ansiedade, atividade física e QV durante a pandemia de Covid-19, além disso, o impacto negativo subjetivo da pandemia na saúde mental, atividade física e cuidados de saúde foi relatado pela maioria dos pacientes com DP. Também foi detectado piora da atividade física dos pacientes em comparação com o estado pré-bloqueio. Intervenções oportunas, como a

telemedicina, podem ajudar a mitigar esse problema e evitar que ele perca o controle e se transforme em uma pandemia silenciosa.

A presença de ansiedade e depressão antes da pandemia, preveem aumento dos sofrimentos psicológicos. Assim como, a presença de estressores tais como, a perda de contato social, a cobertura da mídia relacionada à Covid-19, a incapacidade de realizar atividades físicas ou de lazer como de costume e sentir-se restrito a sair de casa, predisõem a maiores sofrimentos psicológicos durante a pandemia (BROWNA, et al., 2020; ARRUDA, et al., 2020).

Níveis mais elevados de ansiedade são observados em pacientes com DP que estavam preocupados com a disponibilidade de medicamentos durante o lockdown. Parece que esses pacientes estão mais sujeitos a distúrbios psicológicos devido à imposição de medidas de quarentena, distanciamento social e medo de se infectar por Covid-19. Idosos estão mais expostos à ansiedade devido à perda de amigos, presença de doenças crônicas, redução da autoconfiança, da independência financeira e física, das atividades e funcionalidade. Sua ansiedade mais comum é a ansiedade da morte (SILVA et al., 2018; BRASIL, 2017).

Logo, a maioria dos estudos encontrados na literatura enfatizam que a pandemia trouxe repercussões negativas para saúde e bem-estar físico, psíquico e sócio-emocional para o idoso. No presente estudo, os resultados elucidam que a adoção das medidas preventivas contra a Covid-19, resultam em práticas de autocuidado ligadas à rotina diária de saúde da pessoa idosa com DP. Foi verificado que esses sujeitos, mesmo fazendo parte de uma população mais vulnerável no cenário pandêmico, apresentaram mudanças benéficas na funcionalidade e QV.

Essas descobertas sugerem uma nova forma de se comportar diante de uma pandemia, viabilizando medidas e políticas preventivas, de educação e reabilitação em saúde. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que representem significativamente indivíduos brasileiros com DP que adotem medidas preventivas contra Covid-19 e como o cenário pandêmico pode impactar de diversas formas no estilo de vida desses sujeitos.

7 CONCLUSÃO

As pessoas idosas com DP neste estudo que adotaram as 4 medidas de proteção individual apresentaram melhor funcionalidade e QV do que aquelas que não adotaram. Os achados deste estudo parecem sinalizar que comportamentos relacionados ao autocuidado com a saúde repercutem positivamente nessas variáveis. A grande maioria que tinha CS, demonstrou-se menor interesse em aderir todas essas medidas, representando a falta de cuidados com sua saúde.

A pandemia da Covid-19 pode influenciar também no estilo de vida de indivíduos idosos ativos mesmo portadores de uma doença crônica. Percebeu-se que aqueles que utilizaram todas as medidas de proteção individual, eram mais informados e colocavam em prática uma rotina diária de autocuidado ligada à saúde de um modo geral do idoso com DP.

REFERÊNCIAS

- ABE, T; et al. **Physical, social, and dietary behavioral changes during the COVID-19 crisis and their effects on functional capacity in older adults.** Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 101, p. 104708, 2022.
- AHORSU, D. K; LIN, C. Y; IMANI, V; SAFFARI, M; GRIFFITHS, M. D; PAKPOUR, A. H. **The fear of COVID-19 scale: development and initial validation.** International journal of mental health and addiction, march, 2020.
- ALVES, V. M. C; SOARES, V. N; OLIVEIRA, D. V. D; FERNANDES, P. T. **Variáveis sociodemográficas, psicológicas, atividade física e qualidade de vida em idosos da Unati de Campinas, São Paulo.** Fisioterapia em Movimento, v. 33, e003310, 2020.
- ANTONINI A; LETA, V; TEO, J; CHAUDHURI, K.R. **Outcome of Parkinson's Disease patients affected by COVID-19.** Mov. Disord. 2020.
- AQUINO, E.M.L; SILVEIRA, I.H; PESCARINI, J. M; AQUINO, R; SOUZA-FILHO, J.A.D. **Grupo de síntese da Rede CoVida.** Ciência & Saúde Coletiva, v.25, n.1:2423-2446, 2020.
- ARRUDA, N. B. M. de; et al. **Estado nutricional de idosos com doença de Parkinson e seus fatores associados: uma revisão integrativa.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 23, 2021.
- BEZERRA, P.A; NUNES, J.W; MOURA, L.B.A. **Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa.** Acta Paul Enferm, 34, 2021.
- BATISTA, S. R; SEMEÃO, A. S. S; NOGUEIRA, J; et al. **Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19.** Cad. Saúde Pública, v. 36, n.3, 2020.
- BOTELHO, A; MAURÍCIO, B; SANTOS, C; MAGRO, C; VALENTE, I.P; FERREIRA, M.M. (Internet) COVID-19 – Universidade Nova de Lisboa. **Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Doença Aguda. Há Particularidades na COVID-19?** Disponível em: <https://covid360.unl.pt/?p=2301#more-2301> . Acesso em 20 de junho de 2020.
- BOTERO, J.P; et al. **Impacto da permanência em casa e do isolamento social, em função da COVID-19, sobre o nível de atividade física e o comportamento sedentário em adultos brasileiros.** Einstein, SP, v. 19, p.1-6, 2021.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (ME), Brasil. **Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. Manual do aplicador do estudo CAP.** Brasília (DF), 2002.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Brasil. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília (DF), 3ª edição, 2014.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Brasil, (Internet). **Painel Coronavírus.** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 12 de junho de 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Brasil, (Internet). **Pátria vacinada**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/brasileiros-imunizados-70-milhoes-ja-tomaram-as-duas-doses-ou-a-dose-unica-da-vacina-covid-19>. Acesso em 16 de setembro de 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Brasil, (Internet). **Secretaria de Políticas de Saúde**. Portaria Conjunta nº 10. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/search?qSearch=doen%C3%A7a%20de%20parkinson>. Acesso em 20 de julho de 2020.

BROEN M.P; NARAYEN N.E; KUIJF M.L; DISSANAYAKA N.N; LEENTJENS A.F. **Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis**. *Mov Disord*. v. 3, n. 8:1125-1133, 2016.

BROWNA EG, et al. **The Effect of the COVID-19 Pandemic on People with Parkinson's Disease**. *J Parkinsons Dis*.v.10, n.4:1365–1377, 2020.

CAETANO, R; SILVA, A. B; Guedes, A. C. C. M; PAIVA, C. C. N. D; RIBEIRO, G. D. R; SANTOS, D. L; SILVA, R. M. D. **Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, 01 de junho de 2020.

CARDOSO, E. H; et al. **Análise de associação da percepção de gravidade do covid-19 com os hábitos adotados durante pandemia**. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 17, n. 2, 2020.

CARNEIRO, J.L.I.S e AYRES, J.R.C.M. **Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado**. *Rev. Saúde Pública*, v.55, 2021.

CAROD-ARTAL F.J; ZIOMKOWSKI S; MOURÃO MESQUITA H; MARTÍNEZ-MARTIN P. **Anxiety and depression: main determinants of health-related quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease**. *Parkinsonism Relat Disord*. v.14, n.2:102-108, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDCP). **Centers for disease**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>. Acesso em 23 mar de 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) COVID-19. **Response Team. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v.69, n.12, p.343-346, 2020.

CHANDRASEKARAN, B; GANESAN, T.B. **Sedentary lifestyle and chronic disease risk in COVID 19 lockdown: a scope review**. *Scott Med J*; v.66, p.3-10, 2021.

CHARCOT, J.M.; VULPIAN, A. **De la paralysie agitante**. *Gaz Hebdom Med Chirurg*. 1861(8):765,816-v.20, n.9, p. 24-59. *In* WERNECK, A. L. S. **Doença de Parkinson: Etiopatogenia, clínica e terapêutica**. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, Rio de Janeiro, junho, 2010.

- CHIESA, V. et al. **COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews.** J Public Health (Oxf), v.42, n.3, p.462-481, 2021.
- CHO, Y. G. **Sedentary Behavior, Chronic Diseases, and COVID-19.** Coreano J Fam Med, v.43, n.1, p.1-2, 2022.
- COELHO, M. S; PATRIZZI, L. J; OLIVEIRA, A.P.R.O. **Impacto das alterações motoras nas atividades de vida diária na Doença de Parkinson.** Revista neurociências, v.14, n.4, 2006.
- CORIOLOANO M.G.W.S; SILVA E.G; FORTUNA E.S; ASANO A; MONTEIRO D; LINS O.G. **Perfil epidemiológico dos pacientes com doença de parkinson do hospital das clínicas da universidade federal de Pernambuco.** Neurobiologia, v.76, p.1-2, 2013.
- D'IORIO, A. et al. **A longitudinal study on the effects of COVID-19 pandemic on non-motor symptoms in Parkinson's disease.** Neurological Sciences, p. 1-5, 2022.
- DOMINGOS, J; FAMÍLIA, C; FERNANDES, J.B; DEAN, J; GODINHO, C. **Ser fisicamente ativo é suficiente ou as pessoas com doença de Parkinson precisam de exercícios supervisionados estruturados? Lições aprendidas com o COVID-19.** Int J Environ Res Saúde Pública, v.19, n.4, 2022.
- D'SOUZA, J. et al. **Barriers leading to increased disability in neurologically challenged populations during COVID-19 pandemic: a scoping review.** Disability and Rehabilitation, p. 1-14, 2021.
- DUARTE, Y. A. D. O; ANDRADE, C. L. D; LEBRÃO, M. L. **O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.41, n.2, p. 317-325, 2007.
- DUNCAN, R. P; LEDDY, A. L; EARHART, G. M. **Five times sit-to-stand test performance in Parkinson's disease.** Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 92, n. 9, p.1431-1436, setembro, 2011.
- DUPUY, E. G. et al. **COVEPIC (Cognitive and spOrt Virtual EPIC training) investigating the effects of home-based physical exercise and cognitive training on cognitive and physical functions in community-dwelling older adults: study protocol of a randomized single-blinded clinical trial.** Trials, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2021.
- FABBRI, M; et al. **A French survey on the lockdown consequences of COVID-19 pandemic in Parkinson's disease. The ERCOPARK study.** Parkinsonism & Related Disorders, v. 89, p. 128-133, 2021.
- FAHN S; ELTON R.L. **The UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's Disease Rating Scale.** In: Fahn S, Marsden CD, Calne D, Goldstein M. Recent developments in Parkinson's disease. Florham Park Macmillan Healthcare Information. p.153-163, 1987.
- FARQUHAR, M. **Definitions of quality of life: a taxonomy.** Journal of Advanced Nursing, Oxford, v.22, n.3, p.502-8, 1995.

FASANO, A; CEREDA, E; BARICHELLA, M; CASSANI, E; FERRI, V; ZECCHINELLI, A. L; PEZZOLI, G. **COVID-19 in Parkinson's Disease Patients Living in Lombardy, Italy.** *Movement Disorders*, 2020.

FLAXMAN, S; MISHRA S; GANDY, A; UNWIN, H.J.T; MELLAN, T.A; COUPLAND, H; WHITTAKER, C; ZHU, H; BERAH, T; EATON, J.W; MONOD, M; GHANI, A.C; DONNELLY, C.A; RILEY, S; VOLLMER, M.A.C; FERGUSON, N.M; OKELL, L.C; BHATT, S. **Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries.** United Kingdom: Imperial College COVID-19 Response Team, *Nature*, junho, 2020.

FRANCHIGNONI, F; SALLAFFI, F. **Quality of life assessment in rehabilitation medicine.** *Europa Medicophysica*, v. 39, n. 4, p. 191-8, 2003.

GÁLVEZ, A. M. P; ROMERO, B.B; TRIGO, S.B; SERRANO, M.L. **Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria.** *Journal Pre-proof*, Espanha, maio 2020.

GARCIA FILHO, C; VIEIRA, L.J.E.D.S; SILVA, R. M. D. **Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil: descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n.3, 2020.

GARCIA, L.P. **Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19.** *Epidemiol Serv Saúde*. No prelo. 2020.

GOEL, A; NARAYAN, S. K.; SUGUMARAN, R. **A telephonic survey of health-related quality of life of outpatient department dropout Parkinson's disease patients during the COVID-19 pandemic.** *Acta Neurologica Belgica*, v. 122, n. 2, p. 519-523, 2022.

GOETZ C. G; et al. **The Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS): status and recommendations.** *Movement Disorders*, v. 18, n. 7, p 738-750, 2003.

GOULART, F; PEREIRA, L. X. **Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia.** *Fisioterapia e Pesquisa*, [S.l.], v. 11 OU 2, n. 1, p. 49-56, abr. 2005.

GOULART, F. et al. **O impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson.** *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 9, n. 1, p. 49-55, out./ dez., 2005.

GUANGDI, L; DECLERCQ, E. **Opções terapêuticas para o novo coronavírus de 2019 (2019-CoV).** *Nat Rev Drug Discov*, v.19, n.3: 149-50. 2020.

HALLAL, P.C; ANDERSEN, L.B; BULL, F.C; GUTHOLD, R; HASKELL, W; EKELUN, U. **Níveis globais de atividade física: progresso da vigilância, armadilhas e perspectivas.** *Lanceta*, v.380, n. 9838: 247-57, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K. S. D. A; SANTANA, R.F. **Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19.** *Cogitare Enfermagem*, v. 25: e72849, 2020.

HEIDE A.V.D; MEINDERSC M.J; BLOEM B.R; HELMICH R.C. **Research Report The Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychological Distress, Physical Activity, and**

Symptom Severity in Parkinson's Disease. Journal of Parkinson's Disease. 2020. 10 (4): 1355-1364. Disponível em: <https://doi.org/10.3233 / JPD-202251>.

HELMICH, R.C; BLOEM, B.R. **The Impact of the COVID19 Pandemic on Parkinson's Disease: Hidden Sorrows and Emerging Opportunities.** J Parkinsons Di 10, 351-354, 2020.

HEMMERLE, A. M; HERMAN, J. P; SEROOGY, K.B. **Stress, depression and Parkinson's disease.** Experimental neurology, v. 233, n.1, p. 79-86, 2012.

HERMANOWICZ, N. et al. **Impact of Isolation During the COVID-19 Pandemic on the Patient Burden of Parkinson's Disease: A PMD Alliance Survey.** Neuropsychiatric Disease and Treatment, v. 18, p. 633, 2022.

HESELTINE, R; SKELTON, D. A; KENDRICK, D; MORRIS, R. W; GRIFFIN, M; HAWORTH, D; MASUD, T; LIFFE, S. **"Keeping Moving": factors associated with sedentary behaviour among older people recruited to an exercise promotion trial in general practice.** BMC family practice, v.16, n.1, p. 67, 2015.

HRIBAR, C.A; Peter H. COBBOLD, CHURCH, F.C. **Potential Role of Vitamin D in the Elderly to Resist COVID-19 and to Slow Progression of Parkinson's Disease.** Brain Sci, v.10, n. 5, p. 284, 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Retratos a revista do IBGE. Longevidade – viver bem e cada vez mais.** Avenida Franklin Roosevelt, 166 sala 900 A - Centro - Rio de Janeiro - RJ 20021-120, n. 16, fev., 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE notícias. Estimativas 2021.** Brasil, 2021. Estatísticas sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31458-populacao-estimada-do-pais-chega-a-213-3-milhoes-de-habitantes-em-2021>. Acesso em: 15 de setembro de 21.

JENKINSON, C; PETO, V; FITZPATRICK, R; GREENHALL, R; HYMAN, N. **Self-reported Functioning and Well-being in Patients with Parkinson's Disease: Comparison of the Short-form Health Survey (SF-36) and the Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39).** Age and Ageing, v.24, n.6, p. 505–509, 1995.

KAMPF, G; TODT,T; PFAENDER, S; STEINMANN, E. **Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents.** J HospInfect, v.104, n.3, p.246-251, 2020.

KETIGIAN, L. et al. **Transition and sustainability of an online care model for people with Parkinson's disease in response to the Covid-19 pandemic.** Frontiers in Public Health, v. 9, p. 772805, 2022.

KWOK, J; YAN Y; et al. **Stay mindfully active during the coronavirus pandemic: a feasibility study of mHealth-delivered mindfulness yoga program for people with Parkinson's disease.** BMC Complementary Medicine and Therapies, v. 22, n. 1, p. 1-12, 2022.

LANA, R.C; ÁLVARES, L.M.R.S; NASCIUTTI-PRUDENTE, C; GOULART, F.R.P; TEIXEIRA-SALMELA, L.F; CARDOSO, F.E. **Percepção da qualidade de vida de**

indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out, 2007.

LEAVY, B; HAGSTRÖMER, M; CONRADSSON, D. M; FRANZÉN, E. **Physical activity and perceived health in people with parkinson disease during the first wave of covid-19 pandemic: a cross-sectional study from sweden.** Journal of Neurologic Physical Therapy: v.45, p.266-272, 2021.

LICETTI, M. M; DE OLIVEIRA COSTA, C.M; DOS SANTOSALMEIDA, A. G.C. **os impactos da pandemia de covid-19 na saúde dos idosos.** Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, p. 128-128, 2020.

LIMA, K.C. de; NUNES, V. M. de. A; ROCHA, N. de. S. P.D; ROCHA, P. de. M; ANDRADE, I. de; Severina UCHOA, A. da. C; CORTEZ, L. R. **A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à covid-19.** Rio de Janeiro, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v. 23, n. 2, maio de 2020.

LYONS, K.E; PAHWA, R; TRÖSTER, A.I; KOLLER, W.C. **A comparison of Parkinson's Disease symptoms and self-reported functioning and well being.** Parkinsonism Relat Disord, n.3, v.4, p. 207-209, 1997.

LOPES, G. L; SANTOS, M. I. P.de O. **Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.71-83, 2015.

LORD, S. R; MURRAY, S. M; CHAPMAN, K; MUNRO, B; TIEDEMANN, A. **Sit-to-stand performance depends on sensation, speed, balance, and psychological status in addition to strength in older people.** The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, v. 57, n.8, p.539-543, 2002.

LUIS-MARTÍNEZ, R. et al. **Impact of social and mobility restrictions in Parkinson's disease during COVID-19 lockdown.** BMC neurology, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.

MACUGLIA, G.R; RIEDER, C.R.D.M; ALMEIDA, R.M.M.D. **Funções executivas na doença de Parkinson: revisão da literatura.** Psico, v.43, n.4, p.15, 2012.

MADHAVAN, S. et al. **Commentary: Remote assessments of gait and balance- Implications for research during and beyond Covid-19.** Topics in Stroke Rehabilitation, v. 29, n. 1, p. 74-81, 2022.

MARINUS, J; RAMAKER, C; van HILTEN, J. J. V; STIGGELBOUT, A. M. **Health related quality of life in Parkinson's disease: a systematic review of disease specific instruments.** Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, v. 72, n.2, p. 241-248, 2002.

MARTINI, S. et al. **The Effects of COVID-19-Related Restrictions on Parkinson's Disease Patients in Italy: Results of a Structured Survey.** Journal of Clinical Medicine, v. 11, n. 11, p. 3007, 2022.

- MELO E. A; FERREIRA, L.E; CAVALCANTI, R.J; BOTELHO, C.A.F; LOPES, V.M.R; BARBOSA, R.H. **Nuances entre comportamento sedentário e inatividade física: efeitos cardiometabólicos e risco cardiovascular.** Rev Assoc Med Bras, v. 1992, n. 67, p. 335-343, 2021.
- MELO, T. A. D; DUARTE, A. C. M; BEZERRA, T. S; FRANÇA, F; SOARES, N. S; BRITO, D. **Teste de Sentar-Levantar Cinco Vezes: segurança e confiabilidade em pacientes idosos na alta da unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 31, n.1, p. 27-33, 2019.
- MONTERO-ODASSO, M. et al. **Consensus on shared measures of mobility and cognition: from the Canadian Consortium on Neurodegeneration in Aging (CCNA).** The Journals of Gerontology: Series A, v. 74, n. 6, p. 897-909, 2019.
- MORAES, E. N. D; MARINO, M.C.D.A.; SANTOS, R.R **Principais síndromes geriátricas.** Rev Med, Minas Gerais, v. 20, n.1, p. 54-66, 2010.
- NADERI F; ROUSHANI K.H. **Spiritual Intelligence and Social Intelligence and Death Anxiety in Elderly Women.** J Women Cult. 2011; 2 (6): 55–67.
- NUNES, V. M .de A; MACHADO, F. C.de A; MORAIS, M.M.de; COSTA, L. de A; Izabel Cristina Santos do NASCIMENTO, I. C. S. do; NOBRE, T. T. X; SILVA, M. E. da. **COVID-19 e o cuidado de idosos. Recomendações para Instituições de Longa Permanência.** Natal, RN, EDUFRRN, p. 1-66, 2020.
- OLIVEIRA, T. A; DUARTE, S. F. P; REIS, L. A. **Relação entre índice de massa corporal e desempenho motor de idosos pertencentes a grupos de convivência.** Texto Context Enferm, v.25, n.4, 2016.
- OLIVEIRA, W. K.D; DUARTE, E; FRANÇA, G. V. A. D; GARCIA, L.P. **Como o Brasil pode deter a COVID-19.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n.2, 2020.
- OLIVEIRA L.P.B.A; MENEZES R.M.P. **Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família.** Texto Contexto Enferm, v. 20, n.2:301-9, 2011.
- ONDER, M; REZZA, G; BRUSAFERRO, S. **Taxa de letalidade e características de pacientes que morrem em relação ao COVID-19 na Itália.** JAMA, v. 323, n.18: 1775-6. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde,** Estados Unidos, v. 30, p.12, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório de situação da doença por coronavírus (COVID-2019).** 2019. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em 20 de abril de 2020.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Brasil, OMS/PAS. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus).** Internet 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Atualizada em 17 de julho de 2020. Acesso em 12 de junho de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Brasil, OMS/PAS. **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Internet 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2020-2030>. Acesso em 15 de setembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Brasil, OMS/PAS. **Folha informativa sobre Covid-19**. Internet 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19OPAS>. Acesso em 20 de novembro de 2021.

PACHECO, T.B.F; et al. **The Implementation of Teleconsultations in a Physiotherapy Service During COVID-19 Pandemic in Brazil: A Case Report**. International Journal of Telerehabilitation, v. 13, n. 1, 2021.

PAGNINI, F; et al. **Knowledge, concerns, and behaviors of individuals during the first week of the coronavirus disease 2019 pandemic in Italy**. JAMA network open, v. 3, n. 7, p. e2015821-e2015821, 2020.

PARAHYBA, M.I e SIMÕES, C.C.D.S. **A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.967-974.

PEREIRA, R.J; COTTA, R.M.M; FRANCESCHINI, S. D. C. C; RIBEIRO, R. D. C. L; SAMPAIO, R.F; PRIORE, S.E; CECON, P.R. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos**. Revista de Psiquiatria, v. 28, n.1, p. 27-38, RS jan/abr, 2006.

PIMENTA, F. A. P; SIMIL, F. F; TÔRRES, H. O. da G; AMARAL, C. F. S; REZENDE, C. F; COELHO, T. O; REZENDE, N. A. D. **Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36**. Revista Da Associação Médica Brasileira, v. 54, n.1, p. 55–60, 2008.

POEWE, W; SEPPI, K; TANNER, C.M; HALLIDAY, G.M; BRUNDIN, P; VOLKMANN, J. et al. **Doença de Parkinson**. Nat Rev Dis Primers; v. 23, n.3, 2017.

POLLOCK, A; FARMER, S. E; BRADY, M. C; LANGHORNE, P; MEAD, G. E; MEHRHOLZ, J; VAN WIJCK, F. **Interventions for improving upper limb function after stroke**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Database Syst Rev., Wiley, 2014.

PRASAD, S. et al. **Impact of prolonged lockdown due to COVID-19 in patients with Parkinson's disease**. Neurology India, v. 68, n. 4, p. 792, 2020.

RICCI, F; et al. **Recommendations for physical inactivity and sedentary behavior during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Frontiers in public health, v. 8, p. 199, 2020.

ROMERO, D.E; MUZY,J; DAMACENA, G.N; SOUZA, N.A; ALMEIDA, W.S; SZWARCOWALD, C.L; MALTA, D.C; BARROS, M.B.A; SOUZA JÚNIOR, P.R.B; AZEVEDO, L.O; GRACIE, R; PINA, M.F; LIMA, M.G; MACHADO,I.E; GOMES, C.S; WERNECK, A.O; SILVA, D.R.P. **Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho**. Cad. Saúde Pública v. 37, n. 3, 2021.

- RYAN J; SCALI J; CARRIÈRE I; SCARABIN P.Y; RITCHIE K; ANCELIN M.L. **Variantes do gene do receptor de estrogênio estão associadas a transtornos de ansiedade em mulheres mais velhas.** *Psychoneuroendocrinology*. v. 36, n.10: 1582–1586, 2011.
- SANDERS J.P; LOVEDAY A; PEARSON, N. EDWARDSON C; YATES T; BIDDLE, S.J, et al. **Devices for self-monitoring sedentary time or physical activity: a scoping review.** *J Med Internet Res*, v. 18, n. 5, 2016.
- SANTOS, F. H. dos S; ANDRADE, V. M; BUENO, O. F. A. **Envelhecimento: Um processo multifatorial.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.
- SANTOS, R.B. D; FRAGA, A. S; CORIOLANO, M. D. G. W. D. S; TIBURTINO, B.F; LINS, O.G; ESTEVES, A.C.F; ASANO, N.M.J. **Força muscular respiratória e função pulmonar nos estágios da doença de Parkinson.** *J. Bras. Pneumol*. V.6, n.45, 2019.
- SCALZO, P.L; JÚNIOR, A. L. T. **Participação dos núcleos da base no controle do tônus e da locomoção.** *Fisioterapia e Movimento*, Curitiba, v. 22, n. 4, p.595-603, out./dez, 2009.
- SCATTOLIN, F. A. D. A; DIOGO, M. J. D. E; COLOMBO, R. C. R. **Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca.** *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.11, p. 2705-2715, novembro, 2007.
- SCHIRINZI T, et al. **Self-reported needs of patients with Parkinson’s disease during COVID-19 emergency in Italy.** *Neurological Sciences*. 2020.
- SCHRAG , A; JAHANSHAHI, M; QUINN,N. **What contributes to quality of life in patients with Parkinson’s disease?** *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, v. 69, n.3, p.308–312, 2000.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO (SES-PE). **Boletim Covid-19 – Comunicação SES-PE.** Internet. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br>. Acesso em 21 de junho de 2020.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO (SES-PE). **Boletim Covid-19 – Comunicação SES-PE.** Internet. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/boletim-secretaria-estadual-de-saude-novo-coronavirus-64>. Acesso em 04 de setembro de 2021.
- SEGRE, M; FERRAZ, F.C. **O conceito de saúde.** *Revista de Saúde Pública*. *Journal of public health*, Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.
- SHALASH, A. et al. **Mental health, physical activity, and quality of life in Parkinson’s disease during COVID-19 pandemic.** *Mov Disord*, v. 35, n. 7, p. 1097-1099, 2020.
- SILVA-BATISTA, C; et al. **Fatores multidimensionais podem explicar o agravamento clínico em pessoas com doença de Parkinson durante a pandemia de COVID-19: um estudo transversal multicêntrico.** *Neurol Frontal*, v. 12, 2021.

SILVA, M.F; SILVA, D.S.M; BACURAU, A.G.M; FRANCISCO, P.M.S.B; ASSUMPÇÃO, D; NERI, A.L; BORIM, F.S.A. **Ageismo contra idosos no contexto da pandemia COVID-19: uma revisão integrativa.** Rev. Saúde Pública v. 55, 2021.

SILVA, T. A. M. et al. **Análise dos parâmetros espaço-temporais da marcha em indivíduos com disfunção neurológica tratados com prática mental: uma revisão sistemática.** Acta Fisiátrica, v. 25, n. 2, p. 86-93, 2018.

SIMIÉLI, L; et al. **Perception of COVID-19 Pandemic by Brazilian People With Parkinson's Disease and Multiple Sclerosis.** Frontiers in Psychology, p. 2336, 2022.

SOUZA FILHO, Z.A; NEMER, C.R.B; TEIXEIRA, E; NEVES, A.L.M; NASCIMENTO, M.H.M; MEDEIROS, H.P; PANARRA, A.C.S; LIMA, P.A.V; GIGANTE, V.C.G; OLIVEIRA, V.L.G. Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. Pesquisa Esc. Anna. Nery, 25 (spe), 2021.

TREMBLAY, M.S; AUBERT, S; BARNES, J.D; SAUNDERS, T.J; CARSON, V; LATIMER-CHEUNG, A.E; et al. **Sedentary Behavior Research Network (SBRN): Process and result of the Terminology Consensus Project.** Lei Int J Behav Nutr Phys, v.14, n.75, 2017.

VAGETTI, G. C; GOMES, F. R. H; SILVA, M. P; GASPAROTTO, G. D.S; OLIVEIRA, V.D; CAMPOS, W. D. **Associação entre aptidão funcional e qualidade de vida de idosas participantes de um programa de atividade física de Curitiba, Brasil.** Journal of Physical Education, v. 3, n.1, e3115, 2020.

VALCARENGHI, R.V; ALVAREZ, A.M; NUNES, S.F.L; HAMMERSCHIMIDT, K.S.D. A; COSTA, M.F.B.N.A.D; SIEWER, J.S. **Doença de Parkinson: Enfrentamento e convívio.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v. 22, n. 6, 2019.

VAN, H.J.J; VAN, D.Z.A.D; ZWINDERMAN, A.H; ROOS, R.A.C. **Rating impairment and disability in Parkinson's disease: evaluation of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale.** Mov Disord, v. 9, n. 1, p. 84-88, 1994.

VICTORINO, D.B; GUIMARAES-MARQUES, M; NEJM, M; SCORZA, F.A; SCORZA, C. A. **COVID-19 and Parkinson's Disease: Are We Dealing with Short-term Impacts or Something Worse?** Journal of Parkinson's Disease, 2020.

WANG, D. et al. **Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China.** JAMA. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>, 2020.

WERNECK, A. L.S. **Doença de Parkinson: Etiopatogenia, Clínica e Terapêutica.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Rio de Janeiro, junho, 2010.

WOLF, M.S; SERPER, M; OPSASNICK L; O'CONNOR, R.M; CURTIS, L.M; BENAVENTE, J.Y; et. al. **Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey.** Ann Intern Med, v.173, n.2, p.100-109, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Basic protective measures against the new coronavirus.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em 12 de setembro de 2021.

WILDER-SMITH, A; FREEDMAN, DO. **Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak.** J Travel Med, v. 27, n. 2, march, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak.** [Internet]. Internet 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em 21 de junho de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance, 2020.** [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 24 março, de 2020.

XU, H; ZHONG, L; DENG, J; PENG, J; DAN, H; ZENG, X; LI, T; CHEN, Q. **High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa.** International Journal of Oral, Springer Nature, 12:8, February, 2020.

YGNATIOS, N.T.M; et al. **Predisposição a formas graves de COVID-19 e adesão às medidas de prevenção: o papel do apoio social.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1863-1872, 2021.

YI, D e YIM, J. **Remote Home-Based Exercise Program to Improve the Mental State, Balance, and Physical Function and Prevent Falls in Adults Aged 65 Years and Older During the COVID-19 Pandemic in Seoul, Korea.** Med Sci Monit, v.21, n27, 2021.

ZACH, H; DIRKX, M. F; PASMANN, J. W; BLOEM, B. R; HELMICH, R. C. **Cognitive Stress Reduces the Effect of Levodopa on Parkinson's Resting Tremor.** CNS Neuroscience & Therapeutics, v. 23, n.3 p.1-7, 2017.

ZHOU, P; YANG, X.-L; WANG, X.-G; HU, B; ZHANG, L; ZHANG, W; SI, H.-R; ZHU, Y; LI, B; HUANG, C.-L; CHEN, H.-D; CHEN, J; LUO, Y; GUO, H; JIANG, R.-D; LIU, M.-Q; CHEN, Y; SHEN, X.-R; WANG, X; ZHENG, X.-Z; ZHAO, K; CHEN, Q.-J; DENG, F; LIU, L.-L; YAN, B; ZHAN, F.-X; WANG, Y.-Y; XIAO, G.-F; SHI, Z.-L. **A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin.** Nature, 3 February 2020.

ZHU, N; ZHANG, D; WANG, W; LI, X; YANG, B; SONG, J; ZHAO, X; HUANG, B; SHI, W; LU, R; NIU, P; ZHAN, F; MA, X; WANG, D; XU, W; WU, G; GAO, G.F; TAN, W. **A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019.** N Engl J Med; 382:727-733, February 20, 2020.

ZILMAR, A.S.F; NEMER, C.R.B; TEIXEIRA, E; NEVES, A.L.M; MACHADO, M.H. **Factores asociados al afrontamiento de la pandemia COVID-19 por adultos mayores com comorbilidades.** Esc. Anna. Nery, v. 25, 2021.

APÊNDICES/ ANEXOS

APÊNDICE A - INFOGRÁFICO PARA O ATENDIMENTO ONLINE

Guia de orientações para o Atendimento Online



1 Procure o lugar mais **silencioso** e com **bom sinal de internet**. Peça ajuda caso precise:



2 **Abra o link** enviado por e-mail ou Whatsapp

<https://meet.google.com/lookup/g3dava8552>



3 Observe os ícones da **câmera** e **microfone**:



4 Observe se estão:



Ligados

ou



Desligados

só desligue se for necessário clicando na câmera ou microfone.

5 Aperte em “**Participar Agora**”

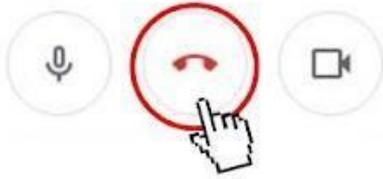
Só você está aqui

Participar agora

 Apresentar



6 Para sair do atendimento **aperte no telefone**:



OBS: Desligue aparelhos que façam barulhos como TVs, rádio, telefones. Se sentir dificuldade pode perguntar a alguém do **Pró-Parkinson**.



PROEXC

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO E CULTURA



APÊNDICE B – ELEGIBILIDADE

1. Algum familiar ou amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)?
 Sim Não
2. O esquecimento está piorando nos últimos meses?
 Sim Não
3. O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?
 Sim Não
4. Fez alguma cirurgia para doença de Parkinson?
 Sim Não
5. Teve alguma fratura recente nos últimos 3 ou 6 meses, de membros superiores (mmss) e/ou de membros inferiores (mmii)?
 Sim Não
6. Utiliza algum dispositivo auxiliar para locomoção?
 Sim Não

Se responder “sim” nomeie que tipo de dispositivo usa atualmente (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas).

O paciente que responder “sim” nas questões 3, 4, 5 e 6 (se utilizar a cadeira de rodas) ficará excluído da pesquisa, mas será garantida a realização das orientações verbais e a cartilha LabEduca60+.

APÊNDICE C – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Nome completo: _____
2. E-mail do paciente ou pessoa indicada por ele: _____
3. Telefone: _____
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Sexo: () Feminino () Masculino
6. Cidade onde mora: _____
7. Bairro onde mora: _____
8. Escolaridade (anos completos de estudo): _____
Resposta numérica. (Analfabeto=0; Primário (4 anos); Ginásio (8 anos) e Científico ou Pedagógico ou Magistério (11 anos); Nível superior (até 17 anos).
9. Arranjo familiar: () com companheiro () sem companheiro
10. Ocupação atual: _____
11. É aposentado(a)/pensionista? () Sim () Não
- 11.1 Qual é a ocupação antes da aposentadoria? _____
12. Mora numa residência com quantos cômodos? _____
13. Quantas pessoas moram com o Sr (a)? _____
14. Sobre o acesso à água:
() Não tenho acesso à água encanada.
() A água encanada falta às vezes.
() A água encanada falta sempre.
() A água encanada não falta.

APÊNDICE D – UPDRS- II – AVD



Nome: _____

Atividades de vida diária	Igual a antes da pandemia	Pior do que antes da pandemia	Melhor do que antes da pandemia
1. Fala			
1.1. Comentários sobre caso se aplique			
2. Salivação			
2.1. Comentários caso se aplique			
3. Deglutição			
3.1. Comentários caso se aplique			
4. Escrita			
4.1. Comentários caso se aplique			
5. Cortar alimentos ou manipular utensílios			
5.1. Comentários caso se aplique			
6. Vestir			
6.1. Comentários caso se aplique			
7. Higiene			
7.1. Comentários caso se aplique			
8. Girar no leito e colocar roupas de cama			
8.1. Comentários caso se aplique			
9. Freezing quando anda			
9.1. Comentários caso se aplique			
10. Marcha			
10.1. Comentários caso se aplique			
11. Tremor			
11.1. Comentários caso se aplique			
12. O sr(a) sofreu alguma queda durante esse período da pandemia (de março até hoje)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 POR IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON ¿ REPERCUSSÕES SOBRE A FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE

Pesquisador: Juliana Paulino Dantas da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36160620.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.225.630

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado “ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 POR IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON – REPERCUSSÕES SOBRE A FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA”, sob a responsabilidade da pesquisadora JULIANA PAULINO DANTAS DA SILVA, mestranda do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da UFPE, tendo como orientadora a professora Dra. Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano e Coorientadora a Profa. Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins. Também participa da equipe de pesquisa a discente do curso de fisioterapia da UFPE Jaqueline Severo dos Santos.

A proposta visa “avaliar os efeitos das medidas de prevenção da COVID-19 em idosos com doença de Parkinson sobre sua funcionalidade e a sua percepção na qualidade de vida”. A pesquisadora ressalta que o contexto da pandemia ganha importância em sua pesquisa em decorrência da população idosa (maior acometida por Parkinson) é também grupo de risco de maior gravidade para COVID-19.

O estudo é quantitativo, descritivo e transversal e terá como participantes idosos diagnosticados com doença de Parkinson, cadastrados e acompanhados pelo Programa de Extensão Pró-Parkinson da UFPE. O quantitativo de participantes será definido por amostra de conveniência e capacidade de avaliação da equipe de pesquisa podendo atingir um n amostral entre 48 e 56 participantes durante 4 meses de coleta de dados. Nesses contatos serão realizados levantamento de

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.225.630

informações sociodemográficas; informações sobre comportamento sedentário; perguntas da Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson seção II (AVD); teste de senta e levanta cinco vezes (TSLCV); Questionário de Qualidade de vida 39 (PDQ-39) e o Inquérito conhecimento, atitude e prática (Inquérito CAP) de medidas de proteção individual contra a disseminação da COVID-19.

Serão realizadas videochamadas por meio da ferramenta de reuniões virtuais google meet. O link para reunião será disponibilizado para o paciente por meio do aplicativo de Whatsaap. Recrutamento será realizado por contatos telefônicos com listagens obtida através do Programa de Extensão Pró-Parkinson. A pesquisa tem como critérios de inclusão: idosos, de ambos os sexos, cadastrados e previamente acompanhados no Programa de Extensão Pró-Parkinson. Serão excluídos aqueles que apresentarem indicativo de comprometimento cognitivo verificado através do instrumento de triagem cognitiva da 3ª edição da caderneta de saúde da pessoa idosa; apresentarem comprometimento auditivo ou verbal suficientemente grave que impeçam completamente a comunicação, impossibilitando a entrevista/ avaliação; apresentarem alguma fratura recente nos últimos 3 a 6 meses, de membros superiores e/ou de membros inferiores; Apresentarem algum dispositivo (cadeira de rodas, andador, muletas) que auxilie na deambulação/locomoção, impossibilitando a execução do TSLCV; e aqueles que realizaram alguma cirurgia para a Doença de Parkinson.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar os efeitos das medidas de prevenção da COVID-19 na funcionalidade e na qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson.

Objetivos Específicos:

Avaliar os efeitos das medidas de prevenção da covid-19 sobre a funcionalidade de idosos com doença de Parkinson.

Avaliar os efeitos das medidas de prevenção ao covid-19 sobre a qualidade de vida de idosos com doença de Parkinson.

Identificar o conhecimento, a atitude e a prática de medidas de proteção individual de idosos com doença de Parkinson durante a pandemia da covid-19.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.225.630

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram delineados pela pesquisadora.

"Quanto aos riscos pontuamos que uma pesquisa mediada por videochamada onde o voluntário se encontra em casa expõe o ambiente familiar e a privacidade do indivíduo. Além disso, existe a possibilidade de fadiga (cansaço) para responder aos questionamentos; constrangimento pela possibilidade de não saber responder algumas questões; a possível dificuldade em lidar com os equipamentos eletrônicos, da mesma forma com a ferramenta Google Meet. Para minimizar esses desconfortos os pacientes receberão orientações prévias sobre o telemonitoramento através de um guia de orientações para atendimento online com as informações necessárias que serão explicadas e terão a opção de agendar um dia/horário mais conveniente, onde possa ficar confortavelmente acomodado em um cômodo da casa de sua preferência. Caso ainda haja alguma dificuldade em lidar com o telefone uma pessoa da casa pode ajudar com a conexão e as perguntas serão feitas de forma simples e cotidiana para facilitar a compreensão. O paciente será informado sobre o sigilo e segurança das informações no ambiente virtual utilizado para a pesquisa tranquilizando o paciente e sua família. Também será possível realizar a avaliação em mais de um encontro caso o Sr(a) solicite ou o avaliador perceba a necessidade.

O TSLCV é simples de ser realizado e apresenta baixo potencial de risco para o Sr(a) em sua execução, pois não envolve deslocamentos em distâncias (dentro ou fora de casa), em solo irregular ou com obstáculos. Além disso, o apoio da cadeira onde o teste será realizado proporciona segurança. Entretanto, um possível risco de acidente durante a realização desse teste será minimizado pela sua realização apenas com a presença de uma pessoa que more com Sr(a), podendo ser o cuidador informal/formal que receberá todas as informações e cuidados necessários através do comando verbal da avaliadora, durante toda a execução do teste.

O tempo estimado para realização de todo o protocolo é de 1 hora, entretanto poderá ser estendido, interrompido ou reagendado, caso o paciente necessite ou solicite.

Quanto aos benefícios diretos os pacientes receberão orientações e reforço sobre as medidas de proteção individual contra a disseminação da COVID-19, poderão tirar dúvidas e receberão a cartilha LabEduca60+ que contém as orientações recomendadas pela Organização Mundial da Saúde de forma lúdica e ilustrada. Acreditamos que a interação entre a equipe de pesquisa e o paciente nesse momento de isolamento social será relevante para motivá-lo a manter a adesão às medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias."

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.225.630

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante e bem delineado. Seus resultados podem auxiliar na construção do conhecimento sobre os impactos ocasionados pelas medidas de mitigação a pandemia de COVID-19 para a funcionalidade e qualidade de vida de idosos com Doença de Parkinson.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram devidamente anexados.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.225.630

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1605382.pdf	16/08/2020 15:32:07		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_A_PENDENCIAS_1.pdf	16/08/2020 15:31:10	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_pos_pendencia.pdf	16/08/2020 15:29:38	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_Projeto_Mestrado_para_CEP_pos_pendencias_1.pdf	16/08/2020 15:28:13	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_impossibilitadosassinarmos_pendencias.pdf	16/08/2020 15:27:17	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	declaracao_20203023196.pdf	04/08/2020 20:17:33	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	04/08/2020 10:57:30	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/08/2020 10:48:06	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Carla_Cabral_dos_Santos_Acciolu_Lins.pdf	02/08/2020 18:23:32	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Jaqueline_Severo_dos_Santos.pdf	02/08/2020 18:22:27	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Maria_das_Gracas_Wanderley_de_Sales_Coriolano.pdf	02/08/2020 18:18:43	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	02/08/2020 18:01:27	Juliana Paulino Dantas da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

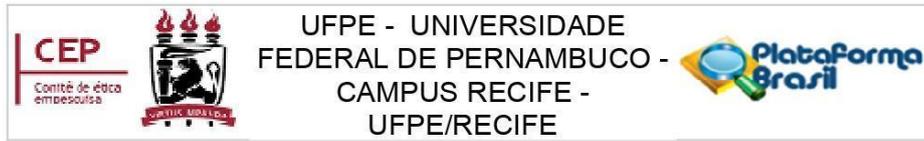
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 20 de Agosto de 2020

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

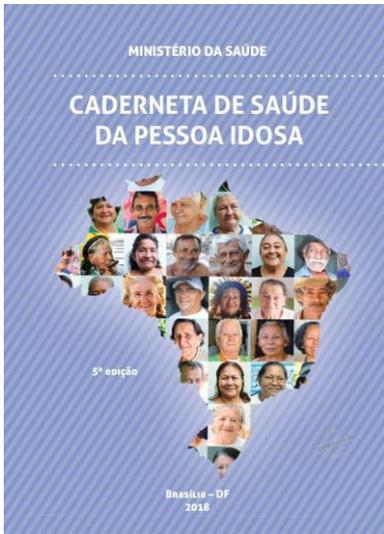
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.225.630

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B – CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



2006. Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença (CC BY-NC-SA). É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tragem: 5ª edição – 2018 – 3.000.000 exemplares

Autores, revisores e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Atenção à Saúde
 Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
 Ministério da Saúde, Bloco G, Ed. Anexo,
 2º andar, sala 8
 CEP: 20.258-900 – Brasília/DF
www.saude.gov.br/idsa
 E-mail: idsa@saude.gov.br

Coordenação e revisão geral:
 Andréia de Costa Azeiteiro
 Elizabeth Ana Bonafini
 Maria Cristina Lopes Hoffmann
 Mariana G. Gouveia
 Mariana Coelho Alves Braga

Colaboradores:
 Alaganda Brito de Oliveira
 Alvo Pinto Marques
 Ana Lúcia Ferraz Amadorim
 Ana Sílvia Pires Lemos
 Bruna Elias Aguiar
 Carolina de Campos Carvalho
 Cleonice Lúcia Silva Lima
 Cristina Hamonet
 Daise Elena Romero
 Danuza Santos Brandão
 Diógenes Moraes dos
 Edgar Nunes de Moraes
 Eduardo Duarte de Castro
 Fábio Fernando Souto de Carvalho
 Fabiana Damilley Correia
 Flávia Lima de Moraes
 Gláucia Bertolini
 Isabela Cristina Lopes
 Jemine Juana de Melo Calista
 Karla Lúcia Ramos
 Laura dos Santos Boeira
 Leonardo Cavallaro
 Letícia Sabadinha da Silva
 Luciana Silva Neta

Foto:
 Lucilene
 Ralfstein Carlos Gomes
 Thiago Marcos Castelan

Coordenação de programação visual:
 Patrícia Ferreira

Ilustrações e gráficos:
 Romulo Mattos

Projeto gráfico e diagramação:
 Romulo Mattos

Normalização:
 Mariana Anderson Spindler Pereira – Editora MSC/GO
 02/2018/025

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

*O processo de elaboração da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi validado por meio do Termo de Cooperação nº 163/2012, parceria do COSAN/PAPE/SUS/MS com FOCRUZ/UCICT.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. DADOS PESSOAIS	6
2. AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA	10
2.1 Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso	10
2.2 Diagnósticos e internações prévios	12
2.3 Cirurgias realizadas	14
2.4 Reações adversas ou alergias a medicamentos	15
2.5 Dados antropométricos	16
2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)	18
2.7 Informações complementares	23
2.8 Avaliação ambiental	23
2.9 Quedas	24
2.10 Identificação de dor crônica	25
2.11 Hábitos de vida	26
3. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL	28
4. CONTROLE DE GLICEMIA	32
5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO	33
6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL	34
AGENDA DE CONSULTAS / EXAMES	36
ATUALIZAÇÕES DA CADERNETA	38

ORIENTAÇÕES	41
1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA	42
2. ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	43
3. ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS	44
4. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	47
5. SAÚDE BUCAL	50
6. PREVENÇÃO DE QUEDAS	52
7. ATIVIDADE FÍSICA	54
8. SEXUALIDADE	55
LISTA PESSOAL DE ENDEREÇOS E/OU TELEFONES ÚTEIS	56
SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS	57

2.7 Informações complementares

		20__		20__		20__		20__	
		S	N	S	N	S	N	S	N
COGNICÃO	Alguém da família ou alguma amiga(o) falou que você está ficando esquecido(a)?								
	O esquecimento está piorando nos últimos meses?								
FUNÇÃO	O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?								
	No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?								
	No último mês, você perdeu o interesse ou o prazer em atividades anteriormente prazerosas?								

2.8 Avaliação ambiental

Este(a) atende(a) à segurança de seu domicílio, pois a maioria das quedas que ocasionam incapacidade permanente ocorre dentro de casa.

Itens importantes para a segurança do domicílio		20__	20__	20__	20__	20__	20__
Local	Item	S	N	S	N	S	N
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas						
	Presença de barras de apoio						
Iluminação	Pisos uniformes e tapetes bem fixos						
	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus						
Banheiro	Intertrapezões acrobáticos na entrada dos cômodos						
	Área do chuveiro com antiderrapante						
Cozinha e quarto	Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme						
	Armários baixos, sem necessidade do uso de escada						
Escada	Piso antiderrapante						
	Corrimão dos dois lados e firme						

ANEXO C – COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Nome: _____

Pergunta:

Em média, quantas horas por dia o sr(a) participa de atividades sentado(a)?

Exemplo de atividades que se faz sentado: ler, assistir TV, fazer trabalhos manuais, costurar, cortar alimentos, etc.

Resposta:

____:____ (horas:minutos)

ANEXO D –TESTE SENTA-LEVANTA CINCO VEZES (TSLCV)

Nome: _____

Observações:

- Ter alguém da casa para acompanhar o teste.
- Pedir ao acompanhante para medir a altura da cadeira.
- Encostar a cadeira na parede.
- Instruir ao paciente para ficar com os braços cruzados na região anterior do tórax e com as costas livres (sem tocar no encosto da cadeira), se levantar completamente entre cada repetição do teste e sentar encostando as nádegas no assento da cadeira.

Comando Verbal:

“Quero que o senhor (a) se levante e se sente cinco vezes o mais rápido possível quando eu disser já”.

Altura da cadeira do paciente em centímetros: _____ cm

Em quanto tempo realizou o teste?

Teste 1: ____:____ (minutos:segundos)

Teste 2: ____:____ (minutos:segundos)

Teste 3: ____:____ (minutos:segundos)

Média dos três testes: ____:____ (minutos:segundos)

ANEXO E – PDQ-39



Nome: _____

Data da avaliação: _____

ESCORES PDQ-39	
DOMÍNIO	Escore
Mobilidade	
AVD	
Bem estar emocional	
Estigma	
Apoio social	
Cognição	
Comunicação	
Desconforto físico	
Total	

Assinatura do
avaliador: _____

QUESTIONÁRIO DA DOENÇA DE PARKINSON-39 (PDQ-39)

Por ser portador da doença de Parkinson, durante o último mês, com que frequência...

	Nunca	De vez em quando	Às vezes	Freqüentement e	Sempre ou é impossível para mim
1. Teve dificuldades para participar de atividades recreativas que gosta de fazer?	<input type="checkbox"/>				
2. Teve dificuldades para cuidar de sua casa (por ex., fazer pequenos consertos, trabalho de casa, cozinhar)?	<input type="checkbox"/>				
3. Teve dificuldades para carregar sacolas de compras?	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

4. Teve problemas para andar um quilômetro (10 quarteirões)?

5. Teve problemas para andar 100 metros (1 quarteirão)?

6. Teve problemas para se movimentar pela casa com a facilidade que gostaria?

7. Teve dificuldades para se movimentar em locais públicos?

8. Necessitou de alguém para acompanhá-lo ao sair?

9. Sentiu-se assustado ou preocupado com medo de cair em público?

10. Ficou sem sair de casa mais do que gostaria?

11. Teve dificuldades para se lavar?

12. Teve dificuldades para se vestir?

13. Teve dificuldades para abotoar roupas ou amarrar sapatos?

14. Teve problemas para escrever de maneira legível?

Assinale um quadradinho para cada questão.
Verifique se assinalou um quadradinho para cada questão, antes de passar à página seguinte.

Por ser portador da doença de Parkinson, durante o último mês, com que frequência...

	Nunca	De vez em quando	Às vezes	Freqüentemente	Sempre ou é impossível para mim
15. Teve dificuldades para cortar a comida?	<input type="checkbox"/>				
16. Teve dificuldades para segurar uma bebida sem derramar?	<input type="checkbox"/>				
17. Sentiu-se deprimido/a?	<input type="checkbox"/>				
18. Sentiu-se isolado/a e só?	<input type="checkbox"/>				
19. Sentiu que poderia começar a chorar facilmente?	<input type="checkbox"/>				
20. Sentiu-se com raiva ou amargurado/a?	<input type="checkbox"/>				
21. Sentiu-se ansioso/a?	<input type="checkbox"/>				
22. Sentiu-se preocupado/a com seu futuro?	<input type="checkbox"/>				
23. Houve necessidade de esconder sua doença de Parkinson das outras pessoas?	<input type="checkbox"/>				
24. Evitou situações que tivesse que comer ou beber em público?	<input type="checkbox"/>				
25. Sentiu-se envergonhado/a em público por ter a doença de Parkinson?	<input type="checkbox"/>				

26. Sentiu-se preocupado/a com as reações de outras pessoas?

27. Teve problemas de relacionamento com as pessoas mais próximas?

28. Faltou apoio que precisava por parte do seu/sua esposo/a ou companheiro/a?

Se não tem esposo/a ou companheiro/a, assinale aqui

29. Faltou apoio que precisava por parte de sua família ou amigos?

Assinale um quadradinho para cada questão

Verifique se assinalou um quadradinho para cada questão, antes de passar à página seguinte.

Por ser portador da doença de Parkinson, durante o último mês, com que frequência...

	Nunca	De vez em quando	Às vezes	Freqüentemente	Sempre ou é impossível para mim
30. Adormeceu inesperadamente durante o dia?	<input type="checkbox"/>				
31. Teve problemas de concentração, por ex., ao ler ou assistir à televisão?	<input type="checkbox"/>				
32. Sentiu que sua memória estava ruim?	<input type="checkbox"/>				
33. Teve sonhos perturbadores ou alucinações?	<input type="checkbox"/>				
34. Teve dificuldades para falar?	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

35. Sentiu-se incapaz de
comunicar-se com clareza com
as pessoas?

36. Sentiu-se ignorado por
outras pessoas?

37. Teve câibras
musculares dolorosas ou
espasmos?

38. Teve dores nas
articulações ou em outras partes
do corpo?

39. Sentiu-se
desconfortavelmente quente ou
frio?

Verifique se assinalou um quadradinho para cada questão.

*Assinale **um quadradinho** para cada questão*

ANEXO F – CARTILHA DO LABEDUCA60+ CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA

IDOSA





ISOLAMENTO E DISTANCIAMENTO SOCIAL COMO ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO

O QUE É ISOLAMENTO SOCIAL?

Isolamento Social - é uma forma de permanecer em casa tomando alguns cuidados que diminuem o risco de contaminação de infecções respiratórias, como a provocada pelo Coronavírus.

Estes cuidados especiais impedem o contato das secreções respiratórias (gotículas expelidas ao espirrar ou tossir) de uma pessoa entre em contato com outras pessoas.

12

O QUE É DISTANCIAMENTO SOCIAL?

Distanciamento Social é um conjunto de ações que buscam limitar o convívio social de modo a parar ou controlar a propagação de doenças contagiosas

13 / 79

O QUE É QUARENTENA?

É o afastamento de indivíduos saudáveis pelo período máximo de incubação de uma doença, contado a partir do último contato com alguém contaminado.

13



COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO



14

AO SAIR DE CASA

- Mantenha distância das pessoas na rua e EVITE aglomerações.
- Ao TOSSIR ou ESPIRRAR, proteja seu rosto com o antebraço e não com as mãos.
- Caso seja possível, use vestimenta de manga longa para se proteger de contato físico.
- Leve lençinhos descartáveis e LUVAS. Use-os para tocar as superfícies.
- Não toque seu rosto antes de lavar as mãos.
- Utilize máscara e luvas para fazer suas compras.

15

Ao Entrar em Casa

16 / 79

- Não toque em nada antes de lavar as mãos, punhos, antebraços, pescoço e rosto.
- Se você passeia com o seu animal, higienize as patinhas depois de passear com ele.
- Tire os sapatos e higienize as solas.
- Limpe seu celular e óculos com água e sabão ou álcool.
- Se possível, troque suas roupas e lave-as, principalmente, se você usou transporte coletivo.
- Se trouxer embalagens do mercado, não deixe de limpá-las.

16

PROCEDIMENTO SOBRE ISOLAMENTO DOMICILIAR E CONTAMINAÇÃO POP CORONAVIRUS

17 / 79

O Ministério da Saúde recomendou, o isolamento domiciliar para:

- casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus;
- para viajantes que cheguem ao Brasil vindos do exterior.

O isolamento domiciliar requer cuidados específicos, como os descritos a seguir:

Separação dos objetos pessoais tais como, sabonete, pasta de dente, escova de cabelos, toalhas de rosto.

A pessoa que tiver contaminada pelo vírus, manifestando ou não os sintomas deve permanecer sozinho em quarto isolado e ventilado. Caso não seja possível, manter pelo menos 2 metros de distância dos outros.

17

O portador deve dormir em cama separada e deve usar máscara cirúrgica ao se locomover para ambientes de uso comum.

Limpeza imediata de banheiros após o uso.

Recolha lixo, roupas, toalhas, lençóis e cobertores, usando luvas de proteção e lave com sabão e água.

Todos precisam limpar as mãos frequentemente, dando preferência ao papel toalha para secá-las.

Nos ambientes compartilhados, a pessoa infectada precisa estar o tempo todo com máscara.



18