

ARTIGO ORIGINAL

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 EM IDOSOS COMUNITÁRIOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

KNOWLEDGE ATTITUDES AND PRACTICES FOR COVID-19 PREVENTION IN COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE OF A CAPITAL OF NORTHEASTERN BRAZIL

Vanessa de Lima e Silva ¹ Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano ² Adriana Falangola Benjamin Bezerra ³ Tatiana de Paula Santana da Silva ⁴ Rafael da Silveira Moreira ⁵ Carla Cabral dos Santos Accioly Lins ⁶ Ilma Kruze Grande de Arruda ⁷ Carla Helena Augustin Schwanke ⁸ Ana Paula de Oliveira Marques ⁹

¹ Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: vanessa.silva@ufpe.br

² Fisioterapeuta. Doutora em Neurociências. Docente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: mariagracas.coriolano@ufpe.br

³ Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: adriana.bbezerra@ufpe.br

⁴ Fonoaudióloga. Doutora em Neurociências. Docente substituta da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: tatiana.paula@ufpe.br

⁵ Cirurgião dentista. Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco e Instituto Aggeu Magalhães Fiocruz. E-mail: rafael.silveiram@ufpe.br

⁶ Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia. Docente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: carla.santos@ufpe.br

⁷ Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: ilma.arruda@ufpe.br

⁸ Médica. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: schwanke@pucrs.br

⁹ Nutricionista. Doutora em Nutrição. Docente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: ana.marques@ufpe.br

Resumo

Objetivo: identificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de prevenção da Covid-19, em idosos, e seus fatores associados. Método: estudo transversal, de base domiciliar, com abordagem analítica, junto a 145 indivíduos idosos (≥60 anos), residentes em uma capital do Nordeste do Brasil. A tele saúde foi empregada como estratégia para a coleta de dados. A prevenção da Covid-19 foi avaliada através do inquérito Conhecimentos, Atitudes e Práticas. Foram realizados os testes de Qui-Quadrado, Exato de Fisher, Análise de Resíduos Padronizados e Modelos simples e múltiplos de regressão logística. Resultados: os idosos apresentaram bom desempenho quanto à prevenção da Covid-19. O melhor desempenho foi na dimensão Atitude, seguida da Prática. O Conhecimento sobre a doença e sua forma de prevenção apresentou menor escore médio comparado aos demais. A prevenção da Covid-19 por idosos demonstrou associação significativa com arranjo familiar, alfabetização, distrito sanitário de residência e consumo de bebida alcoólica. Conclusão: o conhecimento de tais fatores associados pode contribuir para o fortalecimento das ações de prevenção e controle da Covid-19 junto à população idosa, em especial, ações de atenção primária à saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Idoso. Prevenção de doenças. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Consulta Remota. Infecções por Coronavírus.

Abstract

Objective: To identify knowledge, attitudes, and practices for the prevention of Covid-19 in older people and its associated factors. Method: A cross-sectional home-based study using an analytical approach, encompassing 145 elderly individuals (≥60 years), living in a capital city of Northeastern Brazil. Covid-19 prevention was evaluated through the Knowledge, Attitudes, and Practices survey. Telehealth was used as a strategy for data collection. The data analysis used Chi-square, Fisher's Exact and Standardized Residues Analysis tests, and Simple and multiple logistic regression models. Results: The older people presented good performance in Covid-19 prevention. The best performance was in the Attitude dimension, followed by Practice. The knowledge about the disease and how it may be prevented had a lower average score, compared to the others. The prevention of Covid-19 by older people showed significant association with family arrangements, literacy, sanitary district of residence, and consumption of alcoholic beverages. Conclusion: The knowledge of such associated factors can contribute to the strengthening of prevention and control actions of Covid-19 among the elderly population, especially primary healthcare actions.

KEYWORDS

Aged. Disease Prevention. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Remote Consultation. Coronavirus Infections.

1 INTRODUÇÃO

Os idosos se configuram como um grupo de risco no atual cenário da pandemia da Covid-19. Entre os mais velhos, a maior prevalência de múltiplas enfermidades, em geral crônicas, influenciam, de forma adversa, no desfecho da doença (RIGLA, 2020) A taxa de mortalidade da doença também apresenta um perfil diferenciado, conforme evolução etária, sendo maior entre pessoas idosas, quando comparada aos indivíduos mais jovens e adultos de meia-idade, com probabilidade de evolução da doença para sua forma mais grave (LIU et al., 2020).

Indivíduos com 60 anos ou mais apresentam uma probabilidade cinco vezes maior de morrer após o início dos sintomas de Covid-19 em comparação com aqueles com idades entre 30 e 59 anos (WU et al., 2020). Nesse sentido, tanto o reconhecimento precoce de idosos em risco, como a implementação de medidas de proteção voltadas ao referido segmento populacional podem ser extremamente benéficas na redução da progressão severa de Covid-19 (NEUMANN-PODCZASKA et al., 2020).

No campo da prevenção da Covid-19, já está estabelecido que as intervenções não farmacológicas podem ajudar a prevenir a enfermidade. Tais intervenções incluem medidas de alcance individual, ambiental e comunitário, como a lavagem das mãos, a etiqueta respiratória, o distanciamento social, o arejamento, a exposição solar de ambientes, a limpeza de objetos e superfícies, e a restrição ou a proibição ao funcionamento de locais de convívio comunitário (GARCIA, DUARTE, 2020). Acrescenta-se também que a adoção do uso obrigatório das máscaras favorece a redução da transmissão comunitária do vírus (ABUD; SOUZA, 2020).

Ainda no contexto da prevenção, a telessaúde tem sido utilizada em muitos países da Europa, Ásia, América e Oceania como estratégia potencialmente importante no fornecimento de cuidados, tanto na rotina da atenção primária, como nos demais níveis de atenção à saúde (MARX et al., 2018; MONAGHESH; HAJIZADEH, 2020). As evidências de eficácia das intervenções remotas por telessaúde entre idosos também são promissoras (FROST; NIMMONS; DAVIES, 2020), principalmente daquelas direcionadas, com foco na promoção da saúde. Ensaio clínico randomizado mostrou impactos positivos na qualidade de vida de idosos com o uso de recursos em telessaúde (VESTERGAARD; KRONBORG; PUGGARD, 2008).

O conhecimento, as atitudes e as práticas de prevenção em relação à pandemia do coronavírus desempenham papel crucial no curso da disseminação da doença e são indicadores comportamentais relevantes para orientar as autoridades de saúde (AZLAN et al., 2020). Como ferramenta para investigar tais comportamentos, o inquérito Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) destaca-se pela possibilidade de ser adaptado a diferentes contextos, por viabilizar o fornecimento de dados de uma população específica e identificar possíveis caminhos para uma futura intervenção mais eficaz (BRASIL, 2002; GONDIM et al., 2018).

Considerando que os idosos constituem um grupo com fatores de risco associados ao pior prognóstico, o estudo dos conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da Covid-19 é de fundamental importância para a otimização das ações de controle da doença em uma população vulnerável e prioritária para as ações de enfrentamento. Destaca-se ainda o recurso da teleconsulta enquanto estratégia para a pesquisa e intervenção junto a idosos, dado o contexto de restrição de mobilidade imposto pela pandemia.

Diante do exposto, o estudo objetivou identificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de prevenção da Covid-19, junto a idosos, e seus fatores associados (demográficos, socioeconômicos e clínicos).

2 Método

Estudo de corte transversal analítico, com amostra não probabilística composta de 145 idosos comunitários, parte inicial da pesquisa “Teleconsulta para prevenção e controle da saúde do idoso frente à pandemia de Covid-19” (SILVA et al., 2021). Foram incluídos, na pesquisa, idosos atendidos nos centros de referência para Covid-19, da Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Esta pesquisa foi realizada em colaboração com a Coordenação Municipal de Saúde da Pessoa Idosa.

A telessaúde foi utilizada como estratégia para interlocução com os idosos participantes. O trabalho foi realizado via telefone ou computador, ferramentas de uso contínuo da população, e com a ferramenta de Teleassistência Microsoft Teams®, ofertada pelo Núcleo Estadual de Telessaúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Tal ferramenta atende ao protocolo Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) e permite a confidencialidade dos dados. O HIPAA, também conhecido como Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde, foi implementado nos Estados Unidos em 1996 e compreende um conjunto de regras que organizações de saúde passaram a adotar para proteger e armazenar, de forma segura, os dados de um cliente dentro do sistema eletrônico de saúde. O HIPAA é uma referência globalmente utilizada para assegurar a confidencialidade, a integridade e a disponibilidade de toda informação eletrônica de saúde na criação, no recebimento, no armazenamento e na transmissão, proteger as informações de saúde contra quaisquer ameaças e contra o mau uso ou disponibilização de informações de saúde, de acordo com as regras de privacidade (NOSOWSKY; GIORDANO, 2006).

O link para a teleconsulta foi enviado ao idoso via aplicativo WhatsApp®. A coleta de dados foi realizada por profissionais teleconsultores de nível superior, da área de saúde, nos meses de junho a julho de 2020. Os profissionais receberam treinamento sobre telessaúde, uso da plataforma de teleconsulta, manejo e aplicação do instrumento de coleta de dados. O formulário semiestruturado, on-line, do Google Formulários, preenchido pelos teleconsultores, foi composto de itens relativos a: variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da Covid-19.

As variáveis clínicas investigadas foram: número de doenças autorreferidas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardiovascular, tabagismo e consumo de bebida alcoólica.

Para a compreensão dos atributos de conhecimentos, atitudes e práticas, foi utilizado o inquérito CAP. O referido inquérito pertence a uma categoria de estudos avaliativos chamados de avaliação formativa, que permite um diagnóstico educacional da população em estudo. O inquérito CAP pode ser adaptado a diversas situações, possibilitando estratégias e intervenções voltadas à necessidade do indivíduo ou da comunidade, além de aperfeiçoar o planejamento das ações de promoção da saúde. Como definição, tem-se o conhecimento, compreendido como a capacidade de recordar ou compreender aspectos do processo de aprendizagem e entender a aplicação do conhecimento na resolubilidade dos problemas; a atitude consiste em ter opiniões, crenças e sentimentos vinculados a determinados objetivos ou situações; e a prática é a tomada de uma decisão para implementar uma ação (FERREIRA et al., 2020).

Os formulários on-line preenchidos foram organizados em planilha Excel® para a criação do banco de dados. A análise dos dados foi realizada pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0.

A variável dependente estudada correspondeu ao CAP Prevenção da Covid-19 e refere-se aos conhecimentos, às atitudes e às práticas de prevenção relatadas pelos idosos participantes. A sua mensuração foi realizada a partir da resposta a perguntas relativas a cada dimensão. Cada resposta recebeu uma pontuação, agregada a um escore para cada variável primária: conhecimento, atitude e prática (Quadro 1).

Quadro 1 - Variáveis primárias, respostas, codificação e escores das variáveis Conhecimento, Atitude e Prática.

VARIÁVEL / PERGUNTA	RESPOSTA	CODIFICAÇÃO	ESCORE
CONHECIMENTO			Soma dos códigos de cada categoria de resposta: 0 a 12
Sabe o que é Coronavírus/Covid-19?	Não Sim	0 = Não 4 = Sim	-
Cite sintomas da Covid-19	Sintomas (PNAD COVID): Dor nos olhos; Nariz entupido ou escorrendo; Tosse; Dor no peito; Dor muscular; Dor de cabeça; Dor de garganta; Dificuldade para respirar; Perda de cheiro ou de sabor; Náusea; Febre; Fadiga	0 = abaixo da mediana (4) 4 = igual ou acima da mediana (4)	-
Cite formas de prevenção da Covid-19	Formas de prevenção (OMS): Usar máscara; Higiene das mãos; Distanciamento físico; Evitar ambientes fechados e/ou lotados; Evitar tocar olhos, nariz e boca; Etiqueta respiratória; Autoisolamento na presença de sintomas; Higienizar superfícies ou alimentos ou roupas	0 = abaixo da mediana (3) 4 = igual ou acima da mediana (3)	-
ATITUDE			Soma dos códigos de cada categoria de resposta: 0 a 12
Acha que deve seguir as orientações de prevenção?	Não Sim	0 = Não 4 = Sim	-
Seguir as orientações de prevenção é	Desnecessário Pouco necessário Necessário	0 = Desnecessário 2 = Pouco necessário 4 = Necessário	-
Para que servem as medidas de prevenção da Covid-19?	Respostas relacionadas à redução da transmissão da doença e à prevenção por parte da população	0 = Não 4 = Sim	-
PRÁTICA			Soma dos códigos de cada categoria de resposta: 0 a 20
Segue as orientações de prevenção?	Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Às vezes 3 = Frequentemente 4 = Sempre	-
Com qual frequência lava as mãos?	Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Às vezes 3 = Frequentemente 4 = Sempre	-
Com qual frequência, ao tossir ou espirrar, cobre a boca e o nariz?	Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Às vezes 3 = Frequentemente 4 = Sempre	-
Tem saído de casa para resolver algo na rua?	Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Às vezes 3 = Frequentemente 4 = Sempre	-

Ao sair de casa, usa a máscara?	Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Às vezes 3 = Frequentemente 4 = Sempre	-
CAP	Soma de todas as categorias	-	0 a 44
CAP 100	Adaptação do CAP para uma escala de 0 a 100 pontos	-	0 a 100

Fonte: autores.

Para a mensuração da variável Conhecimento, foi perguntado ao idoso: o que é a Covid-19/coronavírus, e se ele poderia citar os sintomas e as formas de prevenção. As respostas referentes aos sintomas foram checadas a partir da lista de sintomas da Covid-19 investigada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Covid (WHO, 2020): Dor nos olhos; Nariz entupido ou escorrendo; Tosse; Dor no peito; Dor muscular; Dor de cabeça; Dor de garganta; Dificuldade para respirar; Perda de cheiro ou de sabor; Náusea; Febre; Fadiga. A mediana de sintomas referidos pelos idosos (4) foi utilizada como parâmetro para a categorização em adequado (igual ou acima da mediana) e inadequado (abaixo da mediana).

As respostas quanto ao conhecimento sobre as formas de prevenção da Covid-19 foram checadas a partir da recomendação da Organização Mundial de Saúde (IBGE, 2020): Usar máscara; Higiene das mãos; Distanciamento físico; Evitar ambientes fechados e/ou lotados; Evitar tocar olhos, nariz e boca; Etiqueta respiratória; Autoisolamento na presença de sintomas; Higienizar superfícies ou alimentos ou roupas. A mediana de formas de prevenção referidas pelos idosos (3) foi utilizada como parâmetro para a categorização em adequado (igual ou acima da mediana) e inadequado (abaixo da mediana).

A mensuração da variável Atitude foi realizada por meio das respostas às perguntas sobre o posicionamento do idoso para seguir as orientações de prevenção, a necessidade de seguir as orientações e a finalidade das medidas preventivas. As respostas consideradas como adequadas, sobre a finalidade das medidas preventivas, correspondem à redução da transmissão da doença e à prevenção por parte da população.

Para construção da variável Prática, as perguntas foram relacionadas à execução de ações de prevenção e à frequência com que o idoso lava as mãos, segue a etiqueta respiratória e, ao sair de casa, usa máscara.

Para o estabelecimento dos escores das variáveis primárias Conhecimento, Atitude e Prática, foi realizada a soma das pontuações obtidas por cada resposta do idoso às perguntas realizadas. A variação dos escores para cada variável primária correspondeu a: Conhecimento (0 a 12), Atitude (0 a 12) e Prática (0 a 20). Os escores das variáveis primárias foram somados para a criação da variável CAP, cujo escore variou de 0 a 44.

Após o estabelecimento das pontuações individuais de cada variável primária, aplicou-se a seguinte fórmula para a obtenção das variáveis em escala de 0 a 100, permitindo, assim, a comparação entre elas:

$$CAP = \left[\frac{\text{Pontuação obtida pela soma dos pontos respondidos}}{\text{Pontuação máxima possível}} \right] \times 100$$

Os valores mínimo e máximo variaram de zero (respostas negativas para todas as perguntas, pior cenário) a 100 (todas as respostas positivas para todas as perguntas, melhor cenário).

A variável categórica CAP Prevenção da Covid-19 foi criada a partir da variável CAP, tendo o valor da sua mediana (83,9) como ponto de corte. Foram considerados adequado (acima da mediana) e inadequado (abaixo da mediana) os conhecimentos, as atitudes e as práticas de prevenção da Covid-19 relatados pelos idosos.

A análise de dados foi realizada por meio de procedimentos descritivos e analíticos. Inicialmente, as variáveis independentes quantitativas foram transformadas em qualitativas e, em seguida, identificou-se suas distribuições de frequência absoluta e relativa, segundo a variável dependente.

As análises de dependência foram realizadas de duas formas para investigar a associação entre os conhecimentos, as atitudes e as práticas de prevenção da Covid-19 e as variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas. Inicialmente, entre as variáveis qualitativas e a variável dependente, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, a depender dos requisitos necessários para cada teste, com nível de significância adotado de 5%. Em seguida, foi realizada a Análise de Resíduos Padronizados, com teste unicaudal e excessos padronizados superiores a 1,96 ($p < 0,025$ unicaudal), possibilitando a comparação dos padrões característicos de cada categoria.

Foram construídos modelos simples e múltiplos de regressão logística binária. O efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente foi expresso pelo Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. Por meio dessa abordagem analítica, os fatores de confusão foram controlados.

Dessa forma, para a análise múltipla, foram eleitas as variáveis que obtiverem $p < 0,25$ no teste Qui-Quadrado. Foi utilizado o método stepwise forward, e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram, e a possibilidade da existência de variáveis que funcionassem como fator de ajuste foi considerada para o modelo final.

A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, por meio do parecer nº 4.089.705.

3 Resultados

A análise dos conhecimentos, das atitudes e das práticas apresentou bom desempenho dos idosos quanto à prevenção da Covid-19. O escore médio da variável CAP Prevenção da Covid-19 correspondeu a 82,8, em uma escala de 0 a 100. Foi observada diferença entre as dimensões estudadas. Os idosos apresentaram melhor desempenho na dimensão Atitude, que representa a opinião positiva quanto à prevenção da Covid-19, com escore médio de 94,1 e contribuição de 35,3% para a variável CAP (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatística descritiva das variáveis Conhecimento, Atitude, Prática e CAP.

Estatística descritiva	Conhecimento	Atitude	Prática	CAP
Média	73,8	94,1	80,4	82,8
Mediana	66,7	100,0	80,0	83,9
Moda	100,0	100,0	80,0	82,2
Desvio-padrão	27,5	13,2	10,2	12,0
Mínimo	0,0	33,3	40,0	48,9
Máximo	100,0	100,0	100,0	100,0
Percentil 25	66,7	100,0	75,0	73,6
Percentil 50	66,7	100,0	80,0	83,9
Percentil 75	100,0	100,0	87,5	93,3
Participação proporcional média no CAP	28,8%	38,3%	32,9%	100,0%

Fonte: autores.

A realização de práticas preventivas se situou em posição intermediária, com escore médio de 80,4 e participação de 32,87% para a variável CAP. A dimensão Conhecimento sobre a prevenção da Covid-19 apresentou menor escore médio (73,8) em relação às demais dimensões avaliadas, com participação de 28,78% na variável composta, indicando insuficiência no conhecimento dos idosos quanto à Covid-19 e suas formas de prevenção.

A amostra foi constituída por 145 idosos, cuja maioria, 51% (74 idosos), apresentou conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da Covid-19 inadequadas. Com relação às variáveis demográficas, observou-se que a maioria dos idosos é do sexo feminino (72,4%), de cor parda (55,2%), com idade entre 60 e 69 anos (76,6%), casado(a) (40,7%), vivendo com companheiro(a) (53,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de idosos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas, por prevenção da Covid-19 e Análise de Resíduos Padronizados.

VARIÁVEL	TOTAL n (%)	CAP PREVENÇÃO DA COVID-19		Valor de p
		Inadequada n (%)	Adequada n (%)	
	145 (100,0)	74 (51,0)	71 (49,0)	-
DEMOGRÁFICAS				
Sexo				
Masculino	40 (27,6)	20 (27,0)	20 (28,2)	0,879*
Feminino	105 (72,4)	54 (73,0)	51 (71,8)	
Faixa etária				
60 a 69	111 (76,6)	54 (73,0)	57 (80,3)	0,284 [†]
70 a 79	28 (19,3)	15 (20,3)	13 (18,3)	
80 ou mais	06 (4,10)	05 (6,80)	01 (1,40)	
Estado civil				
Casado(a)	59 (40,7)	26 (35,1)	33 (46,5)	0,236*
Separado(a) judicialmente / divorciado(a)	24 (16,6)	12 (16,2)	12 (16,9)	
Viúvo(a)	35 (24,1)	23 (31,1)	12 (16,9)	
Solteiro(a)	27 (18,6)	13 (17,6)	14 (19,7)	
Arranjo familiar				
Com companheiro(a)	78 (53,8)	31 (41,9)	47 (66,2[‡])	0,003*
Sem companheiro(a)	67 (46,2)	43 (58,1[‡])	24 (33,8)	
Raça / cor				
Branca	28 (19,3)	12 (16,2)	16 (22,5)	0,758*
Preta	26 (17,9)	14 (18,9)	12 (16,9)	
Parda	80 (55,2)	43 (58,1)	37 (52,1)	
Amarela / indígena	11 (7,60)	05 (6,80)	06 (8,50)	
SOCIOECONÔMICAS				
Renda familiar				
<1SM a 1 SM	45 (31,0)	28 (37,8)	17 (23,9)	0,161*
1,1 a 2,9 SM	64 (44,1)	28 (37,8)	36 (50,7)	
≥3 SM	36 (24,8)	18 (24,3)	18 (25,4)	
Principal fonte de renda				
Trabalho formal / informal	38 (26,2)	17 (23,0)	21 (29,6)	0,486*
Aposentadoria / benefício social / pensão	93 (64,1)	51 (68,9)	42 (59,2)	
Terceiro / outros	14 (09,7)	06 (8,10)	08 (11,3)	
Ocupação				
Sem ocupação / aposentado(a) / desempregado(a)	54 (37,2)	32 (43,2)	22 (31,0)	0,316*
Dono(a) de casa / trabalho voluntário	38 (26,2)	18 (24,3)	20 (28,2)	
Trabalho remunerado	53 (36,6)	24 (32,4)	29 (40,8)	
Alfabetização				
Sim	126 (86,9)	57 (77,0)	69 (97,2[‡])	<0,01*
Não	19 (13,1)	17 (23,0[‡])	02 (2,8)	
Anos de estudo				
0 a 4 anos	39 (26,9)	31 (41,9[‡])	08 (11,3)	<0,01*
5 a 8 anos	30 (20,7)	11 (14,9)	19 (26,8)	
9 a 11 anos	42 (29,0)	18 (24,3)	24 (33,8)	
12 anos ou mais	34 (23,4)	14 (18,9)	20 (28,2)	
Número de pessoas na casa				
Mora sozinho(a)	24 (16,6)	14 (18,9)	10 (14,1)	0,345*
1 a 2 pessoas	83 (57,2)	38 (51,4)	45 (63,4)	
3 a 7 pessoas	38 (26,2)	22 (29,7)	16 (22,5)	
Acesso à água				
Poço / cisterna	12 (08,3)	07 (9,50)	05 (07,0)	0,556*
Água encanada, falta	47 (32,4)	21 (28,4)	26 (36,6)	
Água encanada, não falta	86 (59,3)	46 (62,2)	40 (56,3)	
Distrito sanitário				

I	21 (14,5)	15 (20,3‡)	06 (08,5)	
II	19 (13,1)	12 (16,2)	07 (09,9)	
III	16 (11,0)	04 (05,4)	12 (16,9‡)	
IV	18 (12,4)	12 (16,2)	06 (08,5)	
V	16 (11,0)	05 (06,8)	11 (15,5)	0,035*
VI	20 (13,8)	08 (10,8)	12 (16,9)	
VII	19 (13,1)	11 (14,9)	08 (11,3)	
VIII	16 (11,0)	07 (09,5)	09 (12,7)	
CLÍNICAS				
Hipertensão arterial				
Sim	92 (63,4)	50 (67,6)	42 (59,2)	
Não	53 (36,6)	24 (32,4)	29 (40,8)	0,293*
Diabetes				
Sim	37 (25,5)	18 (24,3)	19 (26,8)	
Não	108 (74,5)	56 (75,7)	52 (73,2)	0,737*
Doença cardiovascular				
Sim	20 (13,8)	07 (09,5)	13 (18,3)	
Não	125 (86,2)	67 (90,5)	58 (81,7)	0,122*
Número de doenças referidas				
0 a 5	62 (62,8)	31 (41,9)	31(43,7)	
6 (mediana) ou mais	83 (57,2)	43 (58,1)	40 (56,3)	0,829*
Covid-19 diagnosticada por exame				
Sim	042 (29,0)	25 (33,8)	17 (23,9)	0,192*
Não	103 (71,0)	49 (66,2)	54 (76,1)	
Tabagismo				
Tabagista	04 (02,8)	04 (05,4)	00 (00,0)	
Não tabagista	92 (63,4)	43 (58,1)	49 (69,0)	0,101 [†]
Ex-tabagista	49 (33,8)	27 (36,5)	22 (31,0)	
Consumo de bebida alcoólica				
Não	86 (59,3)	47 (63,5)	39 (54,9)	
Raramente	43 (29,7)	17 (23,0)	26 (36,6)	0,155*
Frequentemente	16 (11,0)	10 (13,5)	06 (08,5)	

*Teste Qui-Quadrado; [†]Teste Exato de Fisher; ‡ resíduos padronizados > 1,96 p < 0,05.

SM – salário-mínimo.

Fonte: autores.

Com relação ao perfil socioeconômico, uma parcela importante dos idosos apresentou renda familiar que variou de 1,1 a 2,9 salários-mínimos (44,1%), cuja principal fonte é a aposentadoria, benefício social ou pensão (64,1%). A maioria dos idosos não apresentavam ocupação ou estavam aposentados ou desempregados (37,2%), eram alfabetizados (86,9%), entretanto, com escolaridade que não supera 8 anos de estudo (47,6%). Grande parcela das casas apresenta um a dois residentes (57,2%), com acesso à água encanada que não falta (59,3%). Quanto ao local de moradia, houve distribuição homogênea dos idosos entre os distritos sanitários do município, com exceção do I (Tabela 2).

Com relação às variáveis clínicas, observou-se que a maioria dos idosos relatou hipertensão arterial (63,4%), entretanto, não relatou diabetes mellitus (74,5%), doenças cardiovasculares (86,2%), que não era tabagista (63,4%) e que não consumia bebida alcoólica (59,3%). A maioria não apresentou Covid-19 diagnosticada por exame (71%) (Tabela 2).

A prevenção da Covid-19 por parte dos idosos participantes do estudo apresentou variação quanto às características demográficas, socioeconômicas e clínicas. Observou-se associação significativa para a variável mora com companheiro(a), em que idosos com prevenção adequada residem com companheiro(a) e idosos com prevenção inadequada residem sozinhos (p=0,003) (Tabela 2).

Também foi identificada associação com a alfabetização, na qual houve concentração de idosos analfabetos com prevenção inadequada e idosos alfabetizados com prevenção adequada (p<0,01). Da mesma forma, idosos com 0 a 4 anos de estudo apresentaram prevenção inadequada (p<0,01).

O local de moradia do idoso influenciou na prevenção da Covid-19. Os idosos residentes no distrito sanitário I apresentaram prevenção inadequada, e os residentes no distrito sanitário III, prevenção adequada

($p=0,035$). Não foram observadas associações significativas entre a variável CAP Prevenção da Covid-19 e as variáveis clínicas (Tabela 2).

O modelo final da regressão logística binária entre os conhecimentos, as atitudes e as práticas de prevenção da Covid-19 e as variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas demonstrou associação significativa para arranjo familiar, alfabetização, distrito sanitário de residência e consumo de bebida alcoólica (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise simples e múltipla da associação entre a prevenção da Covid-19 por idosos residentes no município e as variáveis independentes, os valores de Odds Ratio e o intervalo de confiança estimados.

VARIÁVEL	PREVENÇÃO ADEQUADA DA COVID-19					
	Análise simples			Análise múltipla		
	OR	IC	Valor de p	OR	IC	Valor de p
Faixa etária*						
60 a 69	5,28	0,60; 46,65	0,14			
70 a 79	4,33	0,45; 42,02	0,21			
80 ou mais	-	-	-			
Estado civil*						
Casado(a)	1,18	0,47; 2,94	0,72			
Separado(a) judicialmente / divorciado(a)	0,93	0,31; 2,79	0,89			
Viúvo(a)	0,48	0,17; 1,35	0,17			
Solteiro(a)	-	-	-			
Arranjo familiar						
Com companheiro(a)	2,72	1,38; 5,33	>0,01	3,51	1,56; 7,90	>0,01
Sem companheiro(a)	-	-	-	-	-	-
Ocupação*						
Sem ocupação / aposentado(a) / desempregado(a)	-	-	-			
Dono(a) de casa / trabalho voluntário	1,62	0,70; 3,73	0,26			
Trabalho remunerado	1,76	0,82; 3,78	0,15			
Alfabetização						
Sim	10,29	2,28; 46,42	>0,01	14,64	2,82; 75,92	>0,01
Não	-	-	-	-	-	-
Anos de estudo*						
0 a 4 anos	-	-	-			
5 a 8 anos	6,69	2,28; 19,61	>0,01			
9 a 11 anos	5,17	1,92; 13,89	>0,01			
12 anos ou mais	5,54	1,97; 15,58	>0,01			
Distrito sanitário						
I	-	-	-	-	-	-
II	1,46	0,37; 5,51	0,58	1,24	0,29; 5,32	0,77
III	7,50	1,71; 32,80	0,01	8,89	1,75; 45,21	0,01
IV	1,25	0,32; 4,88	0,75	0,81	0,18; 3,61	0,78
V	5,50	1,33; 22,73	0,02	5,90	1,21; 28,84	0,03
VI	3,75	1,02; 13,79	0,05	3,22	0,75; 13,74	0,11
VII	1,82	0,49; 6,76	0,37	2,01	0,46; 8,74	0,35
VIII	3,21	0,82; 12,63	0,09	3,53	0,74; 16,74	0,11
Doença cardiovascular*						
Sim	-	-	-			
Não	0,47	0,17; 1,25	0,13			
Covid-19 diagnosticada por exame*						
Sim	-	-	-			
Não	1,62	0,78; 3,35	0,19			
Tabagismo*						
Não tabagista	1,61	0,81; 3,18	0,17			
Tabagista / Ex-tabagista	-	-	-			
Consumo de bebida alcoólica						
Não	1,38	0,46; 4,14	0,56	3,97	1,00; 15,74	0,05
Raramente	2,55	0,78; 8,32	0,12	6,61	1,47; 29,60	0,01
Frequentemente	-	-	-	-	-	-

Legenda: OR - Odds Ratio; IC – intervalo de confiança; *variáveis de ajuste do modelo final.

Fonte: autores.

Idosos que vivem com companheiro(a) possuem 3,5 vezes mais chance de conhecer, concordar e praticar a prevenção da Covid-19, quando comparado a idosos que vivem sós. Quanto à alfabetização, idosos

alfabetizados possuem 14 vezes mais chance de apresentar prevenção adequada para a Covid-19, quando comparados com idosos analfabetos.

Na análise da influência do local de moradia na prevenção da Covid-19, identificou-se que residir nos distritos sanitários III (OR=8,9) e V (OR=5,9) representa maior probabilidade de o idoso apresentar boa prevenção, em comparação a residir no distrito sanitário I.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, foi identificada associação significativa com a prevenção da Covid-19 por parte dos idosos, na qual não consumir álcool ou consumir raramente apresenta maior probabilidade na prevenção da doença, quando comparado ao consumo frequente.

4 Discussão

O conhecimento sobre as medidas preventivas da Covid-19 é um dos fatores cruciais para evitar o contágio e a transmissão das infecções pelo novo coronavírus. Neste estudo, observou-se que os idosos apresentaram bom conhecimento sobre como prevenir a doença, corroborando uma pesquisa recente realizada, por meio de ligação telefônica, com 123 idosos que moram sozinhos no Estado de Minas Gerais, na qual 98,3% realizavam pelo menos três medidas, prevalecendo o uso de máscaras, a higienização das mãos com água e sabão e o uso do álcool em gel (TAVARES et al., 2020).

A maioria da população foi composta de mulheres, corroborando o processo de feminização da velhice. A participação percentual da mulher tende a ser ainda maior entre grupos de idade mais elevada (IBGE, 2010).

Outro fenômeno recente é o aumento na autodeclaração de pretos e pardos nos últimos anos. De 2012 a 2017, os dois grupos cresceram consistentemente no Brasil (WHO, 2020), o que pode ser explicado pela maior aceitação da miscigenação da população brasileira, ou pelas atuais políticas afirmativas.

Com relação ao perfil socioeconômico, destaca-se o papel das aposentadorias/benefício social ou pensão. As aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos, e essa importância cresce com a idade. É possível imaginar que o grau de dependência dos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Outro aspecto importante a ser analisado refere-se à escolaridade dos sujeitos pesquisados. No Nordeste, de cada dez idosos, sete nunca concluíram sequer um ano de estudo (COUTINHO AREOSA, 2015), situação que tendeu a se confirmar na presente pesquisa.

O percentual de idosos com hipertensão arterial foi de 63,4%, valor próximo à média nacional. Existe uma alta prevalência de hipertensão entre os idosos brasileiros (66,7%), sendo a mais frequente entre mulheres, idosos, menos escolarizados e não brancos (BENTO; MAMBRINI; PEIXOTO, 2020; NEGRINI et al., 2018).

Surpreendentemente, apesar de os idosos do presente estudo terem sido avaliados aproximadamente três a quatro meses após o início da pandemia e da divulgação dos grupos de risco para a Covid-19 (indivíduos mais vulneráveis), não se observou associação dos conhecimentos, das atitudes e das práticas com hipertensão, diabetes mellitus, doença cardiovascular e número de comorbidades.

Envelhecer morando sozinho pode associar-se de maneiras diferentes a vários desfechos de saúde, piora em padrões de alimentação e pior adesão aos cuidados de saúde (NEGRINI et al., 2018), refletindo os conhecimentos, as atitudes e as práticas inadequadas de prevenção da Covid-19 observadas no presente estudo.

No Brasil, esse aspecto apresenta-se como uma forte tendência, em que aproximadamente 15,7% das pessoas com idade superior a 60 anos moram sozinhas (IBGE 2020). Adicionalmente, destaca-se que os domicílios unipessoais podem representar vivências com experiências de maior privacidade e independência²³. Entretanto, idosos que moram sozinhos podem ser considerados mais vulneráveis e desprovidos de apoio social diante de dificuldades de saúde (ARMITAGE; NELLUMS, 2020; NEGRINI et al., 2018).

Nesse sentido, o fato de residir sozinho deve ser interpretado com cautela. Para Tavares e colaboradores (MARA et al., 2020), existem outras variáveis que podem ser associadas à prevenção inadequada, como o gênero e o nível de escolaridade, em que idosos que moravam sozinhos, do sexo masculino e com baixa escolaridade estiveram mais vulneráveis à Covid-19.

Em relação à associação encontrada entre a baixa escolaridade e a prevenção da Covid-19, esta pode ser explicada pela dificuldade do idoso na assimilação e na interpretação das informações. Ou seja, ter baixa escolaridade (em termos de alfabetização e anos de estudos) pode explicar isoladamente o impacto negativo, em termos de atitude e conhecimento na prevenção de doenças e na mudança de comportamento dos idosos, na promoção de sua saúde. Achados semelhantes são encontrados na literatura, em que idosos com baixa escolaridade expressam grande dificuldade no cuidar da própria saúde, moram sozinhos, em sua maioria, e cerca de 1/3 tem renda inferior a um salário-mínimo (196 dólares) (BOLINA; TAVARES, 2016; MARA et al., 2020; MENDES et al., 2018; NEGRINI et al., 2018).

A evidência encontrada no presente estudo, entre local de moradia e prevenção da Covid-19, tem seus resultados associados aos aspectos de desigualdades socioespaciais da cidade. As áreas que demonstraram pior conhecimento sobre medidas preventivas são, justamente, as constituídas pelo conjunto de bairros que estão entre os com maiores percentuais de assentamentos precários, ou seja, Comunidades de Interesse Social (CIS).

Estudos realizados pelo Observatório Covid-19, um sobre a gravidade da pandemia no Estado de Pernambuco (SOUZA SÁ et al., 2020). e o outro sobre a distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) decorrentes da Covid-19 no município do Recife (BITOUN et al., 2020), apontam para a importância de se observar a distribuição da incidência do coronavírus entre os grupos e os territórios.

Bitoun et al. (2020), buscaram entender como a pandemia de Covid-19 está distribuída no território municipal, verificando a existência de desigualdades nas taxas de casos confirmados por 100 mil/hab. e na taxa de mortalidade por 10 mil/hab., a partir do agrupamento dos bairros em cinco estratos, considerando a variável: percentual da área em assentamentos precários – Comunidades de Interesse Social (CIS). Os resultados evidenciam que, nos bairros com 85%-100% de seu território constituído de área com assentamentos precários, a mortalidade pela doença é muito mais elevada que a mortalidade do conjunto de bairros que constituem área de vulnerabilidade de 0-3%.

Documento da Oxfam (OXFAM, 2020) pontua que as desigualdades, a informalidade e os serviços de saúde insuficientes na América Latina e Caribe são aspectos determinantes que se impõem como obstáculos ao enfrentamento da Covid-19. Como região mais desigual do planeta, desde o início da pandemia até junho de 2020, oito novos bilionários surgiram, e a riqueza dos milionários cresceu 17%, enquanto se estima que até 52 milhões de pessoas se tornarão pobres e 40 milhões perderão seus empregos em 2020.

No Brasil, a desigualdade, tratada a partir do contexto do território, gera evidências sobre hierarquias e assimetrias nos níveis de saúde da população (SANTOS, 2020). Ainda sobre o tema, o autor refere que “a desigualdade absoluta é maior nas áreas menos desenvolvidas, pois a maior intensidade do estado de saúde negativo nestes territórios se combina à maior densidade das categorias mais vulneráveis, para impor um enorme fardo populacional de saúde” (SANTOS, 2020, p. 3). Em continuidade, expõe que ativos, como capital (de várias naturezas), conhecimento e autoridade, são determinados ou, no mínimo, influenciados pela classe social e pelos espaços ocupados no território. O não acúmulo desses ativos se associa a maiores desvantagens de saúde.

Em relação ao estilo de vida, não se observou associação com tabagismo, mas, sim, com ingestão de bebidas alcoólicas. O achado referente à associação entre o não consumo ou consumo raro de bebida alcoólica e a prevenção da doença pode ser interpretado sob dois aspectos. O não consumo pode estar relacionado a atitudes de autocuidado e de preservação da saúde por parte da população idosa. Não consumir álcool está associado ao melhor autocuidado entre idosos (XU et al., 2020). O consumo raro de álcool pode estar relacionado à sua ligação com interações sociais. A interação social é essencial para o

efeito aparentemente benéfico do uso moderado de álcool, menores sintomas depressivos e maior capacidade funcional por sujeitos maiores de 50 anos (SCOTT; WIENER; PAULSON, 2020). Tal interpretação pode ser extrapolada para a atitude preventiva.

Contudo, a avaliação do consumo de bebida alcoólica apresenta uma limitação, pois não foi investigada a frequência nem a quantidade ingerida semanalmente. Como limitações, pode-se destacar: o viés de memória, visto que os idosos entrevistados podem responder aos questionamentos de forma incompleta ou com lacunas das informações, o pequeno tamanho da população do estudo e o processo de amostragem não probabilística, o que dificulta a inferência dos resultados para a população de origem.

Os idosos estudados apresentaram bom desempenho quanto aos conhecimentos, às atitudes e às práticas de prevenção da Covid-19, com diferenças entre as dimensões estudadas. As variáveis arranjo familiar, alfabetização, distrito sanitário de residência e consumo de bebida alcoólica, foram associadas aos conhecimentos, às atitudes e às práticas de prevenção da Covid-19, com destaque para o analfabetismo e para a residência em territórios vulneráveis enquanto fatores associados à baixa prevenção da Covid-19.

O conhecimento de tais fatores pode contribuir para o fortalecimento das ações de prevenção e para o controle da Covid-19 junto à população idosa, em especial ações de atenção primária à saúde.

Referências

ABUD, Carol Oliveira; SOUZA, Luciano Pereira de. Uso obrigatório de máscara facial para conter a COVID-19 no Brasil: limitação legítima ao direito fundamental de autodeterminação. **Vigil Sanit Debate**, Rio De Janeiro, v. 8, n. 3, p. 34–43, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01651>

ARMITAGE, Richard; NELLUMS, Laura B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **The Lancet Public Health**, [s.l.], v. 5, n. 5, p. e256, 2020.

AZLAN, Arina Anis et al. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. **PloS ONE**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. e0233668, 2020.

BENTO, Isabel Cristina; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; PEIXOTO, Sérgio Viana. Fatores contextuais e individuais associados à hipertensão arterial entre idosos brasileiros (Pesquisa Nacional de Saúde - 2013). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 23, 2020.

BITOUN, J. et al. Nota Técnica – Distribuição desigual dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife. Projeto “Meios informacionais digitais interativos na produção e difusão de orientações para públicos específicos sobre a Covid-19” **Observatório UFPE Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39626/0/notaCOVID.pdf/f91dab20-1ee5-4af9-87f8-b48028b05535>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BOLINA, Alisson Fernandes; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Arranjo domiciliar de idosos e determinantes sociodemográficos e de saúde: um estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p. e2737, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação; Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002.

COUTINHO AREOSA, Silvia Virginia. Idosos Provedores: a importância dos recursos da aposentadoria para as famílias brasileiras. **Barbarói**, [s.l.], p. 173, 2015.

FERREIRA, Diego da Silva et al. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 24, n. 2, 2020.

FROST, Rachael; NIMMONS, Danielle; DAVIES, Nathan. Using Remote Interventions in Promoting the Health of Frail Older Persons Following the COVID-19 Lockdown: Challenges and Solutions. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s.l.], v. 21, n. 7, p. 992–993, 2020.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 29, n. 2, 2020.

GONDIM, Ihana Thaís Guerra de Oliveira et al. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoas com doença de parkinson sobre um programa terapêutico domiciliar com orientação em grupo. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [s.l.], v. 23, n. 2, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19 - 2020**. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>. Acesso em: 25 nov. 2020.

LIU, Kai et al. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. **Journal of Infection**, [s.l.], v. 80, n. 6, p. e14–e18, 2020.

MARA, Darlene et al. Idosos que moram sozinhos: conhecimento e medidas preventivas frente ao novo coronavírus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 28, p. e3383, 2020.

MARX, Wolfgang et al. Is telehealth effective in managing malnutrition in community-dwelling older adults? A systematic review and meta-analysis. **Maturitas**, [s.l.], v. 111, p. 31–46, 2018.

MENDES, P. A. et al. Cognitive decline: knowledge, attitudes and preventive practices of older adults in the community. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n.3, p.e55372, 2018.

MONAGHESH, Elham; HAJIZADEH, Alireza. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 20, n. 1, 2020.

NEUMANN-PODCZASKA, Agnieszka et al. COVID 19 - Clinical Picture in the Elderly Population: A Qualitative Systematic Review. **Aging and disease**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 988, 2020.

NEGRINI, Etienne Larissa Duim et al. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 523–531, 2018.

NOSOWSKY, Rachel; GIORDANO, Thomas J. The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) Privacy Rule: Implications for Clinical Research. **Annual Review of Medicine**, v. 57, n. 1, p. 575–590, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409167/>. Acesso em: 6 maio 2023.

OXFAM. QUEM PAGA A CONTA? Taxar a riqueza para enfrentar a crise da Covid-19 na América Latina e Caribe. **Nota Informativa da OXFAM**, julho 2020. 23p. ISBN 978-1-78748-631-7. DOI: 10.21201/2020.6317.

RIGLA, Mercedes. Technology Gap Deepened by Coronavirus Pandemic. **Journal of Diabetes Science and Technology**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 774–775, 2020.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 3, 2020.

SCOTT, Rosanna G; WIENER, Chelsea H; PAULSON, Daniel. The Benefit of Moderate Alcohol Use on Mood and Functional Ability in Later Life: Due to Beers or Frequent Cheers? **The Gerontologist**, [s.l.], v. 60, n. 1, p. 80-88, 2020.

SILVA, Vanessa de Lima et al. Teleconsultation in the prevention and control of older persons' health with regard to the COVID-19 pandemic: study protocol. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [s.l.], v. 15, n. 0, p. 1–8, 2021.

SOUZA SÁ, Ar et al. COVID-19 em Pernambuco: Quão grave tem sido a Pandemia no Estado? Informativo 02 COVID-19 em Pernambuco. **Observatório UFPE Covid-19**, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342009284_Informativo_02_COVID-19_em_Pernambuco_Quao_grave_tem_sido_a_Pandemia_no_Estado. Acesso em: 25 nov. 2020.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Elderly individuals living by themselves: knowledge and measures to prevent the novel coronavirus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 28, 2020.

VESTERGAARD, Sonja; KRONBORG, Christian; PUGGAARD, Lis. Home-based video exercise intervention for community-dwelling frail older women: a randomized controlled trial. **Aging Clinical and Experimental Research**, [s.l.], v. 20, n. 5, p. 479–486, 2008.

XU, Wanchun et al. Prevalence and associated factors of self-treatment behaviour among different elder subgroups in rural China: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health**, [s.l.], v. 19, n. 1, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public – 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 25 nov. 2020.

WU, Joseph T. et al. Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. **Nature Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 506–510, 2020.

Submissão: 25/03/2022

Aceite: 06/05/2023

Como citar o artigo:

LIMA E SILVA, Vanessa de et al. Conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da COVID-19 em idosos comunitários de uma capital do Nordeste do Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, 2023. DOI: 10.22456/2316-2171.103068.132934