

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS A DISPNEIA EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE TRIAGEM ESPECIALIZADO PARA COVID-19

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS ASSOCIATED TO DYSPNEA IN ELDERLY CARE IN A SPECIALIZED SCREENING SERVICE FOR COVID-19

LÚCIA APARECIDA **LEBIODA**¹, DANIELLE **BORDIN**^{2*}, JULIANA CARVALHO **SCHLEDER**³, LUCIANE PATRÍCIA ANDREANI **CABRAL**⁴, CLÓRIS REGINA BLANSKI **GRDEN**⁵

1. Pós-graduanda inserida no Programa Multiprofissional em Saúde do Idoso no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU-UEPG); 2. Professora Doutora, do departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG; 3. Professora Doutora, Fisioterapeuta do HU-UEPG, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação do HU-UEPG; 4. Professora Mestre, do departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG e Coordenadora Geral das Residências Multiprofissionais em Saúde; 5. Professora Doutora, do departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do HU-UEPG.

* Avenida Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. CEP: 84030900. daniellebordin@hotmail.com

Recebido em 13/11/2020. Aceito para publicação em 02/12/2020

RESUMO

Introdução: O envelhecimento está associado a causas multifatoriais que predispõe idosos a doenças infectocontagiosas, incluindo a COVID-19. O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores sociodemográficos, manifestações clínicas, fatores de risco e conduta clínica associados à dispneia em idosos que procuraram o serviço de triagem de atenção especializada para a COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado com 143 idosos que procuraram o serviço de triagem, instalado no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG), no período de março a julho de 2020, através da aplicação de um formulário eletrônico. A dispneia foi considerada como variável dependente. Foi realizado o teste qui-quadrado. **Resultados:** Associaram-se à dispneia as variáveis, estado civil, escolaridade, renda familiar, tabagismo, tosse, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, procura por atendimento antes do HU-UEPG, forma de busca e conduta clínica. **Conclusão:** Idosos dispneicos que procuraram atendimento foram majoritariamente viúvos, com baixa escolaridade, baixa renda familiar e tabagistas. Associado a dispneia, o público apresentou sintomas como, tosse, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal, além de procurar atendimento antes do HU-UEPG, chegaram até este serviço de maneira referenciada e necessitaram de hospitalização ou observação por 4 horas.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, pandemia, coronavirus, sinais e sintomas.

ABSTRACT

Introduction: Aging is associated to multifactorial causes that predispose elderly people to infectious diseases, including COVID-19. The aim of this study is to analyze the sociodemographic factors, clinical manifestations, risk factors and clinical conduct associated to dyspnea in the elderly who sought the specialized care screening service for COVID-19. **Methodology:** This is an observational cross-sectional study carried out with 143 elderly people who sought the screening

service, installed at the University Hospital of the State University Of Ponta Grossa (HU-UEPG), from March to July 2020, through application of an electronic form. Dyspnea was considered a dependent variable. The chi-square test was performed. Results: The following variables were associated to dyspnea: marital status, education, family income, smoking, coughing, flapping of the nose, intercostal circulation, seeking care before the HU-UEPG, form of search and clinical conduct. Conclusion: Dyspneic elderly who sought care were mostly widowed, with low education, with low family income and smokers. Associated to dyspnea, the public presented symptoms such as coughing, flapping of the nose and intercostal circulation, in addition to seeking care before the HU-UEPG, arrived at this service in a referenced manner and required hospitalization or observation for 4 hours.

KEYWORDS: Aging, pandemics, coronavirus, signs and symptoms.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado por inúmeras alterações nos sistemas fisiológicos do corpo humano que, potencialmente, causam diminuição da capacidade funcional e dificuldade de adaptação ao ambiente¹. É um fenômeno fisiológico contínuo, progressivo e inevitável, experimentado pelas pessoas ao longo de suas vidas².

Sabe-se que o processo de envelhecer está relacionado a causas multifatoriais e que mudanças bioquímicas, psicofuncionais e estruturais predispõe idosos a uma maior debilidade³. Esta imunosenescência aumenta a vulnerabilidade à doenças infectocontagiosas e neste contexto, atualmente, os idosos têm vivenciado um cenário ainda mais desafiador à sua saúde⁴.

Uma nova, alarmante e contagiosa doença foi descoberta na China⁵. Desencadeada pelo vírus SARS-CoV-2, a COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*) tornou-se motivo de desafios inestimáveis à saúde

mundial⁶. Com elevada taxa de transmissão e mortalidade, estudos apontam que idosos portadores de doenças crônicas e/ou indivíduos com baixa função imunológica têm apresentado maiores comprometimentos, tornando-se assim, grupo de maior risco e com maior probabilidade de agravamento do quadro^{6,7,8}. Após uma alta taxa de infecção e comprometimento da população mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, oficialmente, em 11 de março de 2020, que tratava-se de um acontecimento pandêmico⁹.

Evidências indicam que pacientes infectados com o SARS-CoV-2 apresentam febre (83%-99%) e tosse seca (59,4%-82%) como sintomas iniciais da doença. No entanto, o sintoma respiratório mais característico e responsável pela necessidade de cuidados intensivos é a dispneia ($\approx 55\%$)¹⁰. A dispneia é conhecida como uma percepção subjetiva do aumento do trabalho respiratório¹¹. Normalmente, uma pequena porcentagem (cerca de 10% dos pacientes), apresentam o sintoma e isto está associado ao curso típico da patologia que segue o quadro de maior agravamento. Porém, o desenvolvimento de insuficiência respiratória sem percepção subjetiva de dispneia (hipoxemia silenciosa) também tem sido relatada¹².

A procura por atendimento, de indivíduos febris ou com tosse a um hospital, pode sobrecarregar o sistema de saúde e colocar indivíduos não infectados em risco, sugerindo que pacientes sintomáticos procurem atendimento somente se apresentarem sintomatologia mais grave¹³. Durante o inverno, aumenta a incidência de doenças respiratórias (resfriados, gripes, asma, sinusite, pneumonia, bronquite, etc.) e como os sintomas da gripe e de outras infecções do trato respiratório são semelhantes aos da COVID-19 a população como um todo, incluindo idosos, acabou procurando o serviço de triagem com sintomas gripais¹⁴.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) cerca de 80% dos indivíduos apresentam a forma leve da doença, 10 a 15% apresentam doença grave e 5% apresentam quadros clínicos mais críticos¹⁵. Estes casos mais complexos evoluem com dispneia/desconforto respiratório e necessidade de internação em unidades de terapia intensiva (UTI), sendo que, estudos demonstram que a dispneia tem sido frequente em casos graves e com evolução a óbito¹⁶. Dentre os indivíduos favoráveis a um pior desfecho clínico, encontram-se os idosos que fazem parte do grupo de risco e apresentam maior letalidade, justificando assim, a necessidade de conhecer os sinais e sintomas apresentados por esta população, principalmente a dispneia que segue o pior curso de várias doenças¹⁷.

O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores sociodemográficos, manifestações clínicas, fatores de risco e conduta clínica associados a dispneia em idosos que procuraram o serviço de triagem de atenção especializada para a COVID-19.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, realizado com sujeitos que procuraram o

serviço de triagem de atenção especializada, instalado no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU-UEPG), durante a pandemia de COVID 19, no período de março a julho do ano de 2020.

Buscando o enfrentamento do novo coronavírus, o HU-UEPG, com o auxílio do exército brasileiro, montou uma infraestrutura externa às instalações da instituição e a nomeou como “Tenda COVID-19”. A Tenda COVID-19 é um serviço público de referência direcionado aos 12 municípios pertencentes à Terceira Regional de Saúde do estado do Paraná e tem como finalidade receber todos os pacientes suspeitos ou confirmados da doença, por meio de um fluxo de atendimento ordenado de maneira que evitasse a disseminação do vírus.

Os pacientes poderiam receber o atendimento da equipe de triagem através de três meios de procura: procura direta, encaminhado, via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Ou da Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade em questão ou, ainda, encaminhados do setor de internamento, para aqueles pacientes que já estavam internados neste serviço e apresentaram sintomas gripais.

Como critérios de elegibilidade, foram considerados todos os idosos (acima de 60 anos) que procuraram atendimento na Tenda COVID-19, no período de março a julho de 2020. No que se refere aos critérios de exclusão, considerou-se funcionários do hospital (de qualquer idade) (n=684) e pacientes que por algum motivo não responderam o formulário eletrônico. Os dados dos pacientes que procuraram a triagem foram tabulados e a partir da amostra total (n=1.338) foram excluídos os funcionários (n=684) e os adultos-jovens (n=511). Neste contexto, foram selecionados somente os idosos, totalizado n=143.

Os dados dos pacientes atendidos na Tenda COVID-19 foram registrados em formulário eletrônico do HU-UEPG, criado especificamente para alimentar informações inerentes a estes atendimentos. O questionário poderia ser respondido pelo próprio paciente ou pelo acompanhante, caso houvesse impossibilidade de resposta por parte do paciente e, foi composto por: *dados sociodemográficos e de saúde* (nome, data de nascimento, idade, RG, CPF, CNS, telefone, nome da mãe, endereço, sexo, estado civil, escolaridade, cor renda familiar, se era/é tabagista e presença de doenças crônicas não transmissíveis); *dados referentes a COVID-19 e sintomas apresentados* (se o paciente realizou alguma viagem ao exterior ou zona de alto risco, teve contato com caso suspeito ou confirmado da COVID-19 e se apresentou os seguintes sintomas: febre e se tomou antitérmico, tosse, batimento de asa de nariz, dor de garganta, presença de escarro, congestão nasal, congestão conjuntival, dificuldade de deglutição, coriza e tiragem intercostal); e por fim, *perfil de acesso ao serviço e conduta clínica* (se procurou algum serviço antes do HU-UEPG, forma de busca e conduta clínica mais apropriada).

Os dados foram categorizados e analisados através do teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%.

A dispneia foi considerada como variável dependente. Como variáveis independentes considerou-se as características sociodemográficas dos idosos, dados referentes a COVID-19, sintomas apresentados, perfil de acesso ao serviço e conduta clínica traçada após a triagem. A análise de dados foi realizada através do software estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o número CAAE 31524820.9.0000.0105.

3. RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos atendidos no serviço especializado da Tenda COVID-19, segundo dispneia. Ponta Grossa, Paraná, 2020, (n=143).

Variável	Dispneia			p valor
	Sim n(%)	Não n(%)	Total n(%)	
Dispneia	91 (63,64)	52 (36,36)	143 (100)	
Sexo				
Masculino	41 (28,67)	28 (19,58)	69 (48,25)	0,312
Feminino	50 (34,96)	24 (16,78)	74 (51,74)	
Idade				
61 a 70 anos	54 (37,76)	36 (25,17)	90 (62,93)	0,239
>70 anos	37 (25,87)	16 (11,19)	53 (37,06)	
Estado Civil				
Casado/União estável	27 (18,88)	25 (17,48)	52 (36,36)	0,036
Outros (Solteiro/Divorciado/Viúvo)	42 (29,37)	17 (11,88)	59 (41,25)	
Não responderam	22 (15,38)	10 (6,99)	32 (22,37)	
Escolaridade				
Analfabeto	13 (9,09)	8 (5,59)	21 (14,68)	0,047
Ensino Fundamental Incompleto e Completo	41 (28,67)	20 (13,98)	61 (42,65)	
Ensino Médio Completo e Ensino Superior	10 (6,99)	16 (11,19)	26 (18,18)	
Não informado	27 (18,88)	8 (5,59)	35 (24,47)	
Cor				
Branco	67 (46,85)	38 (26,57)	105 (73,42)	0,775
Outros	9 (6,29)	6 (4,19)	15 (10,48)	
Não informado	15 (10,49)	8 (5,59)	23 (16,08)	
Renda familiar				
Até 2 salários	20 (13,99)	10 (6,99)	40 (27,97)	0,038
Mais de 2 salários	6 (4,19)	11 (7,69)	17 (11,88)	
Não informado	65 (45,45)	31 (21,68)	96 (67,13)	
Tabagismo				
Não	34 (23,77)	27 (18,88)	61 (42,65)	0,005
Sim	14 (9,79)	12 (8,39)	26 (18,18)	
Ex-tabagista	25 (17,48)	3 (2,10)	28 (19,58)	
Não informado	18 (12,59)	19 (13,29)	28 (19,58)	
Doenças crônicas não transmissíveis				
Nenhuma	7 (4,89)	3 (2,10)	10 (6,99)	0,804
Uma	28 (19,57)	16 (11,19)	44 (30,76)	
Duas	30 (20,97)	13 (9,09)	43 (30,06)	
Três ou mais	11 (7,69)	8 (5,59)	19 (13,28)	
Não informado	15 (10,49)	12 (8,39)	27 (18,88)	

No que se refere a fatores de risco inerentes a exposição, a maioria dos idosos não realizou viagem ao exterior ou para zonas de alto risco no Brasil (82,51%) e não teve contato com caso suspeito ou confirmado da doença (88,11%). No que concerne a sinais e sintomas, constatou-se que a maioria (66,43%) não apresentou febre. A tosse foi o sintoma respiratório mais comum

Do total de 143 idosos que procuraram atendimento, 63,64% apresentaram queixa de dispneia e 36,36% outras queixas com exceção da dispneia.

O perfil dos idosos atendidos foi em sua maioria do sexo feminino, que possuía idade entre 61 e 70 anos, solteiro/divorciado/viúvo, com ensino fundamental completo ou incompleto, branco, com renda familiar de até 2 salários mínimos, não tabagista e que possuía duas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Mostrou-se associado a dispneia as variáveis: estado civil, escolaridade, renda familiar e tabagismo ($p < 0,05$) (Tabela 1).

entre os idosos dispneicos, com 52,44% dos casos, bem como, batimento de asas nasais e tiragem intercostal que também estiveram associados à dispneia ($p < 0,05$). Por outro lado, sintomas como, dor de garganta, escarro, congestão nasal, congestão conjuntival, dificuldade de deglutição e coriza não estiveram associados à dispneia ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Exposição e sinais e sintomas referidos por pacientes atendidos no serviço especializado da Tenda COVID-19, segundo dispneia. Ponta Grossa, Paraná, 2020, (n=143).

Variável	Dispneia			p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Dispneia	91 (63,64)	52 (36,36)	143 (100)	
Realizou viagem ao exterior ou zona de alto risco				

Não	76 (53,14)	42 (29,37)	118 (82,51)	0,705
Sim	12 (8,39)	8 (5,59)	20 (13,98)	
Não informado	3 (2,09)	2 (1,39)	5 (3,49)	
Contato com suspeito ou confirmado				
Não	77 (53,84)	49 (34,26)	126 (88,11)	0,094
Sim	11 (7,69)	2 (1,39)	13 (9,09)	
Não informado	2 (1,39)	2 (1,39)	4 (2,79)	
Febre				
Não	56 (39,16)	39 (27,27)	95 (66,43)	0,193
Sim	29 (20,27)	12 (8,39)	41 (28,67)	
Não informado	6 (4,19)	1 (0,69)	7 (4,89)	
Tosse				
Não	15 (10,48)	18 (12,58)	33 (23,07)	0,015
Sim	75 (52,44)	34 (23,77)	109 (76,22)	
Não informado	1 (0,69)	0 (0,00)	1 (0,69)	
Batimento de asas nasais				
Não	83 (58,04)	51 (35,66)	134 (93,70)	0,041
Sim	7 (4,89)	0 (0,00)	7 (4,89)	
Não informado	1 (0,69)	1 (0,69)	2 (1,39)	
Dor de garganta				
Não	70 (48,95)	41 (28,67)	111 (77,62)	0,921
Sim	18 (12,58)	11 (7,69)	29 (20,27)	
Não informado	3 (2,09)	0 (0,00)	3 (2,09)	
Escarro				
Não	52 (36,36)	34 (23,77)	86 (60,13)	0,375
Sim	36 (25,17)	17 (11,88)	53 (37,06)	
Não informado	3 (2,09)	1 (0,69)	4 (2,79)	
Congestão nasal				
Não	70 (48,95)	47 (32,86)	117 (81,81)	0,065
Sim	17 (11,88)	4 (2,79)	21 (14,68)	
Não informado	4 (2,79)	1 (0,69)	5 (3,49)	
Congestão conjuntival				
Não	74 (51,74)	46 (32,16)	120 (83,91)	0,185
Sim	14 (9,79)	4 (2,79)	18 (12,58)	
Não informado	3 (2,09)	2 (1,39)	5 (3,49)	
Dificuldade de deglutição				
Não	73 (51,04)	42 (29,37)	115 (80,41)	0,813
Sim	14 (9,79)	9 (6,29)	23 (16,08)	
Não informado	4 (2,79)	1 (0,69)	5 (3,49)	
Coriza				
Não	61 (42,65)	39 (27,27)	100 (69,93)	0,42
Sim	26 (18,18)	12 (8,39)	38 (26,57)	
Não informado	4 (2,79)	1 (0,69)	5 (3,49)	
Tiragem intercostal				
Não	75 (52,44)	51 (35,66)	126 (88,11)	0,008
Sim	11 (7,69)	0 (0,00)	11 (7,69)	
Não informado	5 (3,49)	1 (0,69)	6 (4,19)	

No que concerne ao perfil de acesso e conduta clínica tomada, a maioria (42,15%) que apresentou dispnéia procurou outro serviço de saúde antes do HU-UEPG ($p<0,001$), sendo que a maioria (50,34%) foi encaminhada de maneira referenciada até este atendi-

mento ($p<0,001$). Ainda, a conduta clínica mais evidente frente aos idosos que se apresentavam dispnéicos foi a internação em 37,76% dos casos, enquanto os que não apresentaram este sintoma, em sua maioria receberam orientação e alta ($p<0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil de acesso e conduta clínica tomada junto aos atendidos no serviço especializado da Tenda COVID-19, segundo dispnéia. Ponta Grossa, Paraná, 2020, (n=143).

Variável	Dispneia			p valor
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Dispneia	91 (63,64)	52 (36,36)	143 (100)	
Procurou algum serviço antes do HU?				
Não	19 (13,28)	29 (20,27)	48 (33,56)	p<0,001
Sim	66 (42,15)	22 (15,38)	88 (61,53)	
Não informado	6 (4,19)	1 (0,69)	7 (4,89)	
Forma de Busca				
Procura direta	13 (9,09)	29 (20,27)	42 (29,37)	
Referenciada	72 (50,34)	22 (15,38)	94 (65,73)	p<0,001
Não informado/Outros	6 (4,19)	1 (0,69)	7 (4,89)	

Conduta clínica

Orientação	14 (9,79)	29 (20,27)	43 (30,06)	
Observação 4 horas	17 (11,88)	2 (1,39)	19 (13,28)	
Internação	54 (37,76)	17 (11,88)	71 (49,65)	p<0,001
Não informado	6 (4,19)	4 (2,79)	10 (6,99)	

4. DISCUSSÃO

As particularidades comportamentais, a idiossincrasia e as peculiaridades como, sexo, classe, etnia, local e moradia ainda não são bem definidas. Porém, alguns vírus pré-existent demonstram que os grupos, em si, não são de risco, mas que a prática habitual e condições de vida, atitudes individuais e coletivas e relacionamentos sociais podem influenciar na susceptibilidade apresentada por indivíduos ou grupos sociais¹⁸. Neste sentido, as restrições e imposições protetivas da COVID-19 para idosos, que formam o principal grupo de risco, devem ser revistas com a finalidade de prezar, também, pela autonomia e independência do grupo, que são alicerces para o envelhecimento saudável⁴.

Com a finalidade de diminuir a taxa de infecção, medidas governamentais e recomendações de saúde pública impuseram bloqueios e restrições à população, limitando assim, a participação de idosos em atividades diárias normais. Restrições estas, que impuseram ônus à saúde de idosos, comprometendo a aptidão física e tornando-os mais propensos a infecções e complicações imunológicas e cardiopulmonares¹⁹.

Estudos têm demonstrado que idosos possuem medos relacionados à saúde, problemas financeiros e abandono, o que pode gerar angústia e ansiedade, sentimentos que se tornam ainda mais acentuados em idosos viúvos^{20,21}. A condição de saúde, bem como, a utilização de serviços de saúde e mortalidade, diferem drasticamente entre casados, viúvos, solteiros ou divorciados, evidenciando que indivíduos viúvos ou solteiros experimentam uma saúde mais prejudicada que implica em maior número de enfermidades em geral²². Isso corrobora com o presente estudo, no qual a maioria dos idosos que procuraram o atendimento na Tenda COVID-19 foram viúvos, fato que pode ser justificado pela angústia e medos relacionados à problemas de saúde, bem como, distúrbios psicológicos que podem ser uma das causas da dispneia²³.

No contexto de contribuição para o acréscimo de susceptibilidade à infecções, alguns autores sugerem que a alfabetização limitada está associada ao reduzido acesso a informações²⁴. Estudos explanam que indivíduos com menor escolaridade, podem ser mais propensos ao contágio pelo SARS-CoV-2 pelo fato de que utilizam mais o transporte público e possuem menos acesso a recursos médicos e medidas precaução. O que pode justificar a procura por atendimento de indivíduos com baixa escolaridade no presente estudo, que podem ter se deslocado até os serviços de saúde em busca de informações inerentes a sintomas apresentados, mesmo que os sintomas fossem mais brandos²⁵.

No que se refere à renda média mensal, a maioria dos idosos dispneicos, que procuraram nosso centro de triagem possuíam renda de até dois salários mínimos. A população com menor poder aquisitivo está vinculada a atividades essenciais que não pararam durante o período de isolamento social²⁶. Alguns idosos têm sua quarentena parcialmente realizada, devido ao fluxo de pessoas em casa que saem para sustentar o lar²⁵. Além disso, pesquisas populacionais epidêmicas demonstram que a desigualdade social pode ser um fator determinante para a aumento da taxa de transmissão e severidade de doenças infecciosas²⁷.

No tocante ao tabagismo, no presente estudo, idosos tabagistas ou ex-fumantes apresentaram dispneia. É comprovado que fumar aumenta o risco de danos pulmonares e causam lesões endoteliais que podem ser agravadas pela infecção viral, ademais causa efeito prejudicial cumulativo, pioria progressiva e rápida deterioração da qualidade de vida além de ser um fator de risco para o prognóstico da COVID-19, com o desenvolvimento de quadros mais graves da patologia^{28,29}.

As manifestações clínicas da COVID-19, segundo a OMS, têm se apresentado de maneira diferente entre indivíduos acometidos pela doença¹⁶. No presente estudo, a tosse foi o sintoma respiratório mais encontrado e esteve significativamente mais presente em idosos que apresentaram dispneia. De acordo com a literatura, a tosse demonstra-se como um dos sintomas mais comuns no início da doença, surgindo em cerca de 63 a 70% do casos^{7,30,31}. Por outro lado, o público idoso, frequentemente, sofre de múltiplas comorbidades, incluindo a tosse crônica, que pode levar a inomogeneidade clínica além de acarretar maiores desafios diagnósticos³².

Discorrendo, ainda, sobre os sinais e sintomas, a OMS reconhece que a tosse produtiva, febre, tiragem intercostal, taquipneia, batimento de asa de nariz, cianose central, queda da saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e dor pleural estão associados a pacientes com maior gravidade de quadros relacionados à pneumonias³³. O que ratifica os achados do presente estudo, no qual os pacientes que apresentaram batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia, foram os que necessitaram de internamento hospitalar, justificado pelo fato de que estes são sintomas mais graves não somente da COVID-19, mas também de doenças pulmonares como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma³⁴.

Ainda, sobre a sintomatologia, a orientação, desde o começo da pandemia, é de que a população fique atenta aos sinais e sintomas e se mantenha em isolamento domiciliar, entretanto, em caso de exacerbação ou

agravamento dos sintomas elas devem buscar o serviço de saúde imediatamente³⁵. Estudos demonstram que indivíduos sintomáticos procuram por atendimento com maior frequência quando comparados a indivíduos não sintomáticos, evidenciando que a procura por atendimento em mais de um local prestador de serviço pode ocorrer devido a sintomatologia apresentada, já que os idosos que procuraram atendimento eram, em sua totalidade, sintomáticos³⁶.

Considerando a quantidade de leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional, o gerenciamento de internamentos tornou-se um desafio a mais para ser enfrentado durante a pandemia de COVID-19³⁷. O desequilíbrio entre a procura por atendimento e a falta de leitos e equipamentos pode gerar um colapso nos serviços de saúde, que passaram a adotar critérios de admissão com a finalidade de fornecer atendimentos somente a casos mais graves da doença³⁸. Neste ponto, o presente estudo demonstrou uma visão positiva à forma de busca que os idosos adotaram, visto que, quando referenciada possui um melhor controle e garante a disponibilidade do leito hospitalar, caso seja necessário.

A dispneia é um dos sintomas associado a casos mais graves da COVID-19 e outras patologias que acometem o sistema respiratório seguem o mesmo curso de gravidade³⁹. Em idosos a causa de dispneia pode ser multifatorial e a dificuldade respiratória é uma das cinco principais queixas que os levam a procurar atendimento, sendo que o risco de mortalidade aumenta com níveis mais elevados de falta de ar²³. Este fato pode justificar a necessidade de hospitalização ou observação por 4 horas, sugerindo que a dispneia foi um preditor de maior gravidade para procura deste serviço.

Frente ao exposto, pode-se notar que o público em questão, devido a presença de multimorbidades e imonossenescência, vem sendo o mais acometido pela COVID-19 e que a apresentação clínica com a presença de dispneia pode cursar com o quadro mais grave da doença, resultando em internações e ocupações de leitos. Neste ínterim, indivíduos com idade cronológica avançada podem apresentar sintomas atípicos que cursam com outras patologias pré-existent¹⁷. Nota-se, portanto, a necessidade de que especialistas da área de geriatria e gerontologia unam forças com a finalidade de buscar as melhores condutas para o enfrentamento da COVID-19³⁸.

As limitações do estudo estão relacionadas ao caráter transversal da pesquisa que não permite avaliar causa e efeito e verificou a ocorrência dos sintomas em um único período de tempo e, ainda, por se tratar de um estudo com dados previamente coletados existiu a perda amostral e viés de informação.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos dispneicos que procuraram atendimento no serviço de triagem especializado para COVID-19, foram majoritariamente viúvos, com baixa escolaridade, com baixa renda

familiar e tabagistas. Associado a dispneia, o público apresentou sintomas como tosse, batimento de asa de nariz e tiragem intercostal, além de procurar atendimento antes do HU-UEPG, chegaram até este serviço de maneira referenciada e necessitaram de hospitalização ou observação por 4 horas.

A dispneia é um sinal de alerta para maior gravidade de diversas patologias, incluindo a COVID-19 e pode estar associada a um pior prognóstico e desfecho clínico. Em idosos é vista como multifatorial e não deve ser presumida como algo comum do envelhecimento.

6. AGRADECIMENTOS ou FINANCIAMENTO

Os autores do hodierno trabalho agradecem a colaboração do Hospital Universitário Regional da Universidade Estadual de Ponta Grossa pelo apoio durante o desenvolvimento da pesquisa.

7. REFERÊNCIAS

- [1] Matos FS, Jesus CS de, Carneiro JAO, *et al.* Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal TT - Reduced functional capacity of community-dwelling elderly: a longitudinal study. *Ciênc Saúde Colet.* 2018.
- [2] Bushatsky A, Alves LC, Duarte YA de O, *et al.* Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol.* 2018.
- [3] De Arruda GT, Weschenfelder ÁJ, Strelow CS, *et al.* Risco de quedas e fatores associados: comparação entre idosos longevos e não-longevos. *Fisioter Bras.* 2019.
- [4] Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enferm.* 2020.
- [5] Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, *et al.* The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med.* 2020.
- [6] Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Annals of internal medicine.* 2020.
- [7] Li L quan, Huang T, Wang Y qing, *et al.* COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *Journal of Medical Virology.* 2020.
- [8] Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, *et al.* Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: A lesson from Tokyo. *J Infect Dev Ctries.* 2020.
- [9] Watanabe M. The COVID-19 Pandemic in Japan. *Surgery Today.* 2020.
- [10] Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *Journal of Medical Virology.* 2020.
- [11] Santos CSDFWCML de M. Atuação dos fisioterapeutas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) junto a usuários suspeitos ou diagnosticados com COVID-19*: contribuições da Fisioterapia Respiratória. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2020; 11(1):31–46.
- [12] Pascarella G, Strumia A, Piliengo C, *et al.* COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *Journal of Internal Medicine.* 2020.

- [13] Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, *et al.* Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saude Publica*. 2020.
- [14] Croda J, Kleber de Oliveira W, Lins Frutuoso R, *et al.* Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *J Brazilian Soc Trop Med*. 2020.
- [15] Pegorari MS, Matos AP, Iosimuta NCR, *et al.* Clinical and socioeconomic characteristics of older adults with COVID-19: A protocol for a rapid systematic review. *Rev Assoc Med Bras*. 2020.
- [16] Iser BPM, Sliva I, Raymundo VT, *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*. 2020.
- [17] Olagundoye O, Enema O, Adebawale A. Recommendations for a national Coronavirus disease 2019 response guideline for the care of older persons in Nigeria during and post-pandemic: A family physician's perspective. *African J Prim Heal Care Fam Med*. 2020.
- [18] Dourado SP da C. A pandemia de COVID-19 e a conversão de idosos em "grupo de risco." *Cad Campo (São Paulo)* 1991. 2020;29(supl):153–62.
- [19] Ammar A, Brach M, Trabelsi K, *et al.* Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: Results of the ECLB-COVID19 international online survey. *Nutrients*. 2020.
- [20] Casemiro FG, Rodrigues IA, Dias JC, *et al.* Impact of cognitive stimulation on depression, anxiety, cognition and functional capacity among adults and elderly participants of an open university for senior citizens. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016.
- [21] Silva AB da, Engroff P, Sgnaolin V, *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cad Saude Coletiva*. 2016.
- [22] Fernandes BL, Borgato MH. A Viuvez e a Saúde dos Idosos: uma Revisão Integrativa. *Rev Kairós Gerontol*. 2016;19(3):187–204.
- [23] 23. Mahler DA. Evaluation of Dyspnea in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2017.
- [24] Carvalho AC, Amaral D da S, Chaves EC, *et al.* Perfil epidemiológico de casos de HIV-1 atendidos em um serviço de atenção secundária em Belém-PA no período de janeiro a abril de 2012. *Pará Res Med J*. 2017;1(2):1–7.
- [25] Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, *et al.* COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Cien Saude Colet*. 2020.
- [26] Bezerra ACV, Silva CEM da, Soares FRG, *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet*. 2020;
- [27] Carvalho L, Xavier L de L, Pires LN. COVID-19 e Desigualdade no Brasil. *Exp Find*. 2020.
- [28] Da Silva LCC, de Araújo AJ, de Queiroz ÂMD, *et al.* Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *J Bras Pneumol*. 2016.
- [29] Da Silva ALO, Moreira JC, Martins SR. COVID-19 and smoking: A high-risk association. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5).
- [30] Madabhavi I, Sarkar M, Kadakol N. Covid-19: A review. *Monaldi Archives for Chest Disease*. 2020.
- [31] Zhu J, Ji P, Pang J, *et al.* Clinical characteristics of 3,062 COVID-19 patients: a meta-analysis. *J Med Virol*. 2020;(April):1902–14.
- [32] Song WJ, Won HK, An J, *et al.* Chronic cough in the elderly. *Pulmonary Pharmacology and Therapeutics*. 2019.
- [33] Pérez M, Gómez J, Ronny D. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev Habanera Ciencias Medicas*. 2020.
- [34] Hikichi M, Hashimoto S, Gon Y. Asthma and COPD overlap pathophysiology of ACO. *Allergology International*. 2018.
- [35] Sales CMM, Silva AI da, Maciel ELN. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020.
- [36] Hallal PC, Horta BL, Barros AJD, *et al.* Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Rio Grande do Sul, Brasil: inquéritos sorológicos seriados. *Cien Saude Colet*. 2020.
- [37] Salles Neto LL de, Martins CB, Chaves AA, *et al.* Forecast UTI: application for predicting intensive care unit beds in the context of the COVID-19 pandemic. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(4).
- [38] Galiza FT de, Nogueira JDM. COVID-19 AND AGING: challenges in facing the pandemic/ COVID-19 E ENVELHECIMENTO: desafios ao enfrentar uma pandemia/ COVID-19 Y ENVEJECIMIENTO: desafios para enfrentar una pandemia. *Rev Enferm da UFPI*. 2020;9(1).
- [39] Greenhalgh T, Choon Huat Koh G, Car J. Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020.