

VOLUME 25 NÚMERO 4



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 25, Nº 4, 2022

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Anabela Mota Pinto – Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal

Anita Liberalesso Néri – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Annette G. A. Leibing – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Antón Alvarez – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

Candela Bonill de las Nieves – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha

Carina Berterö – Linköping University. Linköping – Suécia

Catalina Rodriguez Ponce – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha

Eliane de Abreu Soares – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Emílio H. Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Emílio Jeckel Neto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Evandro S. F. Coutinho – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Guita Grin Debert – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Ivana Beatrice Mânica da Cruz – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS – Brasil

Jose F. Parodi – Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru

Lúcia Helena de Freitas Pinho França – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - Brasil

Lúcia Hisako Takase Gonçalves – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC – Brasil

Luiz Roberto Ramos – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil

Maria da Graça de Melo e Silva – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa – Portugal

Martha Pelaez – Florida International University. Miami-FL – EUA

Mônica de Assis – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Raquel Abrantes Pêgo – Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.

Ricardo Oliveira Guerra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN – Brasil

Normalização / Normalization

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the “Instructions for Authors”, published in www.rbgg.com.br

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia por meio do e-mail revistabgg@gmail.com

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Telefones: (21) 2334-0168 / 2334-0131 r. 229

E-mail: revistabgg@gmail.com - crderbgg@uerj.br

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX – Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

EDITORIAL

AS PESSOAS IDOSAS E AS NOVAS TECNOLOGIAS: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE SOLUÇÕES QUE PROMOVAM A INCLUSÃO DIGITAL

Older people and new technologies: challenges for devising solutions to promote digital inclusion

Lilian Dias Bernardo

ARTIGO ORIGINAL

A VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: FATORES ASSOCIADOS SEGUNDO O TIPO DE AGRESSOR

Violence against older people in Brazil: associated factors according to the type of aggressor

Maria Angélica Bezerra dos Santos, Vanessa de Lima Silva, Gabriela Carneiro Gomes, André Luiz Sá de Oliveira, Rafael da Silveira Moreira

ARTIGO DE REVISÃO

ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA E ORIENTAÇÕES MULTIDISCIPLINARES AOS PACIENTES IDOSOS COM COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

Hospital discharge and multidisciplinary guidelines for elderly patients with COVID-19: integrative review

Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa, Renata Clecia Neves Leite, Renata Gomes Barreto, Cícera Patrícia Daniel Montenegro, Fábio de Souza Terra, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi



As pessoas idosas e as novas tecnologias: desafios para a construção de soluções que promovam a inclusão digital

Older people and new technologies: challenges for devising solutions to promote digital inclusion

O envelhecimento expõe realidades e desafios para a sociedade pensar em soluções que possam apoiar a vida da pessoa idosa e contribuir para o bem-viver¹. Em destaque, alguns fatos associados à inclusão digital mostram que a infoinclusão pode contribuir para uma vida mais longa, digna e com qualidade.

O primeiro fato diz respeito ao hiato existente entre a longevidade e o avanço exponencial das tecnologias. Com a inserção das inovações tecnológicas, das interfaces e dos dispositivos digitais, ocorreram modificações na forma de realizar as atividades que fazem parte do cotidiano dos idosos e que exigem dessas pessoas *e-skills* para garantir a inserção no mundo digital².

Inúmeras são as atividades mediadas pelas tecnologias, a saber: uso de caixas eletrônicas ou aplicativos para realizar o gerenciamento financeiro; reuniões virtuais em atividades de trabalho, educacionais ou para o lazer; aparelhos multifuncionais no âmbito da comunicação e informação, como os *Smartphones* e o fax e *scanners* acoplados à impressora; consultas e agendamentos de serviços pela internet; *tour* virtual em museus como uma alternativa cultural; e diversos recursos ou dispositivos tecnológicos que estimulam a atividade física, a promoção e o monitoramento da saúde.

Usufruir da conquista da longevidade, atualmente, significa desempenhar e engajar-se também em atividades mediadas por produtos e dispositivos tecnológicos. No entanto, as pessoas mais velhas ainda representam o grupo com maiores barreiras para a conectividade³.

O segundo fato a se considerar é a permanência das pessoas idosas por um tempo maior no mercado de trabalho, devido a reforma da previdência, para complementar o orçamento ou por ser a única renda fixa no âmbito familiar. Concomitante, há um crescimento do mercado que utiliza plataformas on-line ou aplicativos móveis para a oferta de seus serviços⁴ (aplicativos para transporte de pessoas, mercadorias e entrega de alimentos, são exemplos), o que representa um desafio adicional para as pessoas idosas que precisam ou querem estar inseridos nesse tipo de trabalho.

O terceiro aspecto diz respeito ao aumento das condições crônicas de saúde, sobretudo na população idosa, que nos coloca diante da necessidade de modelos longitudinais de cuidado. De forma crescente, os serviços de saúde enfatizam o protagonismo do indivíduo no gerenciamento e produção de sua saúde, o que envolve, muitas vezes, o uso dispositivos tecnológicos de monitoramento (glicosímetro ou aferidor de pressão arterial, por exemplo) e comunicação com o serviço de saúde por meio de aplicativos^{1,5}. Esses casos denotam a necessidade de investimentos em programas de inclusão digital na educação em saúde para viabilizar o gerenciamento das doenças crônicas no âmbito domiciliar⁶.

No cenário que se apresenta, o idadismo direcionado à pessoa idosa configura-se como um obstáculo ao processo de inclusão digital. Pensar que a idade é incompatível com a aprendizagem leva à criação de estereótipos que não considera o envelhecimento em sua diversidade e individualidade, com o risco de criar uma representação da velhice não realista. O preconceito etário em relação às pessoas idosas gera uma ansiedade gerontecnológica e baixa percepção da autoeficácia, levando a conflitos intergeracionais e abandono das tecnologias. Para tanto, o combate ao idadismo é essencial para que possamos promover a equidade digital⁶.

Os fatos aqui expostos apresentam janelas de oportunidades a serem percorridas: a da garantia do direito à aprendizagem ao longo da vida e a da importância da solidariedade intergeracional⁵. Por acreditar na capacidade permanente para adquirir novas habilidades e aprender novas tarefas (incluindo as competências necessárias para o uso das novas tecnologias), os programas de inclusão digital têm sido espaços privilegiados para a expansão da aprendizagem e para promover a educação continuada⁶.

Majoritariamente, o percurso do letramento digital é promovido por meio da solidariedade intergeracional⁵. Na convivência entre distintas gerações, é possível acolher e lidar com as diferenças, bem como estabelecer uma aprendizagem mútua no convívio entre os mais jovens e os mais velhos. A solidariedade aproxima o aprendiz do interlocutor que ensina, cria uma ambiência relacional benéfica, fortalece os sentimentos de autoeficácia e amplia a possibilidade de participação da pessoa idosa. Tal estratégia contribui para a aprendizagem ao longo da vida e possibilita que os indivíduos sintam-se pertencentes ao mundo globalizado^{5,7}.

Lilian Dias Bernardo¹ 

REFERÊNCIAS






1. Cobalchini CCB, Alves BF, Silva LL, Lima TB. Idoso e tecnologia: aprendizagem e socialização como fatores protetivos para um envelhecimento saudável. In: Grillo RM, Navarro ER. Psicologia: desafios, perspectivas e possibilidades. São Paulo: Editora Científica Digital, 2020. pp. 162-167.
2. Alvarenga GMO, Yassuda MS, Cachioni M. Inclusão digital com tablets entre idosos: metodologia e impacto cognitivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2019; 20 (2): 384-401. Disponível em: <https://doi.org/10.15309/19psd200209>.
3. CETIC. Centro Regional de Estudos para o desenvolvimento da Sociedade da Informação. São Paulo: Comitê Gestor da Internet do Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.cetic.br/>
4. Raymundo TM, Santana CS. Specific ICT training of older Brazilian workers. *Gerontechnology*. 2019; 18(3): 168-179. Disponível em: <https://doi.org/10.4017/gt.2019.18.3.004.00>.
5. Alvaro, SSO, Mello LA, Bernardo LB, Raymundo TM. Navigating in virtual waves: barriers and facilitators for the digital inclusion of the older adults. *Research, Society and Development*. 2022; 11(9): e19111931685. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31685>.
6. Raymundo TM, Gil, H, Bernardo LD. Desenvolvimento de projetos de inclusão digital para idosos. *Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2019; 24(3): 22-44. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.87420>.
7. Tyng CM, Amin HU, Mohamad NM, Aamir SM. The influences of emotion on learning and memory. *Frontiers in psychology*, v. 8, s.n., p. 1-22, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01454>.

¹ Doutora em Saúde coletiva e docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



A violência contra pessoas idosas no Brasil: fatores associados segundo o tipo de agressor

Violence against older people in Brazil: associated factors according to the type of aggressor

Maria Angélica Bezerra dos Santos¹ 
Vanessa de Lima Silva² 
Gabriela Carneiro Gomes² 
André Luiz Sá de Oliveira¹ 
Rafael da Silveira Moreira^{1,2} 

Resumo

Analisou-se os fatores associados à violência contra pessoas idosas brasileiros segundo o tipo de agressor. Estudo transversal de base populacional com dados secundários, da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, totalizando 11.697 indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil. A variável dependente foi ter sofrido violência por agressor conhecido ou desconhecido e as independentes foram divididas em blocos (Socioeconômico e demográfico; Autopercepção e cuidado com a saúde; Utilização do serviço de saúde; Estado de saúde/doença e Funcionalidade). O efeito das variáveis independentes sobre a variável resposta, foi expresso pela “Odds Ratio” com Intervalo de Confiança 95%. Realizou-se modelos hierarquizados de regressão logística multinomial simples e múltipla. Na análise simples foram eletivas para análise múltipla as variáveis com p-valor <0,05. Construiu-se um mapa temático segundo a distribuição espacial da violência, por estado. Cor da pele branca, <68 anos, saber ler e escrever, problemas no sono, não sentir prazer em fazer atividades e ter deficiência física associaram-se ao agressor desconhecido. Saúde ruim, fumar, discriminação no serviço de saúde e sentir-se mal consigo mesmo se associaram ao agressor conhecido. Discriminação por tipo de doença e pequena dificuldade para sair sozinho foram associados para ambos agressores. Estados com maior número de casos de violência encontrados foram Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Norte. Desse modo, estimar a prevalência de violência contra pessoas idosas, o tipo de agressor, assim como os fatores associados, é imprescindível para identificação e prevenção do abuso individual, institucional e estrutural.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Maus-tratos ao Idoso. Idoso de 80 anos ou mais.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em gerontologia. Recife, Pernambuco, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Angélica Bezerra dos Santos
profangellikasantos@gmail.com

Recebido: 12/11/2022
Aprovado: 25/01/2023

Abstract

Factors associated with violence against older Brazilians were analyzed according to the type of aggressor. Population-based cross-sectional study with secondary data from the National Health Survey in 2013, totaling 11,697 individuals aged 60 years or older in Brazil. The dependent variable was having suffered violence by a known or unknown aggressor, and the independent variables were divided into blocks (Socioeconomic and demographic; Self-perception and health care; Health service use; Health status/disease and Functioning). The effect of the independent variables on the response variable was expressed by the "Odds Ratio" with a 95% Confidence Interval. Hierarchical models of simple and multiple multinomial logistic regression were performed. In the simple analysis, variables with p-value <0.05 were elective for multiple analysis. A thematic map was constructed according to the spatial distribution of violence, by state. White skin color, <68 years, knowing how to read and write, sleep problems, not feeling pleasure in doing activities and having a physical disability were associated with the unknown aggressor. Poor health, smoking, discrimination in the health service and feeling bad about oneself were associated with the known aggressor. Discrimination by type of illness and little difficulty going, out alone were associated for both aggressors. States with the highest number of cases of violence found were Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas and Rio Grande do Norte. Thus, estimating the prevalence of violence against older people, the type of aggressor, as well as associated factors, is essential for identifying and preventing individual, institutional and structural abuse.

Keywords: Violence. Old man. Older people abuse. Aged, 80 and over.

INTRODUÇÃO

Existem 962 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais no mundo, a expectativa é no mínimo duplicar em 2050 e triplicar em 2100, chegando a 3,1 bilhões de pessoas¹. Mesmo diante de tamanha ascensão na quantidade de idosos e no aumento da expectativa de vida, a sociedade ainda não está atenta a esses sujeitos e essa invisibilidade os expõe a uma violência oculta².

Com o envelhecimento, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis, devido à dependência de outras pessoas para atividades básicas da vida diária, a um déficit cognitivo ou limitações naturais do próprio envelhecimento, que gera menor poder de defesa e facilita a ação de agressores³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴, violência é o uso de força física ou poder, em ameaça contra si, outros indivíduos, grupos ou comunidades que possa gerar sofrimento, morte, dano psicológico, declínio no desenvolvimento ou privação, podendo ser de origem física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono e autonegligência.

Ao tratar-se de maus-tratos contra pessoas idosas, a OMS os define como ato pontual ou repetido ou,

ainda ausência de uma ação, que ocorra diante de uma relação de confiança e que cause prejuízo, sofrimento ou angústia para a pessoa idosa⁵. Segundo dados de uma revisão sistemática e meta-análise desenvolvidas por Yon et al (2017)⁶, a violência atinge um em cada seis indivíduos idosos no mundo, totalizando cerca de 141 milhões de vítimas, dentre uma população estimada em 2015, de 901 milhões de pessoas maiores de 60 anos.

O tipo de violência interpessoal, intrafamiliar ou doméstica, acontece entre parceiros sexuais ou outros membros da família, no entanto, pelo agressor ser conhecido da vítima e fazer parte do convívio, possivelmente existe uma elevada subnotificação entre esses idosos violentados⁶. Nesses casos, percebe-se que existe uma busca maior pelo reordenamento familiar que por penalização judicial⁷.

Além disso, as estatísticas oficiais sobre homicídios omitem informações sobre o relacionamento entre perpetrador e vítima, dificultando a identificação do agressor. Ao tratar-se da violência não fatal que são encaminhadas aos serviços de emergência hospitalar, vários fatores influenciaram no relato da agressão sofrida, dentre eles, se o agressor era conhecido ou não da vítima⁸.

Em relação ao agressor não ser conhecido (como bandidos, policiais, prestadores de qualquer tipo de serviço, ou qualquer pessoa que não tenha nenhum vínculo consanguíneo ou afetivo com a vítima) existe no Brasil, assim como em outras partes do mundo, uma cultura que menospreza e discrimina o indivíduo em função da sua idade, atitudes estas identificadas pelos termos etarismo, idadeísmo ou ageísmo. Além da violência estrutural, contextual e negligência por parte das políticas públicas a fim de que todos os direitos da pessoa idosa sejam garantidos⁹.

Ao considerar que a violência contra a pessoa idosa se configura como um problema complexo e multifatorial destaca-se a relevância da realização de estudos com essa população, sobretudo o entendimento da prevalência da violência nos idosos, segundo o tipo de agressor.

Estudos mostraram que a maioria dos agressores são familiares, geralmente com dependência mútua entre vítima e agressor, financeira ou de cuidados, o que dificulta que a convivência seja interrompida. Além dos familiares, os cuidadores foram muito evidenciados como principais agressores^{10,11}. A partir da descoberta do agressor é evidenciada a busca, detecção e notificação da violência e dos idosos violentados para uma cessação desses atos através de intervenções precoces por parte dos profissionais de saúde.

Sem esse esclarecimento, torna-se difícil formular planos de ação nacionais e eficazes e políticas estruturais para a prevenção da violência. Diante do exposto, tem-se por objetivo identificar os fatores associados à violência contra idosos no Brasil, segundo o tipo de agressor (conhecido ou desconhecido).

MÉTODOS

Estudo de corte transversal de base populacional com dados secundários. A amostra probabilística por conglomerado foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais de idade, entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) no ano de 2013, no Brasil, totalizando 11.697 pessoas. As entrevistas foram realizadas em mais de 64 mil domicílios (taxa de resposta =94%).

A PNS é uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE e Ministério da Saúde constituindo-se na mais completa pesquisa de saúde e seus determinantes, integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD)¹². Foi selecionado a parte do questionário individual específica para indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos.

As variáveis independentes estão descritas no quadro 1, divididas em blocos, segundo o modelo hierarquizado.

Quadro 1. Variáveis independentes e classificação segundo o modelo hierarquizado. Brasil, 2022.

BLOCOS	QUESTÕES
Socioeconômico e demográfico	Sexo? Cor ou raça? Idade? Vive com cônjuge ou companheiro (a)? Qual o estado civil? Sabe ler e escrever?
Autopercepção e Cuidado com a saúde	Em geral, como o Sr. avalia a sua saúde? Atualmente, o Sr. fuma algum produto do tabaco? Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia). Com que frequência o (a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?
Utilização do serviço de saúde	O (a) Sr (a) já se sentiu discriminado (a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por: -Falta de dinheiro? -Classe social? -Raça/cor? -Tipo de ocupação? -Doença? -Religião/crença? -Idade? -Outro motivo?
Estado de Saúde/Doença	Nos últimos 12 meses, ficou internado (a) em hospital por 24 horas ou mais? Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de: -Depressão? -Outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno obsessivo compulsivo)? Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) Sr (a): -Teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume? -Teve problemas por não se sentir descansado (a) e disposto (a) durante o dia, sentindo-se cansado (a), sem ter energia? -Sentiu-se incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas? -Teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais? -Teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume? -Sentiu-se deprimido (a), “pra baixo” ou sem perspectiva? -Sentiu-se mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família? -Fez uso de algum medicamento para dormir?
Funcionalidade	Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência de idosos, etc)? O (a) Sr (a) dirige carro? Tem deficiência física? Tem deficiência auditiva? Tem deficiência visual? Em geral, que grau de dificuldade tem para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?

Fonte: Elaborado pela autora.

O questionário e detalhes do plano amostral da PNS encontra-se disponível no endereço: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm

A variável dependente foi derivada de duas perguntas: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante etc.)?” e “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?” Nesse sentido, construiu-se uma única variável dependente com três categorias de respostas: 1) não sofreu violência (referência); 2) sofreu violência por pessoa conhecida e; 3) sofreu violência por pessoa desconhecida.

Para associação da variável dependente com as variáveis independentes utilizou-se duas abordagens estatísticas. Inicialmente empregou-se o teste de Qui-Quadrado com correção de Rao-Scott para amostras complexas. O nível de significância foi de 5%, e foram considerados os valores de resíduos padronizados $>1,96$. Na segunda abordagem utilizou-se modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial, a partir do pressuposto da abordagem hierarquizada de Victora, et al (1997). A categoria de referência da variável dependente foi não ter sofrido violência e a medida de efeito foi expressa pela Odds Ratio (OR), e respectivos Intervalos de Confiança de 95%¹³.

Inicialmente foi realizada a análise simples nos blocos e foram eletivas para análise múltipla as variáveis com $p < 0,25$. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada bloco e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Todas as análises foram realizadas considerando-se os pesos e estratos amostrais contidos no banco de dados da PNS, sob a perspectiva de análises hierarquizadas. Esse tipo de análise baseia-se em modelos conceituais de explicação das associações, o que pode contribuir para elucidar mecanismos até então pouco explorados¹⁴.

Foi construído um mapa temático segundo a distribuição espacial da violência contra os idosos conforme o tipo de agressor, por Unidade da Federação. O *software* utilizado foi o QGIS versão 2.18 (ferramenta livre) que teve como funcionalidade o armazenamento, gerenciamento, manipulação, análise espacial e geração de mapa temático, importante subsídio para tomada de decisões.

Com isso, observa-se a importância do georreferenciamento, que consiste em mostrar dados epidemiológicos de acordo com a informação geográfica, levando em conta o posicionamento na superfície terrestre¹⁵. Sendo assim, ao localizarmos espacialmente a violência contra idosos e os tipos de agressores (conhecidos ou desconhecidos), conhecemos a distribuição espacial dessas condições em todo o território brasileiro.

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer de número 328.159, em 26 de junho de 2013.

RESULTADOS

Dentre a amostra estudada, 97,1% dos idosos afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência, enquanto 1,7%, IC95% (1,5-2,2) relataram ter sofrido violência por pessoa desconhecida e 1,3%, IC95% (1,1-1,7) violência por pessoa conhecida. Além disso, 60,4% eram do sexo feminino, 54,6% de cor ou raça branca, 54,2% não viviam com cônjuge ou companheiro, 44,3% eram casados e 77,4% sabiam ler e escrever.

Na análise de regressão logística simples, das 34 variáveis analisadas, 30 tiveram valores de $p < 0,25$ e foram testadas no modelo múltiplo. Ao final, 13 variáveis permaneceram com significância estatística, $p < 0,05$ (Tabela 1).

Tabela 1. Associação da violência ocorrida em idosos por pessoas conhecidas e desconhecidas com os cinco blocos de variáveis analisadas, segundo o modelo múltiplo de regressão logística multinomial. Brasil-2013.

Variáveis	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 1: Fatores Socioeconômicos e demográficos^a					
Cor ou raça					0,010*
Preta	1		1		
Branca	2,53	1,28~4,99†	1,34	0,63~2,86	
Amarela e Indígena	3,50	0,83~14,77	0,08	0,01~0,64†	
Parda	1,77	0,88~3,58	1,35	0,63~2,90	
Idade					0,038*
>68 anos	1		1		
<68 anos	1,68	1,07~2,64†	1,35	0,63~2,90	
Sabe ler e escrever?					0,001*
Não	1				
Sim	2,76	1,63~4,70†	1,01	0,61~1,70	
Bloco 2: Fatores de Autopercepção e cuidado com a saúde^b					
Avaliação da saúde					0,020*
Muito boa ou boa	1		1		
Regular	1,13	0,70~1,83	0,88	0,53~1,44	
Muito Ruim ou ruim	1,21	0,55~2,65	2,39	1,29~4,43†	
Fuma algum produto do tabaco?					0,008*
Não fumo	1		1		
Sim, diariamente	1,51	0,76~3,00	2,17	1,21~3,89†	
Sim, menos que diariamente	2,63	0,78~8,83	4,09	1,18~14,19†	
Bloco 3: Fatores de Utilização do serviço de saúde^c					
Discriminação no serviço de saúde por algum profissional de saúde por:					
Tipo de doença?					0,002*
Não	1		1		
Sim	3,78	1,37~10,48†	3,04	1,35~6,87†	
Motivo de raça/cor?					0,001*
Não	1		1		
Sim	3,22	0,75~13,77	0,02	0,00~0,18†	
Por religião/crença?					0,006*
Não	1		1		
Sim	0,15	0,02~1,29	6,06	1,63~22,52†	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Desconhecida		Conhecida		Valor-p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 4: Fatores de Estado de Saúde/Doença^d					
Nas duas últimas semanas:					
Teve problemas no sono?					
Nenhum dia	1		1		0,026*
Menos da metade dos dias	1,64	0,91~2,96	1,93	0,10~3,75	
Mais da metade dos dias	2,07	0,81~5,32	0,86	0,41~1,81	
Quase todos os dias	1,83	1,01~3,30†	1,70	0,98~2,95	
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?					
Nenhum dia	1		1		0,010*
Menos da metade dos dias	0,97	0,47~2,00	1,10	0,51~2,39	
Mais da metade dos dias	3,43	1,45~8,15†	1,67	0,71~3,89	
Quase todos os dias.	0,36	0,14~0,90†	0,75	0,34~1,66	
Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?					
Nenhum dia	1		1		<0,001**
Menos da metade dos dias	1,16	0,60~2,22	3,87	1,91~7,85†	
Mais da metade dos dias	2,08	0,59~7,31	0,80	0,25~2,56	
Quase todos os dias	2,61	0,53~12,71	5,14	2,23~11,88†	
Bloco 5: Fatores de Funcionalidade^e					
Tem deficiência física?					
Não	1		1		0,011*
Sim	5,53	1,66~18,45†	0,54	0,18~1,68	
Grau de dificuldade para sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc?					
Não consegue	1		1		0,004*
Tem grande dificuldade	1,60	0,31~8,19	2,16	0,67~5,97	
Tem pequena dificuldade ou não tem dificuldade	6,46	1,66~25,08†	3,13	1,14~8,64†	

Legenda: Regressão logística múltipla. OR *odds ratio*; IC95% Intervalo de confiança de 95%; *p<0,05; †categoria da variável com p<0,05; ^a Ajustada pelas variáveis do Bloco 1; ^b Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1 e Bloco 2; ^c Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2 e Bloco 3; ^d Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2, Bloco 3 e Bloco 4; ^e Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1, Bloco 2, Bloco 3, Bloco 4 e Bloco 5.

Na regressão logística múltipla do Bloco 1, admitindo a categoria de referência da cor ou raça “Preta”, os brancos tiveram aproximadamente 2,5 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida e os amarelos e indígenas tiveram 92% de chance a menos de sofrer violência por pessoa conhecida.

Com relação à idade, idosos abaixo da mediana (68 anos) apresentaram 1,68 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida. E quem sabia ler e escrever (referência “não sabe ler e escrever”) apresentou 2,76 vezes mais chances de sofrer violência também por pessoa desconhecida.

No Bloco 2, após ajuste das variáveis do Bloco 1, na variável avaliação da saúde (referência “muito boa ou boa”), os que avaliaram a saúde “muito ruim ou ruim” tiveram 2,39 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida; fumar algum produto de tabaco (referência “não fumo atualmente”), os que fumavam diariamente tiveram 2,17 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida e os que fumavam menos que diariamente, aproximadamente 4 vezes mais chances de sofrer esse mesmo tipo de violência.

No Bloco 3, após ajuste das variáveis dos Blocos 1 e 2, as variáveis de discriminação no serviço de saúde: por tipo de doença, tiveram 3,78 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida e 3 vezes por pessoa conhecida, comparado aos que não sofreram. Já a discriminação por religião/crença gerou 6 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida em relação aos que negaram ter sofrido.

Ao analisar o Bloco 4, após ajuste das variáveis dos Blocos 1, 2 e 3, quem teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume (referência “nenhum dia”), “quase todos os dias” teve 1,83 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida. Quem se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as

coisas (referência “nenhum dia”), mais da metade dos dias teve 3,43 vezes mais chances de sofrer violência desconhecida.

Já o idoso que se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família (referência “nenhum dia”), em “menos da metade dos dias” teve 3,87 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida e em “quase todos os dias”, 5,14 vezes mais chances desse tipo de violência.

No último bloco, após os ajustes das variáveis com significância estatística dos blocos anteriores, quem tem deficiência física, em relação a quem não tem, teve 5,53 vezes mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida. Os que apresentaram pequena dificuldade ou que não têm dificuldade para sair sozinho(a), utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro e etc (referência “não consegue”) tinham 6,46 vezes mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida e 3,13 vezes mais chances de sofrer violência por pessoa conhecida.

Em relação à violência contra idosos, por Unidade de Federação, de acordo com a Figura 1, observou-se que o estado com maior índice foi o Amapá (7,1%), seguido do Paraná (6,4%), Mato Grosso (6,2%), Amazonas (5,9%) e Rio Grande do Norte (5,0%). Enquanto os índices mais baixos de violência contra idosos foram em Pernambuco (2,4%), Piauí (2,3%), Minas Gerais (2,0%), Rio de Janeiro (1,6%), Bahia (1,4%) e Paraíba (1,1%).

A violência por pessoa desconhecida foi consideravelmente maior que por pessoa conhecida em Mato Grosso (4,7%), Amazonas (3,8%), Rondônia (3,0%), Roraima (2,9%), Distrito Federal (2,6%), São Paulo (2,2%), Alagoas (1,9%) e Bahia (1,1%). Já a por pessoa conhecida foi consideravelmente maior no Rio Grande do Norte (3,2%), Tocantins (3,0%), Santa Catarina (2,6%), Pará (2,4%) e Espírito Santo (2,1%). Nos demais estados os tipos de violência foram semelhantes.

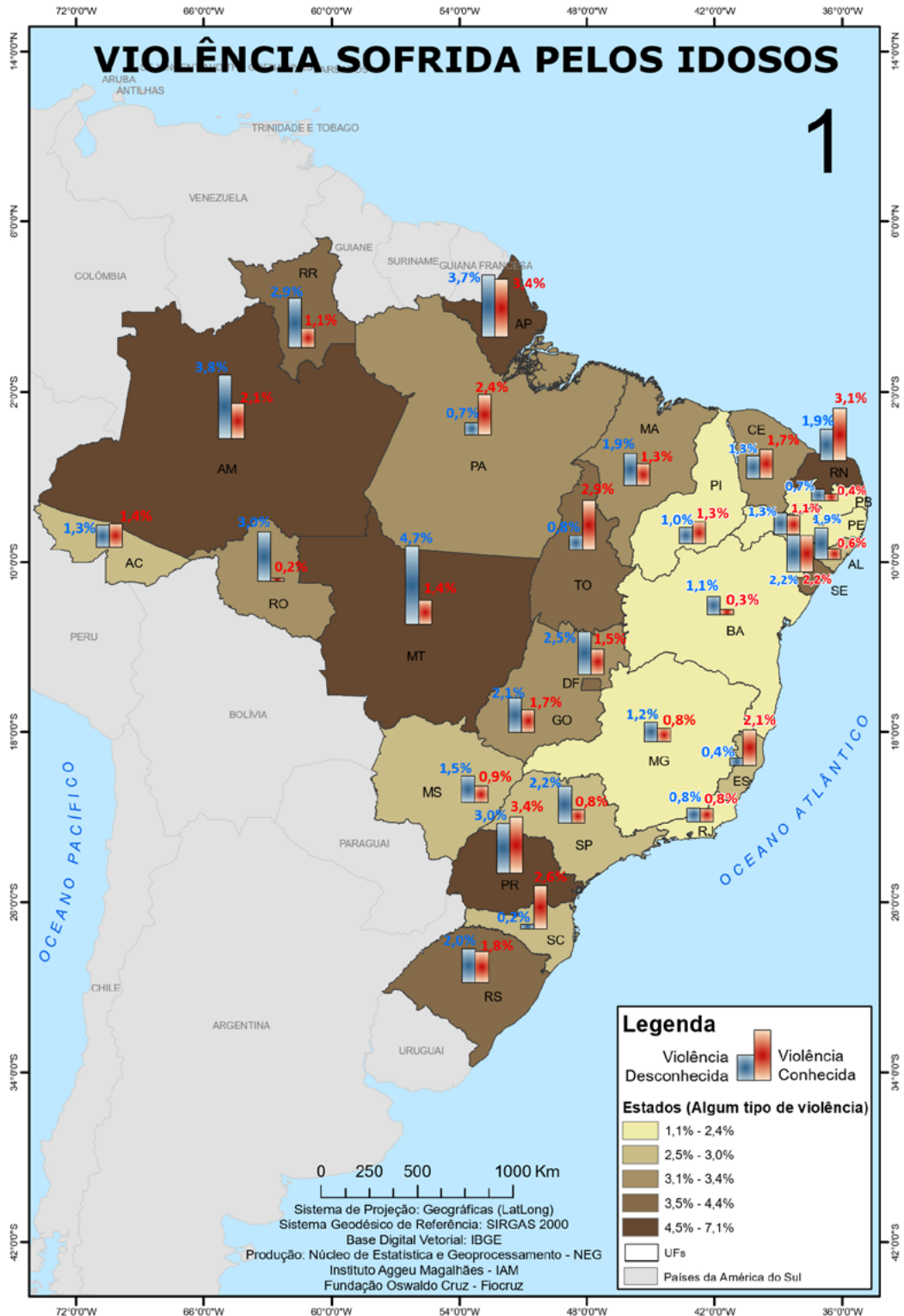


Figura 1. Mapa da violência contra pessoas idosas no Brasil. Brasil, 2013.

DISCUSSÃO

Esses resultados constituem uma colaboração para o reconhecimento da violência em âmbito nacional, através deles, evidencia-se a violência perpetrada por membros conhecidos e desconhecidos da família e seus fatores associados. Tais achados se deram a partir dos questionamentos sobre terem sofrido violência por pessoa desconhecida, ou seja, que não fazem parte da convivência deles, como bandido, policial, assaltante, etc. Ou se sofreram violência por pessoa conhecida, como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a) nos últimos 12 meses.

Como efeito, houve divergência desse estudo em relação às pesquisas realizadas no México e Coréia, haja vista que nesses países a maioria dos casos de violência foi perpetrada por membros da própria família. No Brasil, a maioria dos casos de violência ocorreu por pessoas desconhecidas. Esse achado sugere que no Brasil os elevados índices de violência social refletem na população idosa e os torna vítimas mais susceptíveis^{17,18}.

A cor ou raça, idade, saber ler e escrever, avaliação da saúde, fumar, discriminação no serviço de saúde, sintomas depressivos, deficiência física e grau de dificuldade para sair sozinho parecem explicar as diferenças no tipo, frequência e lugar da violência contra idosos. Nesse sentido, é preciso aumentar o conhecimento sobre a dinâmica dos determinantes sociais da violência.

Em relação à raça/cor, os idosos brancos tiveram mais chances de sofrer violência por pessoa desconhecida em relação aos de cor preta. O fato de pessoas brancas historicamente terem melhores condições de vida e emprego, as tornam mais independentes funcionalmente para as atividades básicas e instrumentais diárias, levando a maior exposição às causas externas de violência. Adicionalmente, esse grupo possui maior poder aquisitivo o que o torna vítima mais atrativa¹⁸.

Já os amarelos e indígenas tiveram menos chances de sofrer violência por pessoa conhecida, o que pode ser explicado pela união e respeito aos mais velhos nas tribos indígenas. Corroborando esse pensamento, estudo realizado com indígenas

da etnia Guarani-Mbyá demonstrou que pessoas mais velhas na tribo são importantes para tomada de decisões organizacionais, políticas, proteção e implementação dos direitos e deveres da comunidade. Além de transmitirem às tradições, são respeitados pela experiência de vida que possuem¹⁹.

Quanto mais jovem o indivíduo e menos dificuldade para sair sozinho ele tiver, mais independente será para realizar passeios, ter uma vida social mais ativa. Tornando-se com isso mais exposto comparado a idosos longevos, que muitas vezes não conseguem mais sair desacompanhado, devido às limitações naturais do envelhecimento. Além disso, sabe-se que é comum que uma pessoa com a saúde comprometida exija maior cuidado de parentes ou pessoas próximas e com isso estão mais propensos a sofrer abuso por familiares^{3,18}.

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com idosos do noroeste do Rio Grande do Sul, mostrou que entre 60-69 anos é comum que a capacidade funcional não esteja comprometida pelo processo de envelhecimento, consequentemente interação com mais pessoas e possuem maior poder de decisão, diminuindo com isso, as chances de serem alvos de maus tratos²⁰. Além disso, existe uma alta notificação de violência nessa faixa etária, que pode ser justificada pela autonomia de vida, maior procura de serviços de saúde ou serviços de proteção ao idoso, permitindo assim maior detecção e investigação dos casos de violência, o que justifica os achados³.

Sugere-se que quem sabe ler e escrever é mais empoderado, devido ao acesso à educação, em alguns casos, melhores rendas e qualidade de vida, o que os tornam mais expostos à violência por pessoa desconhecida. Bem como melhora o relato da violência, a denúncia e a notificação³. No entanto, segundo Gil et al.²¹, os idosos que não possuem nenhuma escolaridade são mais propensos a denunciar violência, quem tem dez anos ou mais de estudos possui 60% a menos de chances de fazer uma denúncia.

Enquanto Miya Chang¹⁷ afirmou em sua pesquisa que quem tem menos anos de estudo é mais vulnerável e corre maior risco de violência, porém por pessoa conhecida. Esse fato talvez possa ser explicado porque a violência domiciliar muitas vezes pode acontecer por uma naturalização histórica

no contexto social onde os idosos residem. Além da dependência, medo de retaliações ou abandono e o constrangimento que as pessoas idosas têm de denunciar seus próprios esposos, filhos, sobrinhos ou outras pessoas próximas¹⁰.

O idoso que utiliza tabaco teve maior chance de sofrer violência por pessoa conhecida. Segundo Zaitune²², existe uma associação entre idosos tabagistas com depressão/ansiedade referida. Em relação à cessação do tabagismo, pessoas que não sofreram violência física tiveram 67% maior chance de parar de fumar²³. Não há como inferir se os idosos sofrem mais violência por serem tabagistas ou se são tabagistas como consequência da violência sofrida, devido à transversalidade do estudo.

A discriminação no serviço de saúde, ou em qualquer ambiente, pode se enquadrar na violência psicológica. Esse tipo de violência é caracterizado por ofensa verbal ou gestual, para aterrorizar, humilhar ou excluir do convívio social²⁴. Tudo isso pode levar a baixa procura dos serviços de saúde nos casos de violência.

O serviço de saúde também pode ser o lócus de reprodução da violência institucional, a medida em que favorece a repetição de condutas violentas no tratamento e no acolhimento das pessoas idosas. Entende-se por esse tipo de violência, aquela praticada nos serviços de saúde, através de ações ou omissões, a saber, desde a falta de acesso a direitos quanto a má qualidade dos serviços, como falta de atenção, respeito, consideração aos saberes populares, discriminação, filas desnecessárias, dentre outros²⁵.

O desconhecimento do processo de envelhecimento agregado a preconceitos pode gerar esses atos violentos como os supracitados, além de equívocos nas prescrições de medicamentos, exames e dietas. De modo que o profissional de saúde não reconhece como prática de violência devido a naturalização desses processos na prática diária²⁵. Portanto, segundo Ruela-Gonzalez¹⁶, a pouca procura dos serviços de saúde nos casos de violência pode justificar a subnotificação e baixa prevalência desses casos nos sistemas de saúde, sendo imprescindível investigar os fatores associados à subutilização dos serviços de saúde após um evento de violência ou abuso.

Em relação ao bloco “Estado de saúde/doença”, as perguntas são semelhantes às contidas no Inventário de depressão de Beck-II (BDI-II)²⁶. A BDI-II foi adaptada à população brasileira por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang em 2011 e mensura a gravidade dos sintomas depressivos, podendo ser aplicada em distintas amostras^{27,28}.

Portanto, através das perguntas contidas no referido bloco, sintomas de depressão foram associados à violência, coincidindo com outros estudos. Quanto mais intensos os sintomas, mais chances de haver violência¹⁶. Uma revisão sistemática encontrou que o diagnóstico de depressão foi fator de risco encontrado em quase todos os tipos de violência, porém não puderam inferir se os idosos sofreram violência por serem depressivos ou se adquiriram esses sintomas depressivos devido aos maus tratos sofridos, pois a maioria dos estudos foram transversais e por isso suspendem a causalidade⁰³. Fica evidente a importância da triagem de sintomas depressivos nos idosos, para prevenção contra abusos, por meio de intervenções conforme os fatores de risco.

Quem tem deficiência física apresentou mais chance de sofrer violência por pessoa desconhecida. A deficiência gera uma limitação adicional às próprias do envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade e exposição a violência, pois diminui o poder de defesa e tornam as vítimas mais susceptíveis. Além disso, vai ao encontro também do etarismo, a discriminação pode gerar violência quando os idosos apresentam algum tipo de deficiência que os afastam de um padrão de normalidade que a sociedade atribui, assim como a dependência para locomoção e falta de acessibilidade também os tornam mais expostos a violência⁹.

No que se refere à violência contra idosos por Unidade de Federação, observou-se que os estados com maior violência contra os idosos foram Amapá, Paraná, Mato Grosso, Amazonas e Rio Grande do Norte. Enquanto Pernambuco, Piauí, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Paraíba tiveram os índices mais baixos de violência contra idosos.

Enquanto a taxa de homicídios/ 100 mil habitantes por Unidade de Federação em 2016 demonstrou o seguinte: Sergipe (64,7), Alagoas (54,2), Rio Grande do Norte (53,4), Pará (50,8), Amapá (48,7), Pernambuco (47,3), Bahia (46,9), Goiás (45,3),

Acre (44,4) e Ceará (40,6), sendo 6 estados na região Nordeste, 3 na região Norte e 1 no Centro-Oeste²⁹.

Como limitação metodológica, este estudo apresentou restrições intrínsecas a pesquisas que utilizam banco de dados secundários, a saber: o pesquisador não pode interferir no questionário que foi utilizado, as variáveis estudadas foram pré-estabelecidas; os objetivos da pesquisa primária foram distintos da pesquisa atual e impediu que novas informações fossem adquiridas; questionários longos, como os aplicados na PNS, podem gerar viés de memória, no qual o participante esquece ou perde a vontade de relatar acontecimentos passados.

Além disso, a violência não foi perguntada por tipos (física, psicológica, sexual, abandono, negligência, financeira ou econômica, autonegligência, medicamentosa, emocional ou social). Apenas utilizou-se o termo violência, que pode ter sido associada apenas à violência física; e por fim o receio de falar sobre violência a pessoas desconhecidas (entrevistadores), que certamente gerou uma subnotificação.

Demonstrou-se que o confinamento gerado pelo COVID-19 aumentou os níveis de estresse, ansiedade e depressão da população³⁰. Além disso, para o idoso com comprometimento cognitivo, recomendou-se a quarentena com um membro da família, para evitar confusão aguda ou delírio no idoso e contaminação por cuidadores³¹. Segundo o jornal “O Globo”³², nesse período houve um aumento de quase 600% de denúncias de violências registradas no “Disque 100”. A ausência de políticas específicas voltadas a esse público a fim de enfrentar os impactos da pandemia potencializa a sensação de abandono e indica a negligência por parte do poder público para com essa população, caracterizando-se como violência estrutural.

Apesar da limitação do tempo desse estudo, com dados de quase 10 anos atrás, conhecer a violência do ano de 2013 se transformará numa linha de base para a comparação com os dados de 2019, já que no momento da conclusão do estudo, os dados da PNS 2019 ainda não estavam disponíveis. Associado a novos estudos relacionados ao aumento da violência devido a pandemia da COVID-19.

Todavia, apesar das limitações comuns ao desenho metodológico, esse estudo trata de uma contribuição essencial para o campo da violência contra idosos na população brasileira, com ênfase no tipo de agressor, gerando possibilidade de um novo olhar para a temática e servir de instrumento para planejamento e instituições de ações e políticas públicas para prevenção da violência. Portanto, evidencia-se a necessidade do treinamento de profissionais de saúde para detecção, notificação e busca ativa dos idosos e agressores, a fim de interromper as práticas violentas, muitas vezes interpretadas como um padrão aceitável de relacionamento.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a cor branca, ser < 68 anos, declarar saber ler, sofrer discriminação no serviço de saúde por algum tipo de doença, apresentar problemas de sono quase todos os dias, não ter interesse ou prazer em fazer as coisas, ter deficiência física ou pequeno grau de dificuldade de sair sozinho, utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro foram fatores de risco para agressão por pessoa conhecida.

Enquanto quem avaliou a saúde como muito ruim ou ruim, faz uso de tabaco, sofreu discriminação no serviço de saúde por doença, religião/crença, ou que se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou que decepcionou a família foram fatores de risco para violência por pessoa não conhecida.

Estimar a prevalência de violência contra idosos, o tipo de agressor, assim como os fatores associados, é imprescindível para identificação e prevenção do abuso individual, institucional e estrutural. Recomenda-se, pesquisas adicionais sobre essa temática, com enfoque nos determinantes sociais, que possam utilizar metodologias diferentes, considerando o contexto sociocultural, econômico e de saúde dessa população.

Destaca-se também o incentivo à políticas públicas e estratégias nas famílias e comunidades para a prevenção da violência contra os idosos, regradas na cultura do respeito aos direitos humanos, e a participação de múltiplos atores no processo social de melhoria do bem-estar dessas pessoas na família e na sociedade.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects: The 2017 Revision 2017. New York.
2. Minayo MCS. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. *Mais 60 Estudos sobre Envelhecimento* 2014 Jul. São Paulo: 25 (60).
3. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: Uma revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* 2020; 25(6):2153-2175.
4. Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
5. Organização Mundial de Saúde. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. WHO; 2008 [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/index.html.
6. Yon Y. et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017. Los Angeles: 5:147-56.
7. Rifiotis T. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. *Pro-Posições* 2007 Jan-Abr. 18 (1). /
8. Organização Mundial de Saúde. Global status report on violence prevention. 2014. Geneva: WHO: 292 p.
9. Moraes CL et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*.2020; 25(Supl.2):4177-4184.
10. Oliveira MFS et al. Agressores de pessoas idosas e suas vivências. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2021;24(6).
11. Matos NM et al. Perfil do agressor de pessoas idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(5).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Percepção do Estado de Saúde, Estilos de vida e Doenças crônicas. PNAD 2013. Rio de Janeiro.
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Internacional Journal of Epidemiology* 1997. 6: 224-7.
14. Da Silva MEI, Santana MD, Pereira NM, Alves LJ, Silva RD. Análise hierarquizada dos fatores associados à anemia em lactentes. *Revista Paulista de Pediatria [Internet]*. 2018;36(3):275-285. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406057157006>
15. Camargos MA, Oliver FC. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2019 Out-Dez, Rio de Janeiro: 123 (43):1259-1269.
16. Ruelas-González MG, Duarte-Gómez MB, Flores-Hernández S, Ortega-Altamirano DV, Cortés-Gil JD, Taboada A, Ruano AL. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *International Journal for Equity in Health* 2016: 15-35.
17. Miya Chang, MA. Experience of elder abuse among older Korean immigrants, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2016.
18. Silva A et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(SUPPL 2): E180004.SUPL.2.
19. Marques FD, Sousa LM, Vizzotto MM, Bonfim TE. A Vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. *Psicologia & Sociedade* 2015; 27 (2): 415-427.
20. Zamboni C, Mello SMC, Fontana R, Rodrigues FCP. Violência contra idoso: um velho estigma. *Cogitare Enferm* 2011 Out-dez.16 (4): 634-639.
21. Gil APM, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2014.
22. Zaitune MPA et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cadernos de Saúde Pública* 2012. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 28(3): 583-596 [acesso em 13 fev 2019]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/28773>>.
23. Lopes CS, Sampaio MMA, Werneck GL, Chor D, Faerstein E. Influência de fatores psicossociais na cessação do tabagismo: evidências longitudinais no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública* 2013; 47 (4): 32-739.
24. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: 2005.
25. Manso MEG. Dossiê - Violência contra a pessoa idosa. Diversas faces da mesma moeda. *Rev. Longevidad.* 2019; Ano I, n. 3, Jul/Ago/Set. São Paulo.
26. Gorenstein C, et al. Inventário Beck de Depressão-II. Manual. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2011.

27. Silva, M. A., Wendt, G. W., & Argimon, I.I.L. BDI-II: análises pela Teoria do Traço Latente. *Avaliação Psicológica*, 2018, 17(3), pp. 339-350
28. Anunciação, L. Caregnato, M. Silva, F.S.C. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *J Bras Psiquiatr.* 2019;68(2):83-91
29. Cerqueira D, et al. Atlas da Violência – 2018. Ipea/ FBSP. Rio de Janeiro: 2018 [acesso em 30 jan 2018]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/downloads>.
30. Ozamiz-Etxebarria, Naiara et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36 (4).
31. Castro-de-Araujo, Luís Fernando Silva and Machado, Daiane Borges. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. *Ciênc. saúde coletiva* 2020; 25 (1): 2457-2460.
32. Mazzi C. Denúncias de violência contra idosos quintuplicaram durante a pandemia, apontam dados do Disque 100. *O Globo* 2020. [cited 2022 Dec 12]. Available from: <https://oglobo.globo.com/sociedade/denuncias-de-violencia-contra-idosos-quintuplicaram-durante-pandemia-apontam-dados-do-disque-100-24480857>



Alta hospitalar qualificada e orientações multidisciplinares aos pacientes idosos com COVID-19: revisão integrativa

Hospital discharge and multidisciplinary guidelines for elderly patients with COVID-19: integrative review

Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa¹

Renata Clecia Neves Leite¹

Renata Gomes Barreto¹

Cícera Patrícia Daniel Montenegro¹

Fábio de Souza Terra²

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi^{2,3}

Resumo

Objetivo: buscar as evidências científicas disponíveis sobre orientações multidisciplinares ofertadas por profissionais da saúde aos pacientes idosos diagnosticados com a COVID-19 após a alta hospitalar. **Método:** revisão integrativa da literatura realizada por meio das bases de dados/biblioteca virtual selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa: Lilacs, MEDLINE/Pubmed, Scopus e CINAHL (EBSCO). Para a realização da busca foram utilizadas combinações com os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (Mesh): Idoso (*Aged*); COVID-19; Cuidados Posteriores (*Aftercare*) e Alta do Paciente (*Patient Discharge*) combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. **Resultados:** foram identificadas referências entre janeiro de 2019 a janeiro de 2022 e recuperados quatro artigos para inclusão e análise desta pesquisa. As publicações selecionadas abordaram a temática da continuidade do cuidado com a perspectiva de intervenção em reabilitação à saúde e gerenciamento de sintomas e/ou supervisão da recuperação funcional da pessoa idosa, sendo tais orientações realizadas por equipe interprofissional. **Conclusão:** evidenciou-se a escassez de publicações sobre a temática de orientações fornecidas pela equipe de assistência à saúde às pessoas idosas na perspectiva da alta hospitalar, bem como a importância e necessidade de futuras produções científicas em torno do impacto funcional decorrentes da COVID-19 nesta população, desde o momento da admissão hospitalar até o pós-alta no retorno para casa, subsidiada por ações estratégicas ou protocolos institucionais que viabilizem informações educativas para a preparação de uma alta hospitalar pautada no autocuidado, valorização do bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas.

Palavras-chave: Idoso. Alta do Paciente. COVID-19. Cuidados Posteriores.

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG). João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Federal de Alfenas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível *Stricto Sensu*. Alfenas, MG, Brasil.

³ Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Correspondência/*Correspondence*
Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa
wendychrystyan@gmail.com

Recebido: 23/09/2022

Aprovado: 29/03/2023

Abstract

Objective: to search for available scientific evidence on multidisciplinary guidelines offered by health professionals to older patients diagnosed with COVID-19 after hospital discharge. **Method:** an integrative literature review was carried out on the databases/virtual library selected: Lilacs, MEDLINE/Pubmed, Scopus and CINAHL (EBSCO). The search strategy involved use of combinations with the following Health Science Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (Mesh): Elderly (Aged); Covid-19; Aftercare and Patient Discharge combined using Boolean operators “AND” and “OR”. **Results:** relevant articles published between January 2019 and January 2022 were identified, of which four were retrieved for inclusion and analysis. The selected studies addressed the theme of continuity of care with the perspective of intervention in health rehabilitation and symptom management and/or supervision of the functional recovery of older patients, with guidelines devised by an interprofessional team. **Conclusion:** the study revealed the scarcity of publications on the topic of guidance provided by health care teams to older patients from the perspective of hospital discharge. The study also served to highlight the importance and need for future scientific output addressing the functional impact of COVID-19 on this population, from hospital admission to post-discharge at home, supported by strategic actions or institutional protocols that disseminate educational information preparing patients for hospital discharge and promoting self-care, well-being and quality of life of older people.

Keywords: Elderly. Patient discharge. COVID-19. Health Education.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença que se manifesta de várias maneiras, desde os casos assintomáticos até as condições com alto espectro de gravidade, principalmente em referência à população idosa e àquelas pessoas com doenças pré-existentes. Tais complicações dela decorrentes podem ser consideradas significativas e prolongadas, acometendo órgãos e sistemas (cardiopulmonar, neurológico, musculoesquelético, gastrointestinal e psicossocial). Costuma ser importante a necessidade de inserção do paciente em um processo de reabilitação funcional ou a prestação da continuidade de cuidados no retorno para casa após a alta hospitalar para favorecer todas as suas demandas clínicas e funcionais^{1,2}.

Após a infecção aguda, os principais problemas relatados pelos idosos sobreviventes da COVID-19 foram piora na qualidade de vida, devido a uma sintomatologia persistente que envolve comprometimentos funcionais com teor de dependência, além de disfunções físicas, cognitivas, mentais e sociais. Esses resultados apoiam a necessidade de cuidados pós-alta hospitalar aos que foram acometidos com a condição grave da doença³.

O monitoramento multidisciplinar torna-se essencial para promover o progresso adequado, em busca de restaurar a qualidade de vida dos pacientes afetados pela COVID-19. A Organização Mundial da Saúde observa que a sua característica multissistêmica, indica que uma equipe interprofissional pode ser necessária para conduzir a recuperação dos pacientes, por meio de reabilitação personalizada e baseada em evidências, como uma estratégia para possibilitar o retorno das suas capacidades funcionais⁴.

O Ministério da Saúde brasileiro estipula que os serviços de reabilitação e suas equipes interprofissionais devem apoiar os usuários acometidos pela COVID-19, que apresentem deficits funcionais, após o período clínico agudo. Também devem incluir a demanda de preparação dos pacientes para alta hospitalar, coordenar aquelas consideradas complexas e garantir a continuidade do tratamento em saúde⁵. Porém, percebe-se a dificuldade dos serviços da rede hospitalar em estabelecer protocolos e/ou instrumentos básicos que contemplem informações sistematizadas da equipe de saúde multidisciplinar, com caráter de prevenção, promoção ou manutenção da saúde, em torno de orientações de cuidado continuado no momento do retorno para a casa.

O processo da alta hospitalar pode ser considerado um momento de fragilidade aos pacientes e familiares, quanto a compreender e processar as informações fornecidas pela equipe de saúde, se não houver a devida compreensão sobre o motivo do retorno para casa, mesmo quando ainda estão potencialmente comprometidos pela COVID-19. Sob essa perspectiva, a equipe interprofissional hospitalar tem a importante missão estabelecer um diálogo pautado na escuta qualificada, por meio de condutas técnicas para garantir estratégias de autocuidado^{6,7}.

Portanto, diante das limitações do gerenciamento hospitalar e do desafio, quando não há certeza se o suporte domiciliar pode monitorar o paciente adequadamente e na necessidade de dar continuidade ao cuidado, é essencial que as equipes de saúde busquem otimizar os processos de alta hospitalar e o seu acompanhamento, bem como decidir um momento oportuno que propicie uma maior estabilidade e suporte ao paciente e seus cuidadores⁸.

Diante dessas considerações, surge o interesse em desenvolver esta revisão integrativa da literatura científica, para trazer contribuições que auxiliem os profissionais de saúde no oferecimento de uma alta qualificada aos idosos acometidos pela COVID-19, que teve como objetivo buscar as evidências científicas disponíveis sobre as orientações multidisciplinares ofertadas por profissionais da saúde aos pacientes idosos diagnosticados com a COVID-19 após a alta hospitalar.

MÉTODO

Tratou-se de uma Revisão Integrativa (RI), baseada em etapas de desenvolvimento, por meio de uma estratégia para a identificação, avaliação e análise das evidências existentes da assistência à saúde na literatura sobre o tema, concedendo a incorporação desses achados na prática clínica profissional. As etapas de elaboração foram: definição da questão norteadora da pesquisa; estratégia de busca com os descritores em ciências da saúde; definição dos critérios de inclusão e exclusão com a busca na literatura, designando as informações a serem extraídas dos estudos e a avaliação daqueles incluídos; interpretação dos resultados e a síntese dos dados obtidos⁹.

Na primeira etapa do estudo foi proposta a seguinte questão norteadora: "*Quais as principais informações multiprofissionais oferecidas ao paciente idoso com diagnóstico da COVID-19 após alta hospitalar?*"

Objetivando-se identificar estudos e materiais de diversos delineamentos metodológicos, foi desenvolvida uma estratégia de busca pautada em descritores e palavras-chave em concordância com a proposta de revisão, em bases de dados relevantes para a área da saúde. Foram utilizados os operadores booleanos (OR, AND) a fim de combinar os termos para a realização da pesquisa. A estratégia de busca desenvolvida foi única, adaptada para cada fonte de informação (bases de dados e bibliotecas virtuais), modificando quando necessário. As bases de dados e biblioteca virtual selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE/Pubmed, Scopus e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* - CINAHL (EBSCO).

Para a realização da busca foram utilizadas combinações com os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (Mesh): Idoso (*Aged*); COVID-19; Cuidados Posteriores (*Aftercare*) e Alta do Paciente (*Patient Discharge*) combinados por meio dos operadores booleanos "AND"/"OR" (Quadro 1).

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados nesta pesquisa foram: estudos primários com pesquisas sobre a preparação de alta hospitalar ao paciente idoso com diagnóstico da COVID-19, em inglês, português e espanhol, no período compreendido entre 2019 a 2022, que responderam à questão norteadora pré-definida e com textos completos disponíveis *online*. A escolha desse período deve-se por caracterizar o início (2019) e os instantes considerados "menos agressivos" (2022) da pandemia da COVID-19.

Foram excluídos aqueles que se relacionaram com o tema, mas que não responderam à questão norteadora, assim como os duplicados, resenhas, cartas, editoriais, notícias, livros e capítulos, além dos indisponíveis na íntegra. Para garantir o rigor na condução do método, foram utilizadas as

recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020), com os passos para a organização dos estudos: identificação,

triagem - compreendendo o processo de seleção dos artigos segundo os critérios de elegibilidade pré-definidos e a inclusão¹⁰.

Quadro 1. Fonte de dados e referências obtidas (1.806) sobre as orientações multidisciplinares ofertadas aos pacientes idosos com a covid-19 após a alta hospitalar. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Bases de dados/ Bibliotecas virtuais	Expressão de busca	Resultados
LILACS	("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR aftercare OR "After Care" OR "After Treatment" OR "After Treatments" OR "Follow Up Care" OR "Discharge Plannings" OR "Alta do Paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta" OR "Alta del Paciente" OR "Alta Hospitalaria" OR "Alta de Paciente" OR "Alta del Hospital" OR "Planificación del Alta" OR "Salida del Paciente" OR "Assistência ao Convalescente" OR "Assistência de Seguimento" OR "Assistência do Seguimento" OR "Atendimento de Seguimento" OR "Atendimento do Seguimento" OR "Cuidado de Seguimento" OR "Cuidados de Seguimento" OR "Seguimento Assistencial" OR "Cuidados Posteriores" OR "Cuidado de Seguimiento" OR "Cuidado del Convaleciente" OR seguimiento) AND ("COVID-19" OR "covid 19" OR "COVID19" OR "SARS-CoV-2" OR "sars cov 2" OR "Novel Coronavirus" OR "2019 nCoV" OR "Novo Coronavírus" OR "Nuevo Coronavirus") AND (aged OR elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR nonagenarian OR nonagenarians OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age" OR idoso OR idosos OR idosa OR idosas OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR anciano OR ancianos OR "Adulto Mayor" OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR centenarios OR nonagenarios OR octogenarios OR velhíssimos OR "Anciano de 80 o más Años" OR viejísimos OR geriátrico OR geriátricos OR geriátrica OR geriátricas OR "Meia Idade" OR "Mediana Edad") AND (db:("LILACS"))	49
Medline/Pubmed	("Patient Discharge"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge"[All Fields] OR "Patient Discharges"[All Fields] OR "Discharge Planning"[All Fields] OR "Aftercare"[MeSH Terms] OR "Aftercare"[All Fields] OR "After Care"[All Fields] OR "After Treatment"[All Fields] OR "After Treatments"[All Fields] OR "Follow Up Care"[All Fields]) AND ("COVID-19"[Mesh] OR "covid-19"[All Fields] OR "covid 19"[All Fields] OR "COVID19"[All Fields] OR "SARS-CoV-2"[Mesh] OR "SARS-CoV-2" OR "SARS CoV 2" OR "Novel Coronavirus" OR "2019 nCoV") AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[All Fields] OR "Elderly"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "80 and over"[All Fields] OR "Oldest Old"[All Fields] OR "Nonagenarian"[All Fields] OR "Nonagenarians"[All Fields] OR "Octogenarians"[All Fields] OR "Octogenarian"[All Fields] OR "Centenarians"[All Fields] OR "Centenarian"[All Fields] OR "geriatric"[All Fields] OR "Middle Aged"[Mesh] OR "Middle Aged" OR "Middle Age")	893
Scopus	TITLE-ABS-KEY("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR Aftercare OR "After Care" OR "After Treatment" OR "After Treatments" OR "Follow Up Care" OR "Discharge Plannings") AND TITLE-ABS-KEY("COVID-19" OR "covid 19" OR "COVID19" OR "SARS-CoV-2" OR "sars cov 2" OR "Novel Coronavirus" OR "2019 nCoV") AND TITLE-ABS-KEY(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age")	704
CINAHL (EBSCO)	("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR Aftercare OR "After Care" OR "After Treatment" OR "After Treatments" OR "Follow Up Care" OR "Discharge Plannings") AND ("COVID-19" OR "covid 19" OR "COVID19" OR "SARS-CoV-2" OR "sars cov 2" OR "Novel Coronavirus" OR "2019 nCoV") AND (Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age")	160

O protocolo contendo esses descritores, bases de dados da biblioteca virtual o quantitativo de textos obtidos nas bases foi registrado no repositório *online Figshare*, disponível e com acesso aberto DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.19294298.v1>

Após a realização das buscas, os resultados foram exportados para o *EndNote*, gerenciador de referência bibliográfica, para organizar e identificar os artigos duplicados para remoção⁹, etapa que visou garantir o rigor metodológico da pesquisa. Na sequência, os estudos foram exportados para o aplicativo Rayyan¹¹, a fim de serem selecionados de acordo com os critérios de exclusão e inclusão adotados, descrevendo-se os respectivos motivos. Nesta fase foram utilizados dois revisores, que receberam da primeira autora deste estudo as devidas explicações sobre como deveriam proceder, mas que já tinham experiência anterior como revisores, em outros estudos. A partir daí, o arquivo constante no aplicativo Rayyan foi dividido para essa dupla de revisores, que trabalharam individualmente, de forma independente, avaliando criticamente, de modo “cego”, os critérios e os métodos que foram utilizados no desenvolvimento dos textos identificados, para a determinação de sua validade metodológica, excluindo aqueles que não preenchiam os critérios de elegibilidade e mantendo os possíveis incluídos, conforme recomendações para esse tipo de revisão^{12,13}.

Os dados da pesquisa foram analisados com um instrumento *online* construído pelos pesquisadores (matriz de síntese), seguindo as instruções fornecidas por meio de formulário validado¹⁴, adaptado às especificidades desta revisão, incluindo os principais aspectos: título do estudo, autoria, ano de publicação, local de realização - país, idioma, objetivo(s) da pesquisa, tipo e características metodológicas, população e principais resultados, para garantir a confiabilidade do presente estudo.

Uma vez realizada a triagem dos artigos pelos títulos e resumos, a sua elegibilidade foi confirmada pela leitura detalhada dos textos completos, conforme recomendações para esta modalidade de estudo¹³. Não houve necessidade de alterações pois o número final de textos foi o mesmo aproveitado para o resultado final. As divergências e dúvidas entre os revisores foram discutidas e resolvidas em reunião

com a primeira autora deste artigo, até obter-se a concordância de 90% entre eles. As referências obtidas da literatura cinzenta foram consideradas, unicamente, para o aprimoramento da discussão dos achados.

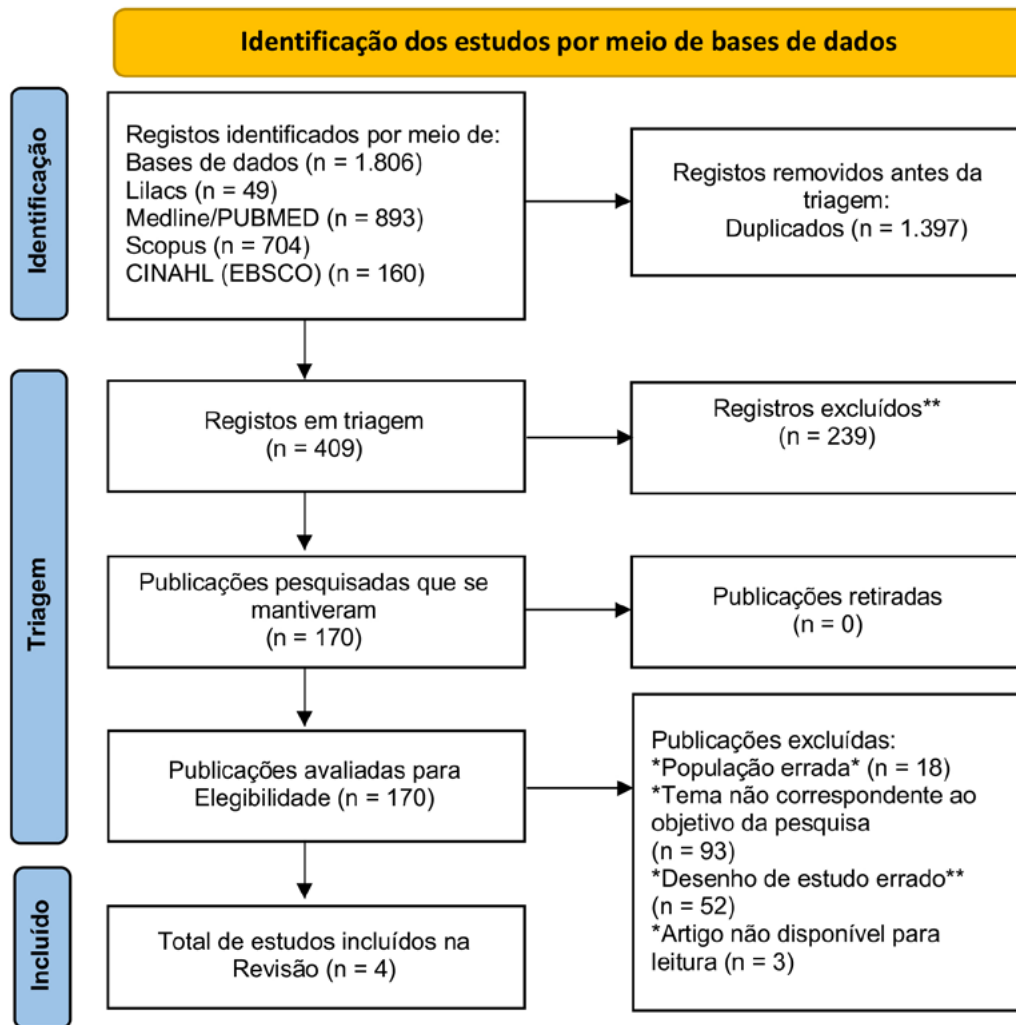
Em referência à qualidade das evidências dos estudos, optou-se por seguir as diretrizes da seguinte classificação em níveis: 1-evidências obtidas por revisão sistemática ou metanálise; 2-derivadas de ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3-obtidas por ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4-obtidas por estudos de coorte e caso controle bem delineados; 5-obtidas por revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6-originárias por estudo descritivo e qualitativo e 7-oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas¹⁵.

Em busca da qualidade metodológica, foi utilizado o instrumento de avaliação crítica padronizado *Checklist for Prevalence Studies* do Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁶ para mensuração do nível de qualidade dos estudos incluídos nesta revisão, constituído por nove questões avaliadas de forma independente pelos revisores.

Os resultados deste estudo estão apresentados em formato descritivo e tabular (quadro-síntese) conforme o seu objetivo. Foram destacadas as características dos estudos, principais resultados e limitações, além da possibilidade de direcionamentos de pesquisas futuras. Desta forma, também foi desenvolvido um resumo descritivo dos resultados tabulados.

RESULTADOS

Foram identificadas 1.806 referências (janeiro de 2019 a janeiro de 2022), obtidas por meio das fontes de dados citadas anteriormente no Método. Após a exclusão das duplicadas e a seleção dos estudos por título e resumo, 171 foram integralmente analisados e apenas quatro incluídos, por atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos para esta revisão (Figura 1). Destes 1.806 estudos, 49 foram encontrados na Lilacs, 893 na *Medline/Pubmed*, 704 na Scopus e 160 na CINAHL (EBSCO).



*Considerou-se população errada os estudos que não incluíram pessoas com 60 anos ou mais de idade e que estiveram, em algum momento, hospitalizadas devido ao diagnóstico da covid-19; **Por desenho de estudo errado entende-se aqueles correspondentes às revisões da literatura científica disponível, fossem elas sistemáticas, meta-análises ou integrativas

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos sobre as orientações multidisciplinares ofertadas aos pacientes idosos com a covid-19 após a alta hospitalar. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Constatou-se que a maior parte dos artigos publicados e incluídos nesta revisão integrativa apresentou um recorte temporal recente na literatura, publicados sobretudo a partir de 2021 e 2022, época do surto pandêmico. As publicações apresentaram origem internacional com a maior parte do continente asiático (50%), com predominância de estudos da área de fisioterapia (50%). O público-alvo era de pacientes idosos diagnosticados com a COVID-19 e, portanto, com idade igual ou maior que 60 anos; a

orientação profissional foi fornecida a esses pacientes de forma verbal (75%) e as instruções de alta foram por escrito (25%).

Com relação ao tipo de abordagem metodológica aplicada nos artigos incluídos, percebeu-se que um (25%) apresentou metodologia de Ensaio Clínico Controlado Randomizado; um (25%) de Estudo Observacional Descritivo; outro (25%) foi um Estudo de Caso e um artigo (25%) tratou-se de um Estudo Retrospectivo de Prontuários.

Em referência ao nível de evidência dos estudos incluídos, constatou-se que um (25%) artigo (A1) foi classificado em nível dois (2) – ensaio clínico randomizado, os demais estudos (75%) (A2, A3 e A4) eram descritivos e foram classificados em nível seis (6).

Quanto aos resultados da análise de qualidade metodológica por meio da ferramenta do *Joanna Briggs Institute* (JBI), o Quadro 2 apresenta a avaliação

dos estudos incluídos nesta revisão, sendo A1 e A2 considerado “MODERADA”, bem como A2 e A4 “ALTA” em referência ao nível de qualidade.

As características das publicações que compuseram o estudo (Quadro 3), incluem o título do artigo e a base de dados em que foi publicado, os autores e o ano de publicação, tipo de método, país de origem, objetivo e principais resultados.

		Qualidade Metodológica – JBI (<i>Joanna Briggs Institute</i>)									
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Pontuação
Artigos	Nambi G, et al. ¹⁷	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Moderada
	Gootenberg DB, et al. ¹⁸	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Alta
	Saeki T, et al. ¹⁹	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Moderada
	Loerinc LB, et al. ²⁰	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Alta

Q1: O quadro de amostragem foi adequado para abordar a população-alvo?
 Q2: Os participantes do estudo foram amostrados de maneira apropriada?
 Q3: O tamanho da amostra foi adequado?
 Q4: Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?
 Q5: A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?
 Q6: Métodos válidos foram usados para a identificação da condição?
 Q7: A condição foi medida de maneira padrão e confiável para todos os participantes?
 Q8: Houve análise estatística apropriada?
 Q9: A taxa de resposta foi adequada e, se não, a baixa taxa de resposta foi gerenciada adequadamente?

Classificação

- Sim
- Não
- Incerto

Quadro 2. Características da qualidade metodológica das publicações incluídas na Revisão Integrativa sobre orientações multidisciplinares aos pacientes idosos com a covid-19 na alta hospitalar. – João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Quadro 3. Características das publicações incluídas na Revisão Integrativa sobre orientações multidisciplinares aos pacientes idosos com a covid-19 na alta hospitalar. – João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2022.

Identificação do estudo	Título / Autores / Base de Dados	Método / País / Ano de Publicação	Objetivo	Principais Resultados
A1	<i>Comparative effectiveness study of low versus high-intensity aerobic training with resistance training in community-dwelling older men with post-covid-19 sarcopenia: A randomized controlled trial /</i> Nambi G, Abdelbasset WK, Alrawaili SM, Elsayed SH, Verma A, Vellaiyan A, Saleh AK. / MEDLINE / Pubmed	Ensaio de controle randomizado / Arábia Saudita / 2022	Encontrar e comparar os efeitos clínicos e psicológicos do treinamento aeróbico de baixa e alta intensidade combinado com o treinamento de resistência em idosos da comunidade com sintomas de sarcopenia pós-covid-19.	Todos os participantes (n=38) tiveram covid-19 e sarcopenia pós essa doença e receberam orientações/treinamentos de resistência para a melhoria das medidas clínicas e psicológicas; foram randomizados em dois grupos: o aeróbico de baixa intensidade e o grupo de treinamento aeróbico de alta intensidade. Os treinamentos aeróbicos de baixa intensidade são mais eficazes na melhora das medidas clínicas (força muscular) e psicológicas (cinesiofobia e qualidade de vida) do que o de alta intensidade na sarcopenia de homens idosos pós-covid-19.

continua

Continuação do Quadro 3

A2	<p><i>Developing a pulse oximetry home monitoring protocol for patients suspected with covid-19 after emergency department discharge /</i></p> <p>Gootenberg DB, Kurtzman N, O'Mara T, Jennifer YG, Chiu D, Shapiro NI, Dagan A. /</p> <p>MEDLINE/ Pubmed</p>	<p>Estudo observacional prospectivo / Estados Unidos da América (EUA) / 2021</p>	<p>Avaliar a viabilidade e descrever um protocolo para monitoramento ambulatorial de oximetria de pulso com acompanhamento estruturado e determinar as taxas de retorno, hospitalização e hipóxia entre os participantes.</p>	<p>Os pacientes (n=76) usaram instruções em casa para auto-encaminhamento ao pronto-socorro em uma taxa maior do que o encaminhamento direto, durante as ligações telefônicas de acompanhamento.</p>
A3	<p><i>Long-Term Decreased Exercise Capacity of covid-19 Patients Who Received Mechanical Ventilation in Japan: A Case Series /</i></p> <p>Saeki T, Ogawa F, Matsumiya M, Yamamura M, Oritsu H, Nonogaki M, Nakamura T. /</p> <p>MEDLINE/ Pubmed</p>	<p>Estudo de caso / Japão / 2021</p>	<p>Observar a capacidade de exercício a longo prazo de pacientes que recebem ventilação mecânica devido à síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) associada à covid-19.</p>	<p>Após a alta hospitalar, os pacientes (n=4) foram orientados a realizar exercícios domiciliares, como caminhada, treinamento de força muscular de membros inferiores com cadeia cinética fechada, treinamento de força de membros superiores com <i>Thera-Band</i> (Hygenic, Akron, OH) e treino de equilíbrio.</p>
A4	<p><i>Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with covid-19 /</i></p> <p>Loerinc LB, Scheel AM, Evans ST, Shabto JM, O'Keefe GA, O'Keefe JB. /</p> <p>MEDLINE/ Pubmed</p>	<p>Revisão retrospectiva de prontuários / Estados Unidos da América (EUA) / 2021</p>	<p>Descrever os dados demográficos, comorbidades de linha de base, curso hospitalar e planos de cuidados pós-alta de pacientes com covid-19 que receberam alta de hospitais em um sistema de saúde acadêmico em Atlanta, Geórgia.</p>	<p>Apesar da alta taxa de anormalidades eletrolíticas e Lesão Renal Aguda (LRA) durante a internação, apenas 31 pacientes de um total de 52 foram orientados e instruídos a realizar exames de sangue de acompanhamento.</p> <p>-A maioria dos pacientes (225, 72,6%) tinha orientação documentada para continuar o isolamento na alta, mas apenas 56 (18,1%) tinham documentação de instruções específicas sobre a duração do isolamento, na maioria das vezes 14 dias após a alta (mediana de 14 dias, intervalo: 3-14).</p>

Após a leitura dos artigos selecionados, emergiram temas comuns que foram elencados em duas categorias e agrupadas para foco das interpretações da revisão: “Pacientes idosos com sintomatologia persistente recrutados em hospitais locais para dar continuidade do processo de cuidado por meio da reabilitação” e “Gerenciamento de sintomas e/ou supervisão da recuperação funcional”.

DISCUSSÃO

Continuidade do processo de cuidado por meio da reabilitação

A sarcopenia e a COVID-19 parecem ser preditores de pior prognóstico na população idosa, em geral²². Tornam-se importantes programas de intervenção para idosos, destacando-se que a atuação fisioterápica pode prevenir complicações decorrentes da sua fragilidade e capacidade funcional piorada, durante o período de isolamento social decorrente da citada pandemia²³. Além disso, a atividade física ao longo da vida promove a saúde mitocondrial em todos os tecidos e torna-se uma contramedida eficaz para a sarcopenia²¹.

Na Arábia Saudita, estudo A1 que investigou a sarcopenia e a disfunção física em idosos acometidos pela COVID-19 isolamento social ou internos em contexto hospitalar, identificou que tais idosos precisavam realizar exercícios regulares de baixa intensidade para obter melhores resultados funcionais, inclusive da sua qualidade de vida¹⁷. A continuidade do processo de cuidado em perspectiva de reabilitação com treinamento aeróbico de baixa intensidade tornou-se uma importante estratégia para a assistência dessas pessoas, fragilizadas no pós alta ou no isolamento social, além de ressaltar a importância de estabelecer orientações para a realização dos exercícios fisioterapêuticos de forma adequada e direcionada.

No Japão, a sarcopenia foi considerada um dos fatores de risco para a infecção por Sars-Cov-2 quando relacionada aos idosos e às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, além de potencializar a possibilidade da condição grave da COVID-19, por meio de tempestades de citocinas e insuficiência respiratória²⁴.

Na Espanha, a sarcopenia além de ser considerada uma condição clínica associada à COVID-19, afetando pessoas idosas hospitalizadas com infecção aguda ou crônica, também apresentou alto risco de mortalidade e déficit nutricional para elas²⁵.

Acerca das principais orientações em saúde no acompanhamento de reabilitação fisioterapêutica descritos no estudo A1, destacam-se os exercícios de treinamento aeróbico de baixa intensidade, por um fisioterapeuta treinado, com as devidas orientações sobre a COVID-19. Foram realizados aquecimentos iniciais, incluindo alongamento estático dos músculos dos membros superiores e inferiores após, os participantes realizaram exercícios aeróbicos de baixa intensidade, incluindo esteira e cicloergômetro, seguido de treinamento de resistência e alongamento suave de todos os principais músculos¹⁷.

Os artigos A1 e A3 citavam orientações referentes à temática de reabilitação fisioterapêutica como forma de continuidade do cuidado aos pacientes idosos com a COVID-19, após a alta hospitalar. Estudos complementares identificaram que o fisioterapeuta foi considerado um dos importantes profissionais no enfrentamento dessa doença para a recuperação das capacidades funcionais e sistema respiratório, além do processo de gerenciamentos nas redes de saúde^{17,19,26,27}.

Além deles, outros profissionais foram importantes no combate à COVID-19 na perspectiva de assistência hospitalar, como terapeutas ocupacionais ampliando o desempenho ocupacional funcional com independência/autonomia, preparando os pacientes para a alta e reintegração na comunidade²⁸; psicólogos com estratégias interventivas durante e após a internação hospitalar, além do suporte psicológico aos pacientes e familiares²⁹; fonoaudiólogos com recomendações e educação sobre higiene vocal, recuperação da disfagia e disfonia, orientação sobre a traqueostomia, prevenção de broncoaspiração e adaptação de consistências alimentares^{30,31}, além dos médicos e enfermeiros no atendimento aos pacientes acometidos pela doença.

Acerca da necessidade de acompanhamento pós COVID-19 estudo japonês sobre a assistência aos pacientes idosos, seguiu um protocolo de reabilitação de fisioterapia pulmonar com orientações de exercícios domiciliares após a alta hospitalar,

como caminhada, treinamento de força muscular de membros inferiores com cadeia cinética fechada, treinamento de força de membros superiores com *Thera-Band* e treino de equilíbrio¹⁹.

Dos artigos incluídos sobre reabilitação e orientações fisioterapêuticas pós alta, foram encontradas lacunas sobre o tipo de metodologia adotada no momento de ofertar as orientações citadas, como ferramenta de educação em saúde destinadas aos pacientes. Para tanto, uma das estratégias de acompanhamento pós-hospitalar que podem ser utilizadas para direcionar os pacientes são cópias impressas ou um plano de reabilitação usando *smartphone* para tele-monitoramento e telessuporte, com vídeos de exercícios pré-gravados pautados na intervenção precoce^{18,32}.

Na mesma perspectiva de reabilitação dessa doença pós alta hospitalar, estudo publicado em Cingapura mostrou que a equipe de fisioterapia realizou atendimentos customizados incluindo materiais impressos sobre os exercícios a serem realizados em casa, de forma independente. As principais orientações citavam: -caminhar e subir escadas; -exercícios de amplitude de movimento; -exercícios de fortalecimento de membros; -conservação de energia, estimulação, planejamento e priorização de atividades; -exercícios de respiração diafragmática; -dispositivos auxiliares de marcha e -contatos de emergência¹⁹.

Mesmo diante da necessidade de um acompanhamento em serviço de reabilitação, ainda é preciso implementar orientações técnicas de assistência à saúde, correspondente ao intervalo entre o retorno para casa até a procura de um serviço especializado de reabilitação na rede de atenção à saúde, para a continuidade de um tratamento de autocuidado, em busca da qualidade de vida e bem estar do idoso, com sintomatologia prolongada, mesmo após a alta hospitalar.

Os achados científicos sobre os déficits na função física dos idosos acometidos com a COVID-19 validaram as recomendações para encaminhar os sobreviventes à submissão de uma avaliação individualizada e multicomponente¹, possibilitando identificar demandas clínicas individuais solucionadas por orientações de educação em saúde,

para promover e manter a saúde e, quando possível, evitar ou reduzir a necessidade de uma intervenção de reabilitação prolongada.

Gerenciamento de sintomas e/ou supervisão da recuperação funcional

Quanto às estratégias eficazes para monitorar o paciente, estudo norte americano sugeriu que a oximetria de pulso ambulatorial tem o potencial de auxiliar no desafio de acompanhar os pacientes com a COVID-19 que receberam alta e orientá-los a retornar ao atendimento quando necessário. Os principais fatores que permitiram o supervisionamento dos pacientes foram: -um protocolo multidisciplinar com médico, técnico de emergência, enfermeiro e prontuário eletrônico de saúde; -instruções de acompanhamento e telefonemas eficazes e -comunicação do sistema de saúde com o paciente, médico de emergência e cuidados primários¹⁸. Dados deste estudo A2¹⁸, perfilavam-se em instruções para o auto encaminhamento ao pronto-socorro fornecendo aos pacientes uma abordagem de monitoramento e acompanhamento da função respiratória por meio da oximetria, além de fornecer instruções de identificação de hipóxia e manuseio do equipamento (oxímetro) por escrito, com um documento anexado ao resumo de alta hospitalar.

Um monitoramento dessa natureza torna-se difícil de acontecer no Brasil, pois grande parte dos atendimentos são realizados no Sistema Único de Saúde aos pacientes que, geralmente, não possuem condições financeiras para a aquisição destes equipamentos.

Cerca de 80% dos pacientes relataram apresentar maiores prejuízos cognitivos graves associados ao grau de disfunção pulmonar ao longo prazo, sintomas respiratórios, sugerindo uma possível ligação potencial à entrega restrita de oxigênio ao cérebro³⁰. As sequelas cognitivas (73% na alta hospitalar, 46% em 1 ano e 47% em 2 anos após a alta) indicam que casos graves da doença associados à síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) podem vir a afetar o desempenho cognitivo dos sobreviventes, ao longo prazo³³.

Um dos pontos positivos do estudo norteamericano (A2¹⁸) é a instrução de médicos, técnicos de emergência e enfermeiros para o monitoramento dos sintomas, mesmo que de forma pontual, bem como a estratégia escrita de orientação com característica de abordagem de educação em saúde, com base no autocuidado do próprio paciente, para identificar os limiares das sequelas da COVID-19.

Muitos dos que necessitavam de assistência hospitalar devido a essa doença apresentavam sintomas persistentes, mesmo 110 dias após a alta, incluindo-se fadiga (55%), dispneia (42%), perda de memória (34%), concentração e distúrbios do sono (28% e 30,8%, respectivamente), necessitando de acompanhamento e supervisão em longo prazo e de programas de reabilitação³⁴.

Sintomatologia prolongada foi encontrada em estudos realizados na França³⁵, Turquia³⁶, Inglaterra³⁷, Estados Unidos³⁸ e Brasil³⁹ demonstrando que após a alta hospitalar, os pacientes ainda apresentavam alterações respiratórias, cardiológicas, psicológicas, emocionais e sociais.

Um forte preditor da necessidade de acompanhamento, tanto de pacientes hospitalizados quanto dos que receberam alta do pronto-socorro, foi a questão da idade avançada. O acompanhamento multidisciplinar deles tornou-se crucial para evitar sintomatologias tardias⁴⁰. Tais dados assemelham-se aos resultados do artigo A2¹⁸, que apresentou a idade mediana de 51,7 anos, em referência aos pacientes com a COVID-19 que necessitaram de monitoramento e orientações pós alta hospitalar.

Uma proporção significativa de sobreviventes da doença apresentou fatores de incapacidade funcional e alterações psicológicas como ansiedade no momento da alta⁴¹. O risco persistiu e os dados reforçaram a necessidade de acompanhamento dos pacientes após a alta para cuidados contínuos, com a utilização de protocolos para avaliá-los evitando complicações da COVID-19, além de fornecer os recursos necessários para otimizar seus cuidados em casa⁴².

Estudo realizado na Geórgia (A4) que mencionou os cuidados médicos pós-alta aos pacientes diagnosticados com essa enfermidade, mostrou

informações hospitalares com dados compilados de prontuários e planos de cuidados e evidenciou que pouco se conhecia sobre as necessidades de saúde referentes ao acompanhamento de pacientes hospitalizados com a COVID-19, após a sua alta²⁰. No Brasil, estudo com características assemelhadas recomendou a abordagem de equipe interprofissional com o desenvolvimento de medidas preventivas, técnicas de reabilitação e estratégias de gerenciamento clínico, para abordar o cuidado e a qualidade de vida dos pacientes⁴³.

Os resultados da pesquisa norte-americana destacaram que 75 pacientes (24,2%) necessitaram de algum serviço domiciliar na alta, incluindo assistência de profissionais de fisioterapia ou terapia ocupacional (13,5%), enfermagem (5,2%) e oxigenoterapia domiciliar (41,13,2%)⁴⁴. Pacientes com comprometimento da memória, confusão mental e alteração cognitiva podem ser encaminhados para o atendimento de neurologia, fisioterapia e terapia ocupacional ou para otorrinolaringologia e fonoaudiologia, caso apresentem disfagia⁴⁵. Tais resultados demonstram a importância do trabalho coletivo, realizado por uma equipe interprofissional, com intervenções e condutas técnicas em prol de uma assistência à saúde de forma holística, aos pacientes em recuperação das sequelas decorrentes da COVID-19.

Quanto ao comprometimento cognitivo, estudo nacional, mostrou que terapeutas ocupacionais desenvolveram um material educativo para prevenção e manejo de *delirium* em pacientes com COVID-19 no contexto hospitalar⁴⁶. Em outra investigação⁴⁷, os comprometimentos neurológicos graves como *delirium*, encefalopatia e estado mental alterado foram associados à necessidade de reabilitação contínua.

No estudo A4, a maioria dos idosos (72,6%) recebeu orientação documentada para continuar o isolamento após a alta com a COVID-19, mas apenas 18,1% receberam instruções específicas sobre a duração do isolamento adequado. Apesar da alta taxa de anormalidades eletrolíticas e Lesão Renal Aguda durante a internação, apenas 31 pacientes receberam instruções e orientações para realizarem exames de sangue de acompanhamento^{20,48}.

Após a alta, o paciente recuperado da COVID-19 ainda deve permanecer em isolamento social e atentar-se ao repouso, nutrição, temperatura corporal e prevenção de infecção, além de realizar exames de rotina de sangue de controle, para a detecção do Sars-Cov-2 e, quando necessário, uma reavaliação com tomografia computadorizada de tórax⁴⁶.

Se esses pacientes alcançam um nível de estabilidade clínica no âmbito hospitalar, as equipes médicas devem decidir quando será apropriado dar-lhes alta para casa, porém muitas vezes os pacientes no retorno ao domicílio não compreendem ou não reconhecem os sintomas persistentes como significativos, o suficiente, para justificar a procura de um serviço de saúde para reavaliação⁴⁹. Há escassez de publicações em torno da fragilidade do paciente em compreender seu próprio processo de cuidado em saúde, de identificar as suas reais necessidades após a alta hospitalar da COVID-19 e, até mesmo, de direcionamentos e orientações sobre o manejo das sintomatologias persistentes, para postergar a necessidade de uma intervenção reabilitadora.

Esta revisão evidenciou que os países com a maior produção científica sobre o tema pesquisado foram os asiáticos (50% das publicações). Indicadores bibliométricos informam que diversas pesquisas desenvolvidas para a prevenção e o controle da COVID-19 foram realizadas, sobretudo, na China, que contribuiu para o fornecimento de dados importantes para a condução da assistência à saúde em todo o mundo, por se tornar o epicentro da mencionada pandemia⁴⁷⁻⁴⁹.

Dos quatro artigos¹⁷⁻²⁰ analisados nesta revisão, todos abordaram o tema da continuidade do cuidado. Quanto a questão das orientações multidisciplinares e sua metodologia percebe-se que não há foco em direcionar esse tipo de abordagem nas intervenções, mas sim garantir a inserção de um acompanhamento em torno de reabilitar os déficits funcionais de forma supervisionada.

Considerando a quantidade de artigos analisados sobre a temática, identificou-se a limitação na concepção de estudos metodologicamente robustos com níveis de evidências científicas maiores para

direcionar equipes interprofissionais do contexto hospitalar a utilizar estratégias de intervenções pautadas na prevenção, promoção e manutenção da saúde, favorecendo o autocuidado ampliado, seguro e efetivo.

Verificou-se como limitação no estudo a escassez na produção de materiais e informações sobre o tema investigado, demonstrando a lacuna no conhecimento científico sobre a assistência hospitalar e das estratégias para educação em saúde direcionadas ao planejamento da alta qualificada para idosos com a COVID-19, de forma interprofissional. Entretanto, o estudo avançou o conhecimento reforçando a importância do tema, indicando a necessidade de mais contribuições teórico/práticas que podem trazer outras possíveis respostas/soluções aos problemas que acontecem aos idosos com alta hospitalar pós-COVID-19.

CONCLUSÃO

As principais publicações consideradas nesta revisão abordaram a temática da continuidade do cuidado com a perspectiva de intervenção em reabilitação e gerenciamento de sintomas e/ou supervisão da recuperação funcional, sendo tais orientações realizadas por equipes multiprofissionais.

AUTORIA

- Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa – Administração do Projeto, Análise Formal, Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Supervisão, Validação e Visualização.
- Renata Clecia Neves Leite – Análise Formal, Curadoria de Dados, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição, Metodologia, Validação e Visualização.
- Renata Gomes Barreto – Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição.

- Cícera Patrícia Daniel Montenegro – Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição.
- Fábio de Souza Terra – Escrita - Revisão e Edição, Metodologia.
- Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi – Administração do Projeto, Conceituação, Análise Formal, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição e Visualização.

Editado por: Yan Nogueira Leite de Freitas

13 de 15

REFERÊNCIAS

1. Mandora E, Comini L, Olivares A, Fracassi M, Cadei MG, Paneroni M, Vitacca M. Patients recovering from covid-19 pneumonia in sub-acute care exhibit severe frailty: Role of the nurse assessment. *Journal of clinical nursing*. 2021;30(7-8), 952-960. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15637>
2. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Guia para Manejo Pós-Covid-19. Belo Horizonte, 2021. [acesso em 27 julh. 2022]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/guia_manejo_pos-covid-21-09-2021.pdf
3. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Cao B. 6-month consequences of covid-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*. 2021;397(10270), 220-232. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
4. Horwitz LI, Garry K, Prete AM, Sharma S, Mendoza F, Kahan T, Weerahandi H. Six-month outcomes in patients hospitalized with severe covid -19. *Journal of general internal medicine*. 2021;36(12), 3772-3777. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07032-9>
5. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da covid-19 na Atenção Especializada - 1ª edição. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília - DF. 2020. [acesso em 27 julh. 2022]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf
6. Graça N. P, Viscont NRGR, Santos MIV, Capone D, Cardoso AP, Mello FCQ. covid-19: Seguimento após a alta hospitalar. *Pulmão RJ*. 2020;29(1), 32-36.
7. Baker TL, Greiner JV. Guidelines: discharge instructions for covid-19 patients. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2021; 12:21501327211024400. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21501327211024400>
8. Polsky MB, Moraveji N. Post-acute care management of a patient with covid-19 using remote cardiorespiratory monitoring. *Respiratory Medicine Case Reports*. 2021;33,101436. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2021.101436>
9. Mendes KDS, Silveira RCDP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*. 2008; 17:758-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC., Mulrow CD. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2022; 31(2): e2022107. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000200033>
11. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*. 2016;5(1):1-10.
12. Mendes KDS, Silveira RCCPG, Cristina M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2008; 17(4):758-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos de acurácia diagnóstica. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. [acesso em 06 jan. 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf
14. Ursi, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. 105f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
16. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020. [acesso em 10 mar. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
17. Nambi G, Abdelbasset WK, Alrawaili SM, Elsayed SH, Verma A, Vellaiyan A, Saleh AK. Comparative effectiveness study of low versus high-intensity aerobic training with resistance training in community-dwelling older men with post-covid-19 sarcopenia: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2022;36(1):59-68.
18. Gootenberg DB, Kurtzman N, O'Mara T, Jennifer YG, Chiu D, Shapiro NI, Dagan A. Developing a pulse oximetry home monitoring protocol for patients suspected with covid-19 after emergency department discharge. *BMJ Health & Care Informatics*. 2021;28(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2021-100330>
19. Saeki T, Ogawa F, Matsumiya M, Yamamura M, Oritsu H, Nonogaki M, Nakamura T. Long-Term Decreased Exercise Capacity of covid-19 Patients Who Received Mechanical Ventilation in Japan: A Case Series. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2021;100(8):737-741. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0000000000001803>
20. Loerinc LB, Scheel AM, Evans ST, Shabto JM, O'Keefe GA, O'Keefe JB. Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with covid-19. In *Healthcare*. 2021;9(1):100512. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100512>
21. Rygiel KA, Picard M, Turnbull DM. The ageing neuromuscular system and sarcopenia: a mitochondrial perspective. *J Physiol*. 2016;15(16):4499-512. Disponível em: <https://doi.org/10.1113/JP271212>
22. Canuto KAT, Rocha MEF da, Favero ABL, Gouveia ML de A, Dias ALP, Veloso JA de P. Avaliação do perfil clínico e sarcopenia no desfecho final de idosos internados com COVID-19. *RSD [Internet]*. 2022; 11(4):e5011426881. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26881>
23. Araujo B, Chiamulera GB, Saretto CB. O impacto da pandemia covid-19 sobre a fragilidade física e a capacidade funcional de idosos. *FisiSenectus. Unochapecó*. 2021; 9:2318-3381. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.22298/rfs.2021.v.9.n.1.5952>
24. Ali AM, Kunugi H. Screening for sarcopenia (physical frailty) in the covid-19 era. *International Journal of Endocrinology*, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/5563960>
25. Riesgo H, Castro A, Del Amo S, San Ceferino MJ, Izaola O, Primo D, de Luis DA. Prevalence of risk of malnutrition and risk of sarcopenia in a reference hospital for covid-19: relationship with mortality. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2021; 77(6):324-329. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000519485>
26. Belli S, Balbi B, Prince I, Cattaneo D, Masocco F, Zaccaria S, Spruit MA. Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in covid-19 patients who survived hospitalisation. *European Respiratory Journal*. 2020;56(4):2002096. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/13993003.02096-2020>
27. Paz LES, Bezerra BJDS, Pereira TMDM, Silva WED. covid-19: a importância da fisioterapia na recuperação da saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2021;19(1):94-106. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-709>
28. De-Carlo MMRDP, Gomes-Ferraz CA, Rezende G, Buin L, Moreira DJA, Souza KLD, Vendrusculo-Fangel LM. Diretrizes para a assistência da terapia ocupacional na pandemia da covid-19 e perspectivas pós-pandemia. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2020;53(3):332-69. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p332-369>
29. dos Santos Rodrigues JV, Teixeira ACM, de Almeida ACDA. Intervenções em psicologia hospitalar durante a pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2021;10(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20288>
30. Dorta BCLC, Peixoto FVV, Sousa MM, de Andrade VS. Fonoaudiologia e covid-19: Inovação e desafios num hospital público. *Gep News*. 2022;6(1):130-135.
31. Archer SK, Iezzi CM, Gilpin L. Resultados de deglutição e voz em pacientes hospitalizados com covid-19: um estudo observacional de coorte. *Arquivos de Medicina Física e Reabilitação*. 2021;102(6):1084-1090. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.01.063>
32. Ramalingam MB, Huang Y, Lim PA. Rehabilitation of a post-intensive care unit patient after severe covid-19 pneumonia. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2020;99(12):1092-1095. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0000000000001606>

33. Miskowiak KW, Johnsen S, Sattler SM, Nielsen S, Kunalan K, Rungby J, Porsberg C. M. Cognitive impairments four months after covid-19 hospital discharge: Pattern, severity and association with illness variables. *European Neuropsychopharmacology*. 2021;46:39-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.03.019>
34. Liu YH, Wang YR, Wang QH, Chen Y, Chen X, Li Y, Wang YJ. Post-infection cognitive impairments in a cohort of elderly patients with covid-19. *Molecular neurodegeneration*. 2021;16(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13024-021-00469-w>
35. Güler T, Yurdakul FG, Acar Sivas F, Kiliç Z, Adigüzel E, Yaşar E, Bodur H. Rehabilitative management of post-acute covid-19: clinical pictures and outcomes. *Rheumatology International*. 2021;41(12):2167-2175. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00296-021-05003-1>
36. Long Q, Li J, Hu X, Bai Y, Zheng Y, Gao Z.. Follow-ups on persistent symptoms and pulmonary function among post-acute covid-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.702635>
37. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, Sivan M. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of covid-19 infection: a cross-sectional evaluation. *Journal of medical virology*. 2021;93(2):1013-1022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
38. Kingery JR, Bf Martin P, Baer BR, Pinheiro LC, Rajan M, Clermont A, Goyal P. Thirty-day post-discharge outcomes following covid-19 infection. *Journal of general internal medicine*. 2021;36(8):2378-2385. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06924-0>
39. Santos KFA, Aidar TDPS. Síndrome pós covid: principais sintomas persistentes e possíveis fatores de risco. Distrito Federal [Trabalho de Conclusão de Curso] 2022.
40. De Lorenzo R, Conte C, Lanzani C, Benedetti F, Roveri L, Mazza MG, Rovere-Querini P. Residual clinical damage after covid-19: A retrospective and prospective observational cohort study. *PLoS One*. 2020;15(10), e0239570. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239570>
41. Zhu S, Gao Q, Yang L, Yang Y, Xia W, Cai X, Reinhardt JD. Prevalence and risk factors of disability and anxiety in a retrospective cohort of 432 survivors of Coronavirus Disease-2019 (covid-19) from China. *PloS one*. 2020;15(12), e0243883. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243883>
42. Kingery JR, Bf Martin P, Baer BR, Pinheiro LC, Rajan M, Clermont A, Goyal P. Thirty-day post-discharge outcomes following covid-19 infection. *Journal of general internal medicine*. 2021;36(8):2378-2385. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06924-0>
43. Santhosh L, Block B, Kim SY, Raju S, Shah RJ, Thakur N, Parker AM. Rapid design and implementation of post- covid-19 clinics. *Chest*. 2021;160(2):671-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.044>
44. Barreto RG, de Sousa WCM, da Silva SMAF, de Souza TA, da Silva EC, da Silva Brito B, de Araújo Silvestre MC. Recurso terapêutico ocupacional para tratamento de delirium em pacientes com covid-19. *Revista Neurociências*. 2020;28:1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2020.v28.11028>
45. Claflin ES, Daunter AK, Bowman A, Startup J, Reed E, Krishnan C, Kratz AL. Hospitalized patients with covid-19 and neurological complications experience more frequent decline in functioning and greater rehabilitation needs. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2021;100(8):725-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001807>
46. Chen Q, Quan B, Li X, Gao G, Zheng W, Zhang J, Han W. A report of clinical diagnosis and treatment of nine cases of coronavirus disease 2019. *Journal of medical virology*. 2020;92(6):683-687. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25755>
47. Polsky MB, Moraveji N. Post-acute care management of a patient with covid-19 using remote cardiorespiratory monitoring. *Respiratory Medicine Case Reports*. 2021;33:101436. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2021.101436>
48. Vickory F, Ridgeway K, Falvey J, Houwer B, Gunlikson J, Payne K, Niehaus W. Safety, Feasibility, and Outcomes of Frequent, Long-Duration Rehabilitation in an Inpatient Rehabilitation Facility After Prolonged Hospitalization for Severe covid-19: An Observational Study. *Physical Therapy*. 2021;101(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab208>
49. Costa ICP, Sampaio RS, Souza FACD, Dias TKC, Costa BHS, Chaves EDCL. Produção científica em periódicos online sobre o novo coronavírus (covid-19): pesquisa bibliométrica. *Texto & Contexto- Enfermagem*. 2020;29:e20200235. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0235>

