

ADAPTAÇÃO DE LONGEVOS NO DOMICÍLIO APÓS INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E ALTA HOSPITALAR

Jessica Lane Pereira Santos¹ 

Larissa Chaves Pedreira¹

Juliana Bezerra do Amaral¹

Valdenir Almeida da Silva¹

Álvaro Pereira¹ 

Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar²

¹Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

²Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar estímulos que interferem na adaptação de longevos no domicílio, após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar.

Método: estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com longevos que estiveram internados na unidade de terapia intensiva e já se encontravam em domicílio, após alta hospitalar. A coleta de dados ocorreu através de entrevista aberta e foi realizada na unidade de terapia intensiva do hospital e no domicílio dos longevos. As visitas domiciliares aconteceram entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, e foram realizadas em sete cidades. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, e a discussão pautou-se na Teoria de Adaptação de Callista Roy. Os cuidados éticos e legais foram rigidamente respeitados.

Resultados: participaram do estudo 11 longevos, com idade entre 80 e 94 anos. A partir dos depoimentos dos participantes emergiram duas categorias: Estímulos que contribuem para respostas comportamentais adaptáveis em longevos e Estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos.

Conclusão: os principais estímulos que contribuíram para um comportamento adaptativo dos longevos foi o retorno para o seu domicílio, o apoio familiar e a rede de apoio social. Em contrapartida, os estímulos que afetaram negativamente a adaptação foi o medo, a falta de informação e dificuldades na continuidade do cuidado. Ressalta-se o papel fundamental dos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva e da unidade hospitalar no preparo do longo e sua família para a alta hospitalar e retorno domiciliar.

DESCRIPTORIOS: Idoso de 80 anos ou mais. Unidades de terapia intensiva. Alta do paciente. Adaptação. Resultados de cuidados críticos.

COMO CITAR: Santos JLP, Pedreira LC, Amaral JB, Silva VA, Pereira A, Aguiar ACSA. Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso MÊS ANO DIA]; 28:e20180286. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0286>

ADAPTATION OF LONG-LIVED ELDERS AT HOME AFTER HOSPITALIZATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND HOSPITAL DISCHARGE

ABSTRACT

Objective: to identify stimuli that interfere with the adaptation of long-lived elders at home after hospitalization in the intensive care unit and hospital discharge.

Method: a descriptive study with a qualitative approach, conducted with elderly individuals who were hospitalized in the intensive care unit and were already at home after hospital discharge. Data collection took place through open interviews and was performed at the intensive care unit of the hospital and at the home of the elderly. Home visits took place between December 2017 and February 2018, and were conducted in seven cities. Bardin's content analysis was used, and the discussion was based on Callista Roy's Adaptation Theory. Ethical and legal cares were strictly respected.

Results: eleven long-lived elders, aged between 80 and 94 years old, took part in the study. Two categories emerged from the participants' testimonies: Stimuli that contribute to adaptive behavioral responses in the long-lived elders and Stimuli that negatively affect the adaptation of the long-lived elders.

Conclusion: the main stimuli that contributed to the adaptive behavior of the long-lived elders were the return to their homes, family support and the social support network. In contrast, the stimuli that negatively affected adaptation were fear, lack of information and difficulties in continuing the care. The critical role of the health professionals in the intensive care unit and the hospital unit in preparing longevity the long-lived elders their families for hospital discharge and home return is highlighted.

DESCRIPTORS: Elderly aged 80 years old or more. Intensive care units. Patient discharge. Adaptation. Results of critical cares.

ADAPTACIÓN DE LOS ANCIANOS A SUS DOMICILIOS DESPUÉS DE LA INTERNACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DEL ALTA HOSPITALARIA

RESUMEN

Objetivo: identificar los estímulos que interfieren en la adaptación de los ancianos a sus domicilios, después de la internación en una unidad de cuidados intensivos y del alta hospitalaria.

Método: estudio descriptivo de abordaje cuantitativo realizado con ancianos que estuvieron internados en una unidad de cuidados intensivos y ya se encontraban de regreso en sus domicilios después del alta hospitalaria. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas abiertas que se realizaron en una unidad de cuidados intensivos de un hospital y en los domicilios de los ancianos. Las visitas domiciliarias tuvieron lugar entre diciembre de 2017 y enero de 2018 en siete ciudades. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin, y la discusión se pauteó sobre la base de la Teoría de Adaptación de Callista Roy. Se respetaron estrictamente los reparos éticos y legales.

Resultados: del estudio participaron 11 ancianos, de 80 a 94 años de edad. A partir de las declaraciones de los participantes surgieron dos categorías: Estímulos que ayudan a lograr respuestas comportamentales adaptables en los ancianos y Estímulos que afectan negativamente la adaptación de los ancianos.

Conclusión: los principales estímulos que favorecen un comportamiento de adaptación en los ancianos fueron el regreso a sus domicilios, el apoyo familiar y la red de apoyo social. Como contrapartida, los estímulos que ejercieron un efecto negativo sobre la adaptación fueron el miedo, la falta de información y las dificultades para proseguir con los cuidados. Se resalta el papel fundamental de los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados intensivos y en unidades hospitalarias en la preparación de los ancianos y de sus familias para el alta hospitalaria y el regreso a sus domicilios.

DESCRIPTORES: Anciano de al menos 80 años de edad. Unidades de cuidados intensivos. Alta del paciente. Adaptación. Resultados de cuidados críticos.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo mundialmente, em decorrência da diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. No Brasil, entre os anos de 2005 e 2015, observou-se um aumento percentual da população idosa, que passou de 9,8% para 14,3%, respectivamente.¹ Como efeito da transição demográfica, percebe-se ainda o aumento na proporção de longevos, aqueles com 80 anos de idade ou mais e, da necessidade de hospitalização; tendência também verificada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).²

Nos idosos hospitalizados, ainda que o domínio biológico seja comumente o mais afetado, observa-se também que as alterações psicológicas e sociais podem tornar essa população mais susceptível às doenças e incapacidades.³ Além disso, no se concerne à UTI, é possível observar que mesmo nos idosos que apresentam um bom estado funcional à admissão na unidade, ocorre uma degradação significativa do seu estado no momento da alta hospitalar.⁴

Os longevos vivenciam um processo de envelhecimento que os impõe a um grau de fragilidade e exige atenção qualificada, quando do retorno ao domicílio após alta hospitalar, visto que no domicílio, idoso e familiar partilharão de novas demandas de cuidado, que requerem adaptação e apoio institucional capazes de prevenir complicações e readmissões.⁵ Conforme o Modelo de Adaptação de Roy, a mudança de ambiente estimula a pessoa a desenvolver respostas adaptáveis, e a criar novas respostas para esta condição, que podem ser positivas ou ineficazes.⁶

Sobre o processo de adaptação, a Teoria da Adaptação de Callista Roy compreende a pessoa como um sistema adaptativo e holístico e defende que estímulos internos e externos afetam as pessoas e influenciam nas respostas desencadeadas.⁷ Dentre as principais contribuições das Teorias de Enfermagem no século XX, têm-se o enfoque dado à pessoa como um ser holístico, como forma de se alcançar a saúde, e a “adaptação” é entendida como um importante conceito na área de enfermagem.⁸

Um “estímulo” é definido como aquilo que provoca uma resposta, e abrange tudo o que afeta e causa influência no desenvolvimento e no comportamento da pessoa. São avaliados a partir do comportamento observado, sendo possível definir se o seu efeito na pessoa é positivo ou negativo.⁶ Logo, esse estudo questiona quais são os estímulos que interferem na adaptação do longo vivo no domicílio, após hospitalização na UTI? Objetiva assim, identificar estímulos que interferem na adaptação de longevos no domicílio, após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar.

A Teoria da Adaptação de Roy fornecerá os subsídios para compreender o processo adaptativo dessas pessoas no retorno aos seus domicílios, considerando os estímulos presentes em seu meio que irá gerar os comportamentos nos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, interdependência e desempenho de papel. A investigação parte do pressuposto de que esses idosos são afetados em sua integridade biopsicossocial no período de hospitalização na UTI, e que tal condição exige uma resposta adaptativa às novas condições de saúde.

Acredita-se que o conhecimento produzido nesta área poderá proporcionar maior vigilância e direcionar um cuidado a essa população, a partir do momento em que se compreende como a alta hospitalar e o retorno domiciliar são vivenciados pelos longevos, e ao identificar as suas facilidades, dificuldades e a eficácia/necessidade de cuidados específicos no domicílio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em um município de médio porte, localizado no Sudoeste do Estado da Bahia, a 700 km da capital Salvador/BA.

A pesquisa foi realizada em dois locais: na UTI de um hospital e na residência de longevos que estiveram internados nessa unidade. O hospital é público e dispõe de uma UTI com 10 leitos destinados aos cuidados intensivos para pessoas adultas e idosas, com demandas clínicas e cirúrgicas, e atende pacientes oriundos de várias microrregiões vizinhas, sendo um serviço de referência para cerca de 30 municípios.

Os participantes da pesquisa foram os longevos identificados na UTI, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido internado na UTI do hospital por um período mínimo de 24 horas, ainda que a sua alta hospitalar tenha sido proveniente de outra unidade, como da Clínica Médica ou da Clínica Cirúrgica, ou mesmo através de outro hospital, nos casos de transferência; ter tido alta hospitalar no período mínimo de uma semana e máximo de 12 meses, já que de acordo com estudos, a taxa de mortalidade nessa faixa etária após 12 meses da admissão na UTI é elevada;⁹ ter condições de estabelecer o processo de comunicação verbal durante a entrevista.

Como critérios de exclusão elencaram-se: àqueles que, no momento da entrevista, não se encontravam em condições de saúde adequadas, apresentando sonolência, hipoatividade, indisposição ou dor, após duas tentativas, e os que não foram localizados pelo contato telefônico ou encontrados no domicílio após dois agendamentos e visita.

Inicialmente, a pesquisadora identificou no livro de registros da UTI, os longevos que estiveram internados e saíram de alta da unidade no período de um ano, considerando o primeiro dia de visita na unidade como o período final da coleta. Dessa forma, o período que abrangeu a coleta foi de 16 de outubro de 2016 a 16 de outubro de 2017, totalizando os pacientes internados no período de um ano. A partir daí, foram selecionados àqueles internados por um período mínimo de 24 horas na UTI.

Durante a coleta de dados na UTI, foram identificados 26 longevos que estiveram internados no período de interesse. Desses, seis foram a óbito durante a internação e 20 tiveram alta da unidade. Em contato telefônico com os longevos que tiveram alta, foi informado que cinco tinham ido a óbito após retornarem ao domicílio e dois apresentavam discurso incoerente. Não foi possível localizar outros dois longevos. Dessa forma, participaram da pesquisa 11 longevos que atendiam aos critérios de inclusão. Não houve exclusões.

No livro de registro da unidade encontraram-se informações referentes à identificação do longo, sua idade, diagnóstico, dia de admissão e de alta da UTI. Informações referentes ao endereço e contato telefônico daqueles selecionados foram coletadas na agenda da unidade, uma vez que não foi possível ter acesso aos prontuários no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital.

Depois da identificação dos longevos elegíveis para participarem do estudo, foi realizado um primeiro contato por telefone. Nessa ocasião, foi explicada a finalidade do estudo e questionado sobre o interesse em participar. Na sequência, como não houve recusas, foi agendado o dia da visita para realização da entrevista. Detalhes referentes à explicação da pesquisa e agendamento da visita foram conversados com o familiar do longo, já que o contato disponível na UTI era referente ao seu responsável.

As visitas domiciliares aconteceram entre os dias 07 de dezembro de 2017 e 28 de fevereiro de 2018, e foram realizadas em sete cidades, uma vez que a maioria dos longevos residia em outros municípios.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista aberta, com oito questões norteadoras previamente elaboradas registradas através de um gravador e questões relacionadas aos aspectos sócio demográfica. Em todos os participantes, aplicou-se o Índice de Katz e de Lawton, para avaliação da capacidade em realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), respectivamente. Também se utilizou um roteiro para observação da estrutura do domicílio, organizado pelo Ministério da Saúde.¹⁰

A análise das informações foi realizada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo temática, proposta por Laurence Bardin, é um método científico que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, organizados em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação.¹¹

A etapa inicial de pré-análise é a fase na qual os dados são organizados e formam o *corpus* da pesquisa.¹² Assim, para esta etapa, inicialmente foi realizada leitura flutuante para identificação e seleção das ideias relevantes obtidas na coleta de dados, com foco no objeto do estudo.

Na fase de exploração, que consiste no aprofundamento do estudo sobre o *corpus* estabelecido,¹² foi realizada a leitura exaustiva dos depoimentos, com o intuito de categorizar os resultados de acordo com os temas identificados, visando um melhor entendimento das questões analisadas.

Por fim, na etapa de tratamento, atentou-se para a interpretação, seguindo a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade, para produção de resultados que pudessem trazer novos conhecimentos. Os dados obtidos foram discutidos com base no referencial teórico do Modelo de Adaptação de Callista Roy, utilizando-se também evidências da literatura sobre o tema. Dessa forma, foram identificados os estímulos apresentados pelas pessoas investigadas.

Para preservar a identidade dos participantes, optou-se por identifica-los nos depoimentos através da letra “L” de longo, seguido de “M” ou “F” para designar se do sexo feminino ou masculino, e de um algarismo numérico apresentando a ordem em que as entrevistas foram realizadas, por exemplo LM1, LM2, LF3... LM11.

A pesquisa foi pautada nos preceitos éticos que regem a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após autorização do CEP, iniciou-se a coleta de dados, na qual todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante plenos direitos ao entrevistado, respaldando-se em normas que assegure sua integridade pessoal e compromisso com o responsável pela pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 11 longevos, seis do sexo feminino e cinco do sexo masculino; a faixa etária variou entre 80 e 94 anos e todos residiam em municípios de pequeno porte, onde grande parte preservava traços de estilo de vida rural. O tempo de internação na UTI variou de três a 39 dias, e em relação ao diagnóstico médico, prevaleceram os distúrbios gastrointestinais. O Quadro 1, abaixo apresenta as informações coletadas na UTI sobre os longevos:

Quadro 1 – Informações dos longevos referente a idade, quantidade de dias que ficou internado na unidade de terapia intensiva e diagnóstico no momento da internação. Bahia, Brasil, 2018.

	Idade durante internação	Dias de internação na UTI	Diagnóstico na unidade de terapia intensiva
LM1	92	39	Bradiarritmia grave secundária a P2 + Infarto Agudo do Miocárdio + miocardiopatia dilatada
LM2	88	17	Pós-operatório Imediato de Laparotomia Exploratória (hemicolecomia a Direita) + abdome agudo obstrutivo + sepse
LF3	82	09	Drenagem de abscesso
LM4	81	09	Dissecção de aorta

Quadro 1 – Cont.

	Idade durante internação	Dias de internação na UTI	Diagnóstico na unidade de terapia intensiva
LF5	85	06	Coleperitônio + Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes Mellitus
LF6	81	03	Tromboembolismo pulmonar? Cardiopatia + Hipertensão Arterial Sistêmica
LF7	81	16	Insuficiência Cardíaca Congestiva + Pneumonia
LF8	94	05	Pós-operatório Imediato de Laparotomia Exploratória (tumor gástrico) + obstipação + Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes Mellitus
LF9	84	06	Hipertensão Arterial Sistêmica + hematoma cerebral + plaquetopenia a esclarecer
LM10	85	03	Pós-operatório Imediato de correção de fratura de fêmur + trauma com fratura de úmero + fêmur
LM11	80	07	Abdome Agudo

*Unidade de Terapia Intensiva

Em relação aos aspectos sócios demográficos, a maioria era casada (n=05), cursou apenas o ensino fundamental incompleto (n=08) e autodeclarou-se branco (n=05). Todos informaram receber uma renda de até dois salários mínimos e estarem aposentados. Dos 11 longevos, nove alegaram necessitar de um cuidador, cujo papel era desempenhado, em sua maioria, por algum familiar do sexo feminino.

No que concerne ao desempenho das ABVD, dos 11 longevos, apenas dois foram classificados como “independente para todas as atividades”; os demais apresentavam dependências em uma, duas, quatro, cinco ou todas as seis funções elencadas. Na avaliação das AIVD, cinco longevos foram classificados como dependentes graves e dois como totalmente dependentes das nove funções analisadas; apenas um apresentou dependência leve e nenhum foi avaliado como independente.

Sobre os aspectos estruturais dos domicílios visitados, verificou-se que todas as casas apresentavam cadeira, porém sem braços, camas e vasos sanitários muito baixos. Foi identificado em nove domicílios, pisos escorregadios, degraus da escada com altura ou largura irregular e degraus sem sinalização de término.

A leitura, análise e interpretação dos discursos, a partir da Teoria da Adaptação de Callista Roy, permitiram o delineamento de duas categorias temáticas: Estímulos que contribuem para respostas comportamentais adaptáveis em longevos, e estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos.

Estímulos que contribuem para respostas comportamentais adaptáveis em longevos

Nas falas dos longevos, ficou evidenciado que a possibilidade de retorno para o seu domicílio, após a alta hospitalar, apresenta-se como um estímulo positivo. Eles relatam sentimentos de bem-estar e tranquilidade por poderem retornar às suas casas, mesmo sendo necessária a continuidade dos cuidados, e atribuem esse fator como o responsável pela sua adaptação, conforme descrito abaixo:

a casa da gente, não tem coisa melhor. Porque [...] a gente está à vontade (LF8). Eu adaptei muito bem, porque eu estou dentro da minha casa, tenho muito prazer de estar dentro da minha casa. [...] Eu prefiro ficar aqui [...] do que ficar na casa dela [da nora] (LM2). Na casa da gente é outro assunto, que não seja no hospital. No hospital é no ponto final, não é bom (LM10).

O apoio familiar também foi outro estímulo destacado como responsável por desencadear respostas adaptáveis nos longevos. Alguns depoentes enfatizaram a sua gratidão por poder contar com os cuidados de familiares, e atribuem a sua melhora e até a vida a isso, como observado nas falas a seguir:

Quando uma filha vai embora, a outra vem. Se não fossem minhas filhas eu já tinha morrido. Até a roupa elas me vestem [...] Foi Deus no céu e elas na terra (LF5). Minhas meninas cuidam muito bem de mim (LF7). Depois que eu saí de lá [do hospital] eu só estou melhorando. Eu achei uma pessoa que está [...] cuidando muito bem de mim. [...] Eu achei um apoio que pra mim foi muito bom, enquanto eu estiver vivo eu tenho o apoio dela [familiar cuidadora]. Estou recuperando a saúde, não estou mais como eu saí de lá [da UTI], graças a Deus (LM2). Mas graças a Deus, hoje, em vista do que eu tive, posso dizer que eu estou boa. É porque meu povo me acolheu muito, graças a Deus, fizeram tudo por mim [emocionada] (LF9).

Ao observar o valor do suporte familiar no processo adaptativo do longevo, através dos depoimentos, evidencia-se também, a importância da rede de apoio social. A influência desses estímulos na geração de respostas comportamentais adaptativas pode ser observada nos depoimentos abaixo:

é gente me visitando, é visita dia e noite (LF5). Minha vizinha me leva [para missa] e me traz com todo cuidado. [...] É bem longe daqui, meu filho me leva de carro e me coloca lá, aí para voltar, eu volto a pé com a turma. Minha amiga me pega no braço e me traz aqui na porta. Para mim, lá é uma maravilha, converso, conto caso é muito bom (LF6). Eles ainda fizeram um aniversário para mim, [...] me fizeram uma surpresa. Eu cheguei chorar, quando vi (LF9). [...] o vizinho aqui toda hora vem conversar, tem os outros que eu estou vendo toda hora [...], para mim é um prazer. Tem uma vizinha que [...] há muitos anos me ajuda (LM2).

Estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos

Alguns depoentes relataram sentir medo de vivenciar novamente a situação que culminou com a sua hospitalização. Esse foi um estímulo interno responsável por desencadear respostas negativas, seja por conta do sentimento relacionado ao temor do vivido, ou devido às privações geradas no desenvolvimento das atividades cotidianas:

agora eu tenho tanto medo de voltar àquilo que eu passei. Eu rezo todos os dias. À noite, eu vou deitar e peço: oh Jesus, não me deixe passar por aquele sufoco que eu passei. [...] Ave Maria, foi sofrimento (LF6). [...] é que eu não posso me esforçar, porque ainda não dá. Se tiver muito, faz 90 dias que eu fui operado. [...] Eu não posso me esforçar em serviço pesado, que eu tenho medo (LM2).

Eu estava devagar, mas andava por aqui. Não muito longe, porque uma vez eu fui longe e me senti mal [...] Tenho medo de ir longe por causa disso (LM10).

Em algumas situações, com o intuito de proteção, a família pode limitar o longo tempo no desenvolvimento de ações e tarefas que poderiam lhes proporcionar prazer e a sensação de utilidade. Os depoimentos abaixo demonstram como o familiar pode utilizar do medo como um influenciador negativo:

mas elas [filhas] não me deixam andar nem um pouco, com medo de queda. [...] Quem fez tudo em mim foi a queda [...] eu tenho medo de cair (LF3). Eu saía até sozinho bambeando, mas eles [filhos] não querem, com medo de que eu caia ou me bata nas paredes (LM4).

Além do medo apresentado pelos longevos ou por seus familiares, a falta de informação ou recomendação da equipe de saúde no momento da alta da UTI foi identificada como um estímulo que dificultava a adaptação eficaz do longo tempo, no retorno domiciliar. Foi possível perceber que alguns idosos apresentavam dúvidas relacionadas ao cuidado, conforme verificado a seguir:

não, falaram não. Quando me deram alta eu vim embora (LM1). Saí da UTI, mudei para outro cômodo. Já estava indicado que eu ia ter alta, mas ninguém me falou nada, de assunto nenhum, isso eu te garanto (LM2). Não sei se é porque a menina aqui é enfermeira, mas eles tinham que ensinar, não era? [...] Agora eu tenho um andador, eu já estava andando nele, mas depois que aconteceu isso [realização de procedimento cirúrgico], eu não andei mais. Mas será que eu já posso andar nele? (LF3). Não. Se eles falaram, só as meninas [filhas] que sabem (LF5).

Eles me deram alta, mas não me recomendaram nada. Eu fiz a minha parte assim, com cautela [...] Eu fui informada pela minha médica [particular], agora de lá mesmo da UTI, eles não me informaram nada (LF9). Eles falaram que eu não podia tomar quentura, pegar peso [...], fazer esforço (LF6).

Através dos depoimentos abaixo, é possível perceber a falta de articulação das redes e as dificuldades sentidas pelos longevos, que culminam na falta de continuidade do cuidado, após a alta hospitalar. Em alguns relatos está posto que a situação financeira é um fator que dificulta o acesso à saúde, ainda mais ao se considerar as características dessa população, como sendo de longevos residentes em municípios de pequeno porte, no qual o acesso à saúde pública é ineficaz, conforme demonstrado nas falas:

não fui [ao médico]. Aí agora mesmo eu estava pensando em fazer um pedido de uma endoscopia pra ver o que é que está acontecendo, se é a úlcera que quer voltar ou se é a mesma gastrite. [...] Eu fui ao médico só uma vez [após alta hospitalar]. Às vezes falta dinheiro para sair (LM11). A fisioterapeuta lá no hospital me ensinou a fazer a fisioterapia. Ela fez umas duas vezes comigo, eu falei: se eu achasse quem fizesse bem que eu ficava boa. Aqui eu não aguento levantar. [...] Eu estico as pernas e os braços e mexo com as mãos. Mas a das costas, eu não posso fazer sozinha, eu não faço (LM3). É que a gente vai andando, aí vai fazendo o movimento. O rapaz começou fazer a fisioterapia aqui, fez por um tempo e não voltou mais. [...] E agora para andar dói (LM4). Estou fazendo a fisioterapia. Ela [fisioterapeuta] está vindo aqui, porque eu ir lá sai mais caro [...] e a gente não acha de graça. Foi difícil encontrar a fisioterapia, é muita gente precisando e é pago, é difícil (LF5).

DISCUSSÃO

Em relação ao tempo de internação na UTI e diagnóstico médico, os resultados apresentados divergem com os de outra pesquisa realizada na capital do Estado (Salvador), onde predominou um tempo de internação dos longevos entre 11 e 20 dias na unidade, com prevalência das suspeitas diagnósticas relacionadas às causas não infecciosas, com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).¹³

No que condiz à baixa escolaridade evidenciada neste estudo, os achados corroboram com os de uma pesquisa realizada em um município da região Sul do Brasil, cujo objetivo foi investigar a prevalência de fragilidade em uma população composta por 69 longevos. Nela, foi observado que 26,1% destes não frequentaram a escola e 73,9% alegaram ter frequentado apenas oito anos, no máximo.¹⁴

A baixa escolaridade pode levar à Síndrome da Fragilidade do Idoso, uma vez que limita a sua compreensão das ações de educação em saúde, e como resultado, pode-se ter o aumento da vulnerabilidade. O conhecimento acerca da escolaridade da população atendida é essencial para que sejam traçadas as melhores estratégias que busquem abarcar o maior contingente da população idosa nos cuidados à saúde.¹⁵

Os longevos do estudo apresentaram baixo desempenho das ABVD e das AIVD. Um estudo multicêntrico de coorte prospectivo realizado em dois hospitais do Sul do Brasil, cujo objetivo foi comparar a capacidade funcional de indivíduos idosos (60 a 79 anos) com a dos idosos mais velhos (≥ 80 anos) nos primeiros seis meses após a alta da UTI, evidenciou que não houve diferença nos dois grupos; em ambos, houve um declínio importante da capacidade funcional dos idosos, quando comparada com a condição destes no período anterior à hospitalização. Dessa forma, foi observada total dependência em relação à funcionalidade e à inclinação de realizar ABVD em mais da metade dos idosos estudados.²

Ademais, o internamento hospitalar, a patologia que gerou este, as comorbidades apresentadas, o processo de senescência do longevo, promove uma situação ainda maior de dependência após a alta, com grande perda da capacidade funcional, quando comparado com a situação prévia à internação na UTI.²

O retorno domiciliar é um desfecho importante na percepção do idoso e possibilita a reinserção do seu convívio mais rápido com a comunidade.⁴ Nos discursos, fica evidente que o retorno para o seu domicílio, após a hospitalização, é um fator que colabora muito para uma resposta adaptável do longevo.

Entretanto, o desfecho do idoso após a hospitalização pode ser diferente. Um estudo constatou que dos 110 (62,1%) idosos de 75 anos ou mais que passaram pela internação na UTI e tiveram alta hospitalar, 65,5% foram para as suas casas, 24,1% para a casa de algum parente, 9,2% para uma instituição de acolhimento para pessoas idosas e 1,2% foram para algum centro de cuidados crônicos. No total, 14,3% dos idosos tiveram que ir morar em outro lugar, deixando as suas antigas casas.⁴

De acordo com os pressupostos teóricos do Modelo de Adaptação de Callista Roy, a família é classificada como um estímulo influenciador comum que afeta a adaptação da pessoa.⁶ Nas falas reportadas, observa-se a presença do estímulo, representada pelo apoio familiar, e as respostas positivas geradas por este. Os longevos atribuem o apoio encontrado na família como um agente influenciador essencial responsável para a sua recuperação.

Mesmo com as transformações que vêm ocorrendo nas estruturas familiares, a família mantém-se como a que mais assegura o cuidado à pessoa idosa. Uma pesquisa evidenciou que os idosos com mais de 85 anos apresentaram menor rede familiar e de amigos, quando comparados com os de 75-84 anos e de 65-74 anos. Além disso, os idosos que demonstraram maior grau de dependência relacionada à autonomia instrumental foram àqueles que tinham uma menor rede familiar.¹⁶

Cabe salientar que todos os profissionais de saúde devem ter conhecimento e se envolver com a rede de cuidados em seu município, visando o preparo do idoso e seu familiar para o retorno domiciliar, a fim de promover e/ou intensificar estímulos que contribuam para respostas adaptativas satisfatórias. Caso fosse uma realidade, neste estudo, a rede e profissionais de saúde deveriam entrar nesta categoria, como um estímulo contribuinte para a adaptação dos longevos no domicílio, após a hospitalização.

Ao considerar a importância da família no processo adaptativo do longevo, evidencia-se a necessidade da consolidação, pela equipe de saúde, de políticas públicas que fortaleçam a rede de atenção à saúde, tanto formal como informal, assim como as redes de apoio social.

O apoio social é importante determinante dos serviços de saúde de qualquer nível de complexidade e, também, uma ferramenta capaz de modificar o processo de saúde e doença na pessoa idosa, pois contribui para o cuidado humanizado e efetivo; desse modo, é importante o envolvimento de idosos em atividades sociais que possibilitem uma interação entre eles e a rede social.¹⁷

A presença de uma rede de apoio composta por amigos e vizinhos parece ser favorecida pelas características culturais de espaços rurais e cidades pequenas, já que proporcionam o constante contato entre as pessoas, e representa, para os longevos entrevistados, uma vivência positiva e prazerosa no retorno domiciliar, através de um ciclo de solidariedade. As relações estabelecidas com amigos e vizinhos são referidas como aspectos favorecedores de sentimentos de reconhecimento, valorização e bem-estar e, portanto, devem ser consideradas nos planos e ações de cuidado direcionado ao longevo.

Sobre os estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos, foi possível observar que o medo foi um influenciador presente em diversas falas, aparecendo em alguns relatos como um estímulo de origem interna e, em outros, de origem externa. Percebe-se que mesmo quando o medo não é classificado como aquilo que mais imediatamente confronta o longevo, ele exerce grande influência em seu comportamento, sendo necessário que medidas sejam tomadas para modificar essa resposta ineficaz, e torná-la adaptativa.

Uma pesquisa realizada com 55 idosos institucionalizados e que teve como um dos objetivos averiguar os motivos que podem levar o idoso a utilização de cadeiras de rodas, identificou que dos 22 cadeirantes avaliados, 41% tinham potencial para não utilizar as cadeiras, e as utilizava por medo de cair.¹⁸

Nota-se assim, a importância de agregar estímulos positivos no processo adaptativo do idoso, como forma de proporcionar um envelhecimento ativo. O risco de quedas pode ser atenuado através da adoção de medidas preventivas, que devem ser avaliadas de forma individualizada, considerando às condições de saúde do idoso, e o ambiente. Nesse sentido, observaram-se barreiras arquitetônicas nos domicílios que, caso atenuado, poderia oferecer mais segurança ao longevo em desenvolver melhor a autonomia.

Dessa forma, é imprescindível a constante investigação sobre os motivos que levam às quedas, de modo a direcionar as abordagens necessárias a serem realizadas pelos profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir este evento na população idosa.¹⁹

Além disso, a falta de informação da equipe de saúde no momento da alta na UTI e hospitalar foi também um estímulo identificado que afetou a adaptação, conforme observado na Teoria de Roy, que defende que a carência de conhecimento é um estímulo que afeta o nível de adaptação.⁶ Em nosso estudo, foi possível observar através dos depoimentos, que a grande maioria dos participantes não foi adequadamente preparada para a volta ao domicílio e alguns, apresentavam dúvidas relacionadas ao cuidado.

Faz-se também necessária a comunicação da equipe de enfermagem com a família durante internação na UTI, de modo a garantir que informações e orientações sejam prestadas, visando melhor preparo para a alta e retorno domiciliar do idoso.²⁰

A falta de informação e o não esclarecimento quanto às questões relacionadas à saúde do idoso podem acarretar sérias consequências, como a prática de ações danosas realizadas inadvertidamente e, conseqüentemente, o agravamento do quadro clínico. Tal fato é ainda mais preocupante, quando consideramos a população dos idosos mais velhos que vivenciaram a doença crítica e o internamento na UTI, e que necessitam de orientações de cuidados específicos que promovam a continuação da sua recuperação em domicílio.

Não pode haver lacunas entre a teoria e a prática, e o conhecimento gerado deve ser utilizado para impulsionar mudanças na assistência de enfermagem ao idoso, de forma a contribuir exponencialmente na promoção do envelhecimento saudável.²¹

Ao se enxergarem como vulneráveis às doenças, os longevos utilizam saberes científicos obtidos através das informações ofertadas pelos profissionais de saúde, e reproduzem, no domicílio, o conhecimento apreendido, gerando ações positivas que refletem no cuidado.²² Nessa conjuntura, a atenção primária e os profissionais de saúde que nela estão inseridos são entendidos como essenciais, já que por meio deles, ações destinadas à promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa podem ser desenvolvidas.¹⁶

No que concerne ao idoso que vivenciou a internação na UTI, deve-se considerar que ele poderá apresentar fragilidades que demandam uma assistência específica, como a necessidade de acompanhamento com o fisioterapeuta para melhorar a sua mobilidade, acompanhamento fonoaudiólogo para problemas relacionados à fala ou a deglutição, além do acompanhamento médico e de enfermagem, para possibilitar a continuidade do cuidado e a reabilitação.

Assim, é imprescindível que haja uma articulação entre o hospital e as demais redes de saúde, visando o compartilhamento de informações referentes à internação do idoso, de modo a garantir a continuidade do cuidado, quando no retorno ao domicílio.²³ Entretanto, o estudo evidenciou a desarticulação das redes e as dificuldades sentidas pelos longevos, que culminaram na falta de continuidade do cuidado, após a alta hospitalar.

Além da fragilidade financeira a que estão expostos, há ainda a prevalência de fragilidades referentes à própria idade dos longevos, que torna ainda mais urgente a busca de ações de saúde em todos os níveis de atenção, e a implementação de políticas públicas que ofereçam suporte social ao idoso, como forma de garantir o cuidado integral e um envelhecimento com dignidade.¹⁴

No estudo em tela, perceberam-se entraves estruturais e sociais que impossibilitaram a continuidade do cuidado em domicílio da pessoa idosa, após alta hospitalar. A falta de articulação entre as redes de atenção primária e terciária e os problemas de acesso aos serviços de saúde pública impõem ao idoso o convívio com dificuldades relacionadas à sua condição de saúde, que poderiam ser minimizadas ou resolvidas, caso houvesse o preparo adequado dessas pessoas e seus familiares para a alta hospitalar, e os serviços de saúde pública tivessem amplo acesso para o acompanhamento multiprofissional em domicílio. A situação torna-se ainda mais delicada quando restrições socioeconômicas impossibilitam o acesso à assistência privada de saúde e a modificações ambientais que possam melhorar a adaptação dessas pessoas.

Tais estímulos podem desencadear respostas ineficazes e ajudam a culminar em fragilidades, vulnerabilidades, perda da autonomia na realização das atividades de vida diária, isolamento social, sentimento de tristeza, dor e pouca perspectiva de qualidade de vida.

O estudo apresenta algumas limitações, como a realização em uma única instituição e não ter sido possível obter os valores da avaliação da ABVD e AIVD antes na internação do idoso, para que possibilitasse estabelecer uma comparação.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados, foi possível identificar os estímulos que contribuíram para que os longevos apresentassem respostas comportamentais adaptáveis, diante das mudanças ocorridas

com o processo de hospitalização, como sendo: o retorno para as suas casas após a alta hospitalar, o apoio familiar e o apoio social, que aqui esteve representado pela rede de amigos e vizinhos.

Em contrapartida, o medo de vivenciar novamente a situação que culminou com a sua hospitalização e o medo imposto pelos familiares, principalmente referente às quedas, foram influenciadores importantes que afetaram negativamente a adaptação e que provocavam mudanças e privações na realização de atividades essenciais. A dificuldade de acesso à saúde, a falta de articulação das redes de atenção primária e terciária, além das dificuldades sócias econômicas vividas por alguns longevos, também foram estímulos que atuaram de maneira negativa, dificultando a continuidade do cuidado.

Os profissionais de saúde da UTI e da unidade hospitalar representam um papel fundamental no preparo do longevo e sua família para a alta hospitalar e retorno domiciliar, através da avaliação das especificidades, fragilidades, necessidades e individualidades de cada um, para que metas que proporcionem a promoção da saúde, prevenção de agravos e a correta reabilitação e inserção social deste idoso sejam traçadas.

Com o retorno domiciliar, espera-se que o cuidado à saúde seja continuado, através da articulação das redes e do suporte da atenção primária. Essas medidas podem contribuir no bem estar e melhorias na qualidade de vida do longevo, minimizar a necessidade de (re)hospitalização e podem reduzir as taxas de mortalidade do longevo após o primeiro ano da alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro(BR): IBGE; 2016. [acesso 2018 Jun 1]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
2. Dietrich C, Cardoso JR, Vargas F, Sanchez EC, Dutra FH, Moreira C, et al. Functional ability in younger and older elderlies after discharge from the intensive care unit. A prospective cohort. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 Set [acesso 2018 Mai 18]; 29(3):293-302. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170055>
3. Gutierrez BAO, Silva HS, Shimizu HE. Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 Out [acesso 2018 Jan 13]; 27(5):427-33. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/19820194201400071>.
4. Villa P, Pintado MC, Luján J, González-García N, Trascasa M, Molina R, et al. Functional status and quality of life in elderly intensive care unit survivors. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2016 Mar [acesso 2018 Mai 18]; 64(3):536-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000326>
5. Couto FBD'E. Caring for the elderly in hospital and home care: what's different? *Kairós Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Mai 10]; 18(Spe):57-76. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26598/19027>
6. Roy C, Andrews HA. Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa(PT): Instituto Piaget; 2001.
7. Monteiro AKC, Costa CPV, Campos MOB, Monteiro AKC. Applicability of Callista Roy's Theory in nursing care for ostomized. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2016 Jan/Jul [acesso 2018 Mar 15]; 5(1):84-92. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1625/pdf>
8. Roy C. Key issues in nursing theory: developments, challenges, and future directions. *Nurs Res* [Internet]. 2018 Mar/Abr [acesso 2018 Jul 1]; 67(2):81-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29489629>

9. Heyland DK, Garland A, Bagshaw SM, Cook D, Rockwood K, Stelfox HT, et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. *Intensive Care Med* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Mar 20]; 41(11):1911-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-4028-2>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília(BR): Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2018 Mar 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad19.pdf
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5a ed. Lisboa(PT): Edições 70; 2011.
12. Mendes RM, Miskulin RGS. Content analysis as a methodology. *Cad Pesq*. [Internet]. 2017 Set [acesso 2018 Jul 1]; 47(165):1044-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143988>.
13. Silva JBVB, Pedreira LC, Santos JLP, Barros CSMA, David RAR. Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 Fev [acesso 2018 Jul 1]; 31(1):39-45. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800007>
14. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, Berlezi EM. Prevalence of frailty in a long-lived population in the Southern region of Brazil. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 Abr [acesso 2018 Mai 18]; 41(113):553-62. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711316>
15. Llano PMP, Lange CNDP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Frailty in rural older adults: development of a care algorithm. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 Out [acesso 2018 Mai 18]; 30(5):520-30. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700075>
16. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e Envelhecimento ativo. *Intern J Develop Educ Psychol* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jul 1]; 1(1):293-303. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851776033>
17. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Social support and comprehensive health care for the elderly. *Physis* [Internet]. 2017 Dez [acesso 2018 Mai 15]; 27(4):1185-204. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>
18. Alves EF, Bezerra PP. Factors associated with the use of wheelchairs by institutionalized elderly people. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Nov [acesso 2018 Mai 15]; 22(11):3607-614. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.14332016>
19. Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalence and factors associated with falls in the elderly. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jul 1]; 25(2):e0360015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>
20. Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinho DTR, Galiza FT de, Freitas MC de. Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Jul 31]; 27(1):e1420016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
21. Alvarez ÂM, Sandri JVA. Population aging and the Nursing commitment. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Mai 20]; 71(Suppl 2):722-3. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup201>
22. Michel T, Lenardt MH, Willig MH, Alvarez AM. From real to ideal - the health (un)care of long-lived elders. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 Jun [acesso 2018 Mar 15]; 68(3):398-405. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680304i>
23. Marques LFG, Romano-Lieber NS. Patient safety and medication use after discharge: exploratory study. *Saude soc* [Internet]. 2014 Dez [acesso 2018 Mai 13]; 23(4):1431-44. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Adaptação de longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Santos JLP; Pedreira LC.

Coleta de dados: Santos JLP; Pedreira LC.

Análise e interpretação dos dados: Santos JLP; Pedreira LC; Amaral JB; Silva VA; Pereira A; Aguiar ACSA.

Discussão dos resultados: Santos JLP; Pedreira LC; Amaral JB; Silva VA; Pereira A; Aguiar ACSA.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Santos JLP; Pedreira LC; Amaral JB; Silva VA; Pereira A; Aguiar ACSA.

Revisão e aprovação final da versão final: Santos JLP; Pedreira LC; Amaral JB; Silva VA; Pereira A; Aguiar ACSA.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) o Processo no 6127/2016.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, Parecer de nº 2.266.652 e CAAE 73792317.3.0000.0057.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 13 de agosto de 2018

Aprovado: 19 de dezembro de 2018

AUTOR CORRESPONDENTE

Jessica Lane Pereira Santos

jessicalane84@gmail.com

