



ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

ADAPTAÇÃO DE LONGEVOS NO DOMICÍLIO APÓS ALTA DA UNIDADE INTENSIVA

ADAPTATION OF THE ELDERLY AT HOME AFTER INTENSIVE UNIT DISCHARGE

ADAPTACIÓN DEL LONGEVO EN EL HOGAR DESPUÉS DEL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Larissa Simões da Cruz Pessoa¹, Larissa Chaves Pedreira², Jéssica Lane Pereira Santos³, Monaliza Lemos de Souza⁴, Roberta Pereira Goés⁵, Arianna Oliveira Santana Lopes⁶

RESUMO

Objetivo: investigar como ocorre a adaptação de longevos no domicílio após alta hospitalar de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** trata-se de estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa, entre 2013 e 2017, nas Bases de Dados: LILACS, MEDLINE via PubMed, CINAHL e no repositório PubMed. Utilizou-se a Análise de Conteúdo para categorizar os dados. **Resultados:** selecionaram-se dez estudos dos quais originaram três categorias temáticas: Sobrevida e mortalidade; Funcionalidade; Dificuldades, facilidades e necessidades do longevo que retorna ao domicílio após alta da Unidade de Terapia Intensiva. **Conclusão:** concluiu-se que longevos que vivenciam a internação em unidades críticas necessitam de cuidados específicos e continuados após o retorno ao domicílio, de cuidadores formais e informais, do apoio das redes de atenção à saúde, além de cuidados de transição durante o processo de hospitalização. **Descritores:** Idoso de 80 Anos ou Mais; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidado Transicional; Enfermagem; Hospitalização; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: to investigate how the adaptation of the oldest old at home occurs after discharge from the Intensive Care Unit. **Method:** this is a descriptive bibliographic study, integrative review, between 2013 and 2017, in the Databases: LILACS, MEDLINE via PubMed, CINAHL. Content analysis was used to categorize the data. **Results:** ten studies were selected from which three thematic categories originated: Survival and mortality; Functionality; Difficulties, facilities and needs of the long-term returnee after discharge from the Intensive Care Unit. **Conclusion:** it was concluded that the elderly who experience hospitalization in critical units need specific and continued care after return home, formal and informal caregivers, support from health care networks, and transition care during the process of hospitalization. **Descriptors:** Elderly of 80 Years and Older; Intensive Care Unit; Transitional Care; Nursing; Hospitalization; Elderly Health.

RESUMEN

Objetivo: investigar se ocorre la adaptación del anciano en el hogar después de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** este es un estudio bibliográfico descriptivo, revisión integradora, entre 2013 y 2017, en las Bases de datos: LILACS, MEDLINE via PubMed, CINAHL. El análisis de contenido se utilizó para clasificar los datos. **Resultados:** se seleccionaron diez estudios de los cuales se originaron tres categorías temáticas: Supervivencia y mortalidad; Funcionalidad; Dificultades, instalaciones y necesidades del longevo que vuelve al hogar después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. **Conclusión:** se concluyó que los ancianos que experimentan hospitalización en unidades críticas necesitan atención específica y continuada después del regreso a casa, de cuidadores formales e informales, del apoyo de redes de atención médica y atención de transición durante el proceso de hospitalización. **Descritores:** Anciano de 80 o Más Años; Unidades de Cuidados Intensivos; Cuidado de Transición; Enfermería; Hospitalización.

^{1,2,3,4,5,6}Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. ¹ <http://orcid.org/0000-0002-6094-7218> ² <http://orcid.org/0000-0001-8939-324X>
³ <http://orcid.org/0000-0001-6528-0689> ⁴ <http://orcid.org/0000-0002-7036-4358> ⁵ <http://orcid.org/0000-0001-7746-5592> ⁶ <https://orcid.org/0000-0003-4990-8506>

Como citar este artigo

Pessoa LSC, Pedreira LC, Santos JLP, Souza ML de, Goés RP, Lopes AOS. Adaptação de longevos no domicílio após alta da unidade intensiva. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e241635 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241635>

INTRODUÇÃO

Definem-se como longevos idosos com 80 anos ou mais, sendo que estes constituem o grupo de idosos que mais cresce no Brasil. Estimou-se que, em 2015, os idosos com 80 anos ou mais representavam 1,62% da população brasileira e que esse número deve chegar a 6,63% até 2050, o que equivale a 15.010.245 habitantes, evidenciando o aumento considerável dessas pessoas.¹

Salienta-se, em estudos realizados nas Unidades de Terapia intensiva (UTIs), o crescente percentual de longevos admitidos nessas unidades. Identificou-se, em duas pesquisas realizadas no Brasil, que 18,2% dos pacientes internados na unidade de cuidados intensivos eram longevos e, dentre as principais causas de internações e óbitos, estavam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).²⁻³

Infere-se que a agudização de problemas crônicos tem elevado a necessidade de hospitalização nessas unidades e pode culminar em cuidados e intervenções paliativas voltados, sobretudo, para o conforto e a reabilitação de incapacidades. Admite-se que essas situações contribuem, ainda mais, com o aumento da ocupação dos leitos por pessoas longevas e com a necessidade de cuidados específicos e exclusivos que, geralmente, a equipe de terapia intensiva não está preparada ou não tem condições de ofertar.⁴

Observa-se que a crescente frequência desse público nessas unidades demanda maior atenção da equipe de saúde para com os cuidados de transição hospital-domicílio a fim de fornecer subsídios que preservem a independência e favoreçam a adaptação do longevo no retorno domiciliar. Ressalta-se que tais medidas proporcionam um cuidado integral humanizado, com foco no bem-estar, na qualidade de vida, na recuperação e reabilitação da saúde, reduzindo a necessidade de reinternações.⁵

Aponta-se que os idosos apresentam maior tempo de internação hospitalar, quando comparados a outras faixas etárias, e menor sobrevida significativa, principalmente em decorrência de fragilidades relacionadas à senescência somadas ao processo de adoecimento.⁶⁻⁸

Sabe-se que, no momento da alta hospitalar, os longevos podem apresentar agravos que não possuíam em seu estado prévio à internação, como perda e redução da capacidade funcional, além de menor tolerância à atividade física. Destaca-se que o comprometimento funcional prévio à internação na UTI pode representar condição determinante para um desfecho desfavorável nas pessoas idosas.²

Encontrou-se, em uma pesquisa em uma UTI no Canadá, que octogenários que se submeteram à cirurgia cardíaca com internação prolongada apresentaram altas taxas de rehospitalização precoce e que o acesso aos serviços de saúde após a alta hospitalar foi um fator que influenciou a sobrevida desses longevos.⁹

Observou-se, diante da necessidade de conhecer as dificuldades vivenciadas pelo longevo após alta hospitalar, como forma de possibilitar novas estratégias que proporcionem melhor qualidade de vida a esses idosos, a necessidade de aprofundar os estudos que tratem sobre o processo de transição hospital-domicílio para esse público.

OBJETIVO

- Investigar como ocorre a adaptação de longevos no domicílio após alta hospitalar de internamento na Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa da literatura.¹⁰

Baseou-se em um desenho que contou com seis etapas: elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a busca na literatura; definição da informação a ser extraída dos estudos selecionados para a formação do *corpus* da pesquisa; avaliação do material incluído; interpretação dos resultados e apresentação da revisão.¹¹

Originou-se a questão de pesquisa: “Como ocorre a adaptação de longevos no domicílio após alta hospitalar de internamento na UTI?”. Coletaram-se os dados no período de três a 30 de janeiro de 2018 nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura em Ciências da Saúde na América Latina e no Caribe); MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); CINAHL e no repositório PubMed, utilizando-se os descritores cadastrados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed): “*Patient Discharge*”; “*Aged, 80 and over*” e “*Intensive Care Units*”, alternados em toda a busca com o operador *booleano* “AND”.

Aplicaram-se como critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo, publicados em inglês, português e espanhol, no período entre 2013 e 2017, que tratassem de readaptação ou adaptação de longevos no domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar, mesmo que a população do estudo envolvesse pessoas idosas também de outras faixas etárias. Excluíram-se: teses, dissertações e livros; artigos que tinham como população outra faixa etária que não idosos ou que não abordassem o longevo; artigos de revisão e as duplicações.

Buscaram-se os artigos de forma independente por duas pessoas que, posteriormente, discutiram

os achados para que houvesse concordância sobre o material selecionado.

Armazenaram-se os artigos incluídos no computador em pastas para posterior leitura, que seguiu um roteiro para a busca das seguintes informações: título do trabalho incluído; base de dados a qual estava vinculado; periódico e fator de impacto; autores; país e ano de publicação; idade das pessoas idosas investigadas nos estudos, além de como ocorreu a adaptação dos longevos investigados no domicílio após a internação na UTI e alta hospitalar.

Obteve-se o fator de impacto dos estudos a partir do *Journal Citation Reports* (JCR), dividindo-se o número total de citações dos artigos de um periódico pelo total de periódicos inseridos na base de dados do *Institute for Scientific Information* (ISI). Divide-se este total pelo que foi publicado por esta revista nos últimos dois anos.¹²

Construíram-se dois quadros sinópticos para organizar e descrever as informações acerca dos artigos selecionados, sendo estes foram identificados com códigos de A01 a A10.

Analisaram-se os dados pela técnica de Análise de Conteúdo, respeitando-se as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação destes.¹³

Sucedeu-se, na pré-análise e exploração do material, à organização das informações em duas figuras, que constituíram o *corpus* da pesquisa. Cumpru-se, nos resultados referentes a como

ocorre a adaptação do longevo no domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar, uma leitura minuciosa para a formação das categorias de análise, respeitando-se a homogeneidade e similaridade referentes aos temas encontrados em cada um dos resultados. Utilizaram-se as demais informações para confrontar com as categorias de análise. Realizaram-se, na etapa de tratamento dos resultados, a inferência e interpretação com base no que foi encontrado nos estudos selecionados.¹³

Criaram-se as seguintes categorias a partir da busca sobre como ocorre a adaptação do longevo no domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar: 1. Sobrevida e mortalidade de longevos no retorno ao domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar; 2. Funcionalidade de longevos no retorno ao domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar; 3. Dificuldades, facilidades e necessidades do longevo que retorna ao domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar.

Tratou-se de uma análise de dados secundários, portanto, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética, sendo respeitados os direitos autorais de acordo o decreto Nº 8.469/2015.¹⁴

Localizaram-se, a partir das buscas realizadas com os descritores, 1656 artigos que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, originaram um total de dez artigos selecionados para compor a amostra.

Apresenta-se, na figura 1, o processo de busca e seleção dos artigos incluídos na amostra.

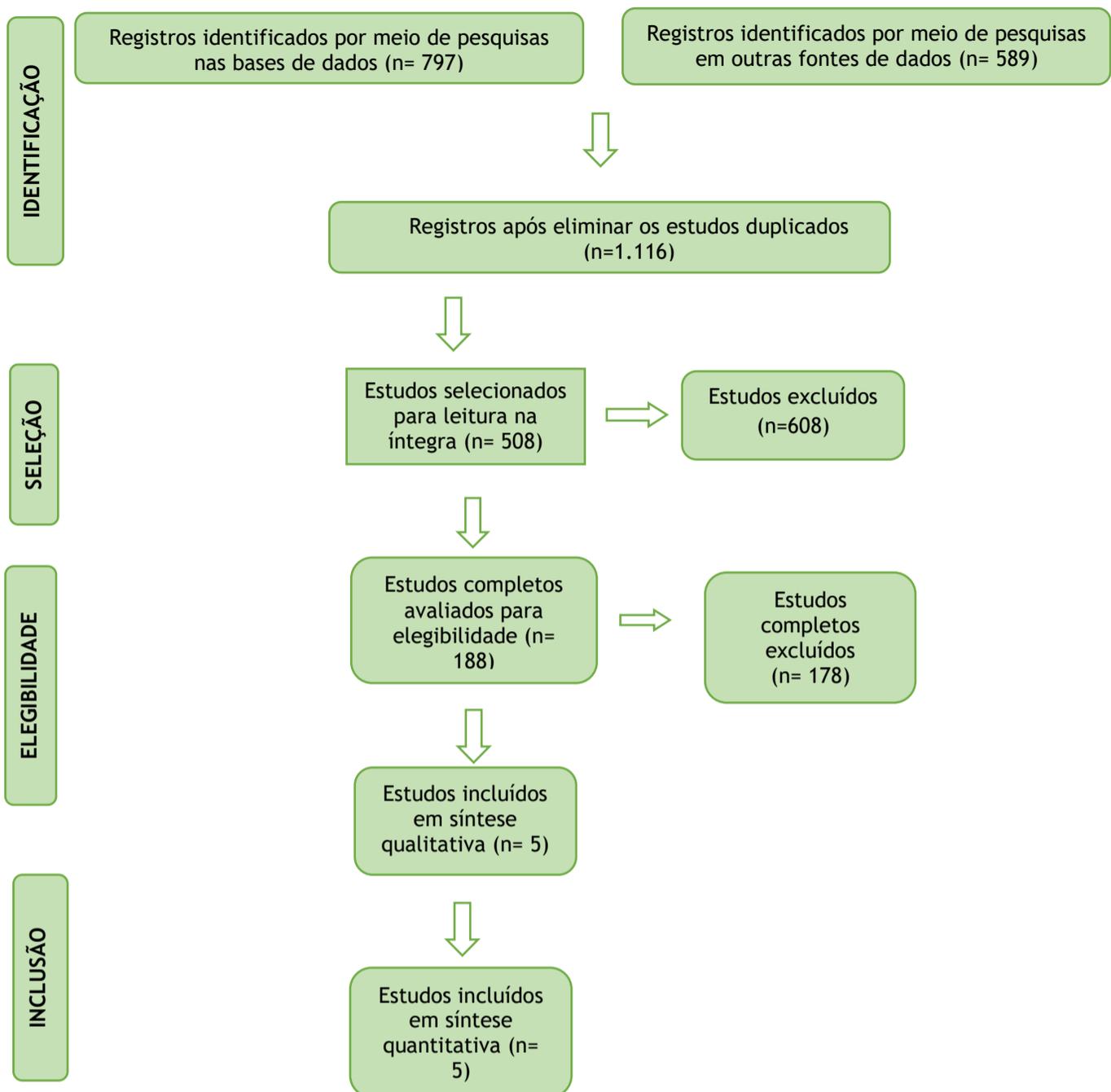


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2009). Salvador (BA), Brasil, 2018.

RESULTADOS

Caracterizaram-se os estudos selecionados de acordo com código, título, base de dados,

periódico, fator de impacto e ano de publicação, autores, país, idade dos idosos investigados e objetivo, os quais são demonstrados na figura a seguir.

Código	Autor	Ano	País	Título
A1	Baldwin et al.	2014	Nova York	The feasibility of measuring frailty to predict disability and mortality in older medical intensive care unit survivors. ¹⁵
A2	Villa et al	2016	Espanha	Functional status and quality of life in elderly Intensive Care Unit survivors. ¹⁶
A3	Pintado et al.	2015	Espanha	Mortalidad y estado funcional al año de pacientes ancianos con ingreso prolongado en una unidad de cuidados intensivos. ¹⁷
A4	Dietrich1 et al.	2017	Brasil	Capacidade funcional em idosos e idosos mais velhos após alta da unidade de terapia intensiva. Coorte prospectiva. ¹⁸
A5	Shum et al.	2015	Hong Kong	Outcome of elderly patients who receive intensive care at a regional hospital in Hong Kong. ¹⁹
A6	Tripathy et al.	2014	Índia	Critically ill elderly patients in a developing world—mortality and functional outcome at 1 year: a prospective single-center study. ²⁰
A7	Govers et al.	2014	Holanda	Functional decline of older patients 1 year after cardiothoracic surgery followed by intensive care admission: a prospective longitudinal cohort study. ²¹
A8	Heyland et al.	2015	Canadá	Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. ²²
A9	Andersen et al.	2015	Noruega	Long-term survival and quality of life after intensive care for patients 80 years of age or older. ²³
A10	Karlsson et al.	2015	Suécia	After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs. ²⁴

Figura 2. Caracterização dos artigos selecionados de acordo com código, autor, ano de publicação, país e título. Salvador (BA), Brasil, 2018.

Código	Objetivo dos estudos	Faixa etária dos idosos
A1	Determinar se a fragilidade pode ser medida dentro de quatro dias antes da alta hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) mais antigas em sobreviventes de insuficiência respiratória e se está associada à incapacidade e mortalidade pós-alta.	65-95 anos
A2	Avaliar o estado funcional e a qualidade de vida em idosos sobreviventes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um ano de seguimento.	75 a > 85 anos
A3	Determinar a mortalidade e a situação funcional em um ano de pacientes com mais de 75 anos de idade, com permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) maior que 14 dias.	75 a > 85 anos
A4	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 Unidade de Terapia Intensiva.	60 a > 80 anos
A5	Avaliar o desfecho clínico (mortalidade em 180 dias) de pacientes muito idosos em estado crítico (idade ≥ 80 anos) e comparar com aqueles com idade entre 60 e 79 anos.	60 a > 80 anos
A6	Estudar a mortalidade e o desfecho de pacientes idosos em estado crítico em um país em desenvolvimento com foco no estado nutricional e socioeconômico.	65- 97 anos
A7	Explorar quais variáveis foram independentemente associadas ao declínio funcional 12 meses após a cirurgia cardiotorácica seguida de internação em terapia intensiva.	65-86 anos
A8	Descrever os desfechos de 12 meses desses pacientes e determinar quais características estão associadas ao retorno à função física basal após um ano.	> 80 anos
A9	Comparação da sobrevida e qualidade de vida em uma população mista de pacientes com 80 anos de idade ou mais com um segmento pareado da população geral.	>80 anos
A10	Explorar e descrever as experiências de recuperação e necessidade de cuidados dos pacientes mais velhos dentro de dois meses após a alta hospitalar após serem atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva.	65- 86 anos

Figura 3. Resultados dos artigos selecionados de acordo com código, objetivo dos estudos e faixa etária dos idosos. Salvador (BA), Brasil, 2018.

Verificou-se, entre os artigos selecionados, que um foi publicado em espanhol (A03); um, em português (A04) e os demais, em inglês. Notou-se, nos periódicos, que o maior fator de impacto dos estudos incluídos na amostra foi o *Intensive Care Med*, com fator de impacto de 10,125.

Encontrou-se que a maior parte dos estudos selecionados aplicou o método *follow-up* para continuar acompanhando os idosos após a alta da UTI e hospitalar. Realizaram-se, nesses estudos, ligações a cada três, seis e até um ano após a alta (A01; A02; A03; A04; A05; A06; A07; A08; A10;).

Utilizou-se, em apenas um estudo, o método de acompanhamento por meio de questionários via correio (A09).

Revelou-se, no que se refere à idade dos idosos incluídos, que dois tinham como amostra apenas idosos longevos (A08; A09) e os demais tinham como amostra tanto idosos jovens quanto longevos, enfatizando indicadores comparativos entre estes grupos.

Apresentam-se os artigos que abordaram as categorias elencadas na figura 4.

Categorias	Códigos
Sobrevida e mortalidade de longevos no retorno ao domicílio após alta da UTI;	A08; A06; A05; A04; A01; A03; A02; A09; A07.
Funcionalidade de longevos no retorno ao domicílio após alta da UTI;	A01; A06; A02; A03; A04; A05; A07; A08.
Dificuldades, facilidades e necessidades do longevo que retorna ao domicílio após alta da UTI.	A04; A06 A08; A09; A10.

Figura 4. Categorias temáticas e estudos que abordaram o conteúdo explorado. Salvador (BA), Brasil, 2018.

DISCUSSÃO

◆ Sobrevida e mortalidade de longevos no retorno ao domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar

Observou-se, nesta categoria, um aumento considerável na proporção de longevos doentes nos últimos cinco anos.¹⁹ Utilizou-se o índice prognóstico (IP), que mede a gravidade da doença e prevê a probabilidade de óbito após saída da UTI e alta hospitalar, o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), na maior parte dos estudos.¹⁵⁻²² Notou-se que os longevos internados em UTI têm resultados ruins em curto prazo após a alta do hospital, com elevadas taxas de mortalidade. Encontraram-se bons resultados em longo prazo naqueles que sobreviveram por mais de um ano.²³

Evidenciou-se, em pesquisa realizada na Noruega, que a qualidade de vida relacionada à saúde em longo prazo de sobrevida, quando do retorno de longevos ao domicílio após alta da UTI, foi semelhante à do grupo populacional

octogenário geral.¹⁹ Corroborou-se tal resultado em outra pesquisa, demonstrando que a idade, como fator isolado, não foi um fator de risco independente para a mortalidade.²⁰

Identificou-se, em estudo realizado na Holanda, que idosos submetidos à cirurgia cardiotorácica de urgência internados em UTI possuem altas taxas de sobrevida quando retornam ao domicílio.²¹ Mostrou-se, contrapondo-se a isso, em outro estudo, que a sobrevida em longevos admitidos na UTI para realizar cirurgias de urgência foi menor do que naqueles que realizaram cirurgias programadas com antecedência.²³

Percebeu-se que as cirurgias de urgência impactam a sobrevida dessas pessoas, pois, devido ao processo de senescência e senilidade, estas estão mais expostas a riscos de eventos adversos e mais vulneráveis quando não há oportunidade de preparo pré-operatório com abordagem de risco realizado pela equipe assistencial.

Utilizou-se, com relação à fragilidade de longevos internados em UTI, a escala de *Fried*. Associou-se o nível de fragilidade do longevo com

a mortalidade de até seis meses após a alta hospitalar por meio das variáveis: mortalidade em até seis meses, deficiência em um mês e incidência de deficiência após um mês, apontando que, além da prevalência de fragilidade desde o 4º dia de internamento, após seis meses no domicílio, 41% foram a óbito.¹⁵

Observou-se que o quadro clínico do longo, na ocasião da alta, determinou a sua ida para o domicílio de familiares. Revelou-se que um quarto dos que estavam moderadamente ou gravemente debilitados no início do estudo retornou para outro domicílio, como o de familiares próximos, devido às incapacidades adquiridas após a hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva.²²

Comparou-se o desfecho clínico de idosos gravemente doentes com 80 anos ou mais e com idade entre 60 e 79 anos, identificando que, embora os longevos apresentem maior número de comorbidades (Diabetes Mellitus, carcinoma metastático e mieloma), maior gravidade e necessidade de cuidado intensivo na unidade, eles tiveram alta para o domicílio em maior número e menor taxa mortalidade após 180 dias.¹⁹

Demonstrou-se, em uma pesquisa, que, do grupo de idosos entre 75 e 85 anos que sobreviveram à admissão prolongada na UTI, 75% deles moravam no próprio domicílio antes do internamento.¹⁸ Sabe-se que, para o longo, a mudança de ambiente pode dificultar ainda mais o seu processo adaptativo, uma vez que este já irá apresentar dificuldades inerentes ao próprio processo de recuperação e terá também que enfrentá-lo em um ambiente que não é o seu. Entende-se que tudo isso poderá culminar em tristeza, saudade e gerar uma resposta comportamental de adaptação ineficaz.

◆ Funcionalidade de longevos no retorno ao domicílio após internação na UTI e alta hospitalar

Utilizaram-se, na maioria dos estudos analisados, a escala de Barthel e o índice de Katz para avaliar a funcionalidade dos idosos no que tange às atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades básicas de vida diária (ABVD), respectivamente.^{15-18;21;22} Concluiu-se que não houve diferença na perda de capacidade funcional entre os idosos mais jovens (60 a 79 anos) e os longevos (≥ 80 anos) nos primeiros seis meses após a alta. Revelou-se que todos os idosos investigados apresentaram grandes perdas na capacidade funcional em relação à sua situação anterior à hospitalização e metade deles tornou-se dependente.¹⁸ Identificou-se, em um estudo no hospital universitário da Paraíba com idosos, que o aumento da capacidade funcional está correlacionado ao aumento da resiliência e, portanto, ao melhor enfrentamento da doença.²⁵

Encontrou-se que, ao retornar do hospital para o domicílio, idosos jovens e longevos, que

estiveram internados na UTI, relataram cansaço, exaustão, dor, má circulação nas pernas após a cirurgia, dispneia, inapetência, problemas gástricos e intestinais como a constipação.²⁴ Constatou-se, em outro estudo, que os idosos jovens tiveram melhores resultados funcionais e de mortalidade quando do retorno ao domicílio, em comparação com os octogenários após cirurgia eletiva.²¹ Recomendou-se a realização de estudos adicionais para explorar, em longo prazo, a capacidade funcional de idosos no domicílio após alta hospitalar e o impacto econômico potencial para a saúde.¹⁹

Determinaram-se a mortalidade e a situação funcional de idosos com mais de 75 anos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva por mais de 14 dias, revelando que um maior tempo de internação se relacionou à piora da capacidade funcional na alta e no seguimento domiciliar por três meses, quando comparados aos idosos do grupo com tempo de internação menor.¹⁷ Verificou-se que a piora da capacidade funcional, antes e após a admissão na UTI, foi um fator independente associado à mortalidade em curto prazo após a alta hospitalar em outro estudo.²⁰

Comparou-se o estado funcional de longevos internados na UTI ao estado funcional após um ano de alta hospitalar por meio da escala de Barthel. Concluiu-se que os longevos sofreram deterioração significativa no *status* funcional após a internação e, embora tenham se recuperado durante o ano seguinte, não voltaram ao *status* basal. Observou-se também que a curta permanência na UTI foi associada à melhor recuperação e estado funcional após a alta hospitalar.¹⁶

Evidenciou-se, em estudo realizado com longevos entre 80 e 99 anos em 22 hospitais canadenses, que, dos 505 longevos internados na UTI, apenas 26% retornaram ao seu estado basal após 12 meses de acompanhamento via *follow-up*. Apontou-se que o desfecho de recuperação física foi associado, entre outros, à menor idade, menor escore APACHE II e escore de comorbidade, menor índice de fragilidade, diagnóstico na admissão na UTI e melhor capacidade funcional prévia.²²

Percebeu-se que, durante a internação em UTI, o risco de deterioração significativa é grande, ocasionando dificuldades para a concretização das atividades realizadas anteriormente, com alterações significativas da autonomia e capacidade funcional ao retornar ao domicílio.

◆ Dificuldades, facilidades e necessidades do longo que retorna ao domicílio após internação na UTI e alta hospitalar

Revelou-se, quanto às dificuldades enfrentadas pelo idoso após alta da UTI, no retorno para o domicílio, que os longevos necessitaram, com maior frequência, de cuidadores em comparação com os outros idosos mais jovens investigados devido ao declínio funcional em três meses e ao

menor nível de realização de atividades físicas em seis meses após a alta.¹⁸

Constatou-se, no mesmo estudo, que, nos primeiros três meses, os longevos necessitaram realizar mais adaptações no domicílio e retornaram com maior frequência à emergência em comparação aos idosos mais jovens.¹⁸ Propôs-se uma reflexão acerca da necessidade de repensar a internação dos idosos jovens e longevos nessa unidade, dada a chance de prejuízo na capacidade funcional e independência, muitas vezes gerada pela internação, fazendo com que estes necessitem do auxílio de um cuidador, nem sempre disponível em sua realidade, principalmente os longevos, visto que as limitações e a funcionalidade são maiores.¹⁸

Descobriu-se que longevos com função física basal preservada têm maior probabilidade de sobrevida após uma internação na UTI e alta hospitalar. Verificou-se que, em média, ao sobreviverem, estes apresentam melhor função física em longo prazo em comparação com aqueles com baixa função física basal.²²

Documentou-se, por meio do *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, que o número de longevos que não realizava nenhuma atividade física depois de três e seis meses após internamento na UTI e alta hospitalar foi maior comparado aos idosos jovens; além disso, com o questionário, os autores notaram que o número de longevos muito ativos neste período foi menor em comparação ao grupo de idosos com idade entre 61 a 79 anos.¹⁸ Encontrou-se dificuldade para a realização de suas atividades de vida diária, demandando apoio de outras pessoas.

Sabe-se que o tempo prolongado de internação na UTI expõe os longevos a um maior risco de mortalidade, dependência cognitiva e funcional, e a permanência na unidade crítica pode aumentar o percentual de encaminhamento dos longevos para outras unidades de cuidados especializados e de reabilitação.

Pôde-se constatar que, ao saírem dessas unidades, idosos declararam adiar tarefas domésticas e sentirem a necessidade de contratar um cuidador formal para realizar e/ou auxiliá-los nas suas atividades diárias, sendo que outros se ajustavam às suas condições com o auxílio de cuidadores informais como vizinhos e familiares.²⁴

Identificou-se que, após internamento na UTI e alta domiciliar, os longevos demandaram outros cuidados que não faziam parte da sua rotina, necessitando do apoio de familiares e amigos no retorno para o domicílio. Observou-se que, devido às limitações adquiridas durante a internação, estes se viram restritos em atividades que antes realizavam, principalmente as sociais, ocasionando isolamento. Relataram-se, por muitos idosos, principalmente os longevos, dificuldades e falta de apoio na transição hospital-domicílio, com

consequente dificuldade de adaptação às novas rotinas.²⁴

Afirmou-se que, em contrapartida, entre as facilidades encontradas no retorno ao domicílio, o lar é um espaço acolhedor e de extrema importância para o longevo e o seu pronto retorno deu sentido à vida dessas pessoas, melhorando a sua autonomia, independência e funcionalidade.²⁴

Apresentam-se, nesta revisão, a urgência e a relevância da criação de programas de apoio para os longevos, familiares e cuidadores, na transição hospital-domicílio, articulando-se também, aqui, a rede de atenção à saúde para acompanhar a adaptação, oferecer monitoramento e cuidado a essas pessoas na atenção primária. Deve-se avaliar o risco-benefício para a qualidade de vida dessas pessoas, avaliando criticamente sua admissão e permanência em unidades críticas.

CONCLUSÃO

Constatou-se que os estudos incluídos na revisão ressaltaram dados relacionados principalmente à sobrevida e mortalidade de idosos, inclusive de longevos, no retorno ao domicílio após alta da UTI; à capacidade funcional dessas pessoas e às dificuldades, facilidades e necessidades do longevo após tal internação.

Encontrou-se, na literatura, que grande parte das pessoas longevas internadas nessa unidade, após o retorno domiciliar, adquire novas rotinas e necessita de cuidados específicos e continuados de familiares, cuidadores formais e amigos para a realização de atividades do cotidiano.

Destaca-se que estes cuidadores e a estrutura do domicílio, muitas vezes, não atendem às necessidades da pessoa idosa longeva nessa situação, demandando também apoio das redes de atenção à saúde para favorecer esta adaptação e evitar a necessidade de reinternações.

Salienta-se que é essencial que a equipe de saúde estabeleça um plano de cuidados transicional para cada longevo ainda durante a hospitalização, visando a atender as necessidades desses idosos após a alta hospitalar e contribuir com a melhor recuperação e reabilitação do idoso em domicílio, o que irá proporcionar uma adaptação mais favorável.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030: 2013/IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
2. Santos HS, Andrighetti AP, Manfredini MC, Rezende E, Junior JMS, Santos MMVL. Hospitalization indications and its relation to mortality in very elderly patient in the ICU.

Geriatr Gerontol Aging [Internet]. 2016 [cited 2019 July 12];10(3):140-45. Available from: <http://www.ggaging.com/export-pdf/375/v10n3a05.pdf>

3. Gonçalves CS, Torres MM. Characterization of the admission of elderly in an Intensive Care Unit of a public hospital in the interior of Parana. Rev Uningá [Internet]. 2017 [cited 2019 July 15];36(1):33-40. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1107>

4. Luiz MM, Netto JJM, Vasconcelos AKB, Brito MDC. Palliative nursing care in the elderly in UCI: an integrative review. J res.: fundam care [Internet]. 2018 [cited 2019 July 15];10(2):585-92. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5051/pdf>

5. Paiva AC, Vila VS, Almy LM, Silva JK. The experience faced by stroke survivors and their family caregivers. Atas CIAIQ [Internet]. 2015 [cited 2019 July 15];1:181-6. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/43/41>

6. Bonfada D, Santos MM, Lima KC, Garcia-Altes A. Survival analysis of elderly patients in Intensive Care Units. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2017 [cited 2019 July 12];20(2):197-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n2/1809-9823-rbgg-20-02-00197.pdf>

7. Fogaça NJ, Carvalho MM, Montefusco SRA. Perceptions and feelings of the family member/caregiver expressed before the patient on home care. Rev Rene [Internet]. 2015 [cited 2018 Sept 10];16(6):848-55. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2874/2236>

8. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. Saúde debate [Internet]. 2017 [cited 2019 July 12];41(113):553-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200553

9. Arora RC, Manji RA, Singal RK, Hiebert B, Menkis AH. Outcomes of octogenarians discharged from the hospital after prolonged intensive care unit length of stay after cardiac surgery. J thorac cardiovasc surg [Internet]. 2017 [cited 2019 Sept 15];154(5):1668-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28688711>

10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein [Internet]. 2010 [cited 2019 July 12];8(1Pt1):102-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf

11. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review. Rev

min enferm [Internet]. 2014 [cited 2019 July 12];18(1):9-11. Available from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/904>

12. Ruiz MA, Greco OT, Braile DM. Journal impact factor: this editorial, academic and scientific influence. Rev bras cir cardiovasc [Internet]. 2009 [cited 2019 July 10];24(3):273-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382009000400004&script=sci_arttext&tlng=en

13. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

14. Ministério da Cultura (BR). Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n° 8.469, de 22 de junho de 2015: Regulamenta a Lei no 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, e a Lei no 12.853, de 14 de agosto de 2013, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais. Brasília: Ministério da Cultura, 2015.

15. Baldwin MR, Reid MC, Westlake AA, Rowe JW, Granieri EC, Wunsch H, et al. The feasibility of measuring frailty to predict disability and mortality in older medical intensive care unit survivors. J Crit Care [Internet]. 2014 [cited 2019 July 12];29(3):401-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559575>

16. 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 [cited 2019 July 10];64(3):536-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000326>

17. Pintado MC, Villa P, Luján J, Trascasa M, Molina R, González-García N, et al. Mortality and functional status at one-year of follow-up in elderly patients with prolonged ICU stay. Med Intensiva [Internet]. 2016 [cited 2019 July 10];40(5):289-97. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26706825>

18. 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 [cited 2018 Oct 10];29(3):293-302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29044302>

19. Shum HP, Chan KC, Wong HY, Yan WW. Outcome of elderly patients who receive intensive care at a regional hospital in Hong Kong. Hong Kong Med J [Internet]. 2015 [cited 2019 July 12];1(6)490-8. Available from: <http://www.hkmj.org/system/files/hkmj144445.pdf>

20. Tripathy S, Mishra JC, Dash SC. Critically ill elderly patients in a developing world--mortality and functional outcome at 1 year: a prospective single-center study. J Crit Care [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 10];29(3):474.e7-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581949>

21. Govers AC, Buurman BM, Jue P, de Mol BA, Dongelmans DA, de Rooij SE. Functional decline of older patients 1 year after cardiothoracic surgery followed by intensive care admission: a prospective longitudinal cohort study. *Age Ageing* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 10];43(4):575-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850542>
22. 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 [cited 2018 Sept 18];41(11):1911-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306719>
23. Andersen FH, Flaatten H, Klepstad P, Romild U, Kvåle R. Long-term survival and quality of life after intensive care for patients 80 years of age or older. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sept 18];5(1):13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26055187>
24. Karlsson V, Bergbom I, Ringdal M, Jonsson A. After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sept 22];30(4):749-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26662180>
25. Frazão MC, Pimenta CJ, da Silva CR, Vicente MC, da Costa TF, Costa KN. Resilience and functional capacity of elderly people with diabetes mellitus. *Rev Rene* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 10];19:1-7. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33383>

Correspondência

Larissa Simões da Cruz Pessoa
E-mail: laracruzj07@gmail.com

Submissão: 01/08/2019

Aceito: 08/09/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.