



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JESSICA LANE PEREIRA SANTOS

**ADAPTAÇÃO DE LONGEVOS NO DOMICÍLIO APÓS HOSPITALIZAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**SALVADOR
2018**

JESSICA LANE PEREIRA SANTOS

**ADAPTAÇÃO DE LONGEVOS NO DOMICÍLIO APÓS HOSPITALIZAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, na linha de pesquisa O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Larissa Chaves Pedreira.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Juliana Bezerra do Amaral

SALVADOR
2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

Pereira Santos, Jessica Lane
Adaptação de longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva / Jessica Lane
Pereira Santos. -- Salvador, 2018.
102 f.

Orientadora: Larissa Chaves Pedreira. Coorientadora: Juliana Bezerra do Amaral.
Dissertação (Mestrado - Mestrado - Programa de Pós Graduação em Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

1. Idoso de 80 Anos ou mais. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Alta do paciente. 4. Adaptação. 5. Resultados de cuidados críticos. I. Chaves Pedreira, Larissa. II. Bezerra do Amaral, Juliana. III. Título.

JESSICA LANE PEREIRA SANTOS

**ADAPTAÇÃO DE LONGEVOS NO DOMICÍLIO APÓS HOSPITALIZAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 03 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, UFBA.

Valdenir Almeida da Silva



Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, UFBA.

Álvaro Pereira



Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é dedicada aos longevos que participaram deste estudo e que, mesmo sem me conhecer, abriram as portas das suas casas, me recebendo com grandes histórias de luta, de amor e de vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser presença constante em minha vida! Força que me conduz, alimenta, ampara e proporciona a realização de tão lindos sonhos. O mestrado na UFBA é um grande sonho que se concretiza. Obrigada, Senhor!

Aos meus pais, Dora e Carlos, por sempre priorizarem os estudos dos seus três filhos. Obrigada pelo incentivo, pela força e por sempre acreditarem que seria possível. Que cidade pequena não é obstáculo para quem sonha grande! Assim, vocês me deram o mundo! Tudo, graças a vocês e por vocês! Amor infinito!

Aos meus amados irmãos, Roger e Andressa, por terem sido a minha casa e o meu colo em Salvador, nesses últimos dois anos de estudos. Vocês são parte de mim! Sei que, nesse instante, compartilhamos da mesma alegria!

Ao meu marido Bruno, por ser esse companheiro de vida incrível! Obrigada por todo suporte, carinho, força e compreensão diante da minha ausência física. O seu amparo foi fundamental! Obrigada por estar ao meu lado em tantas etapas importantes da minha vida e por batalhar junto comigo. Nossas vidas, nossas lutas, nossas conquistas! Amo você!

À minha cunhada Carol, que me acompanha desde a faculdade, e sempre torceu e comemorou comigo as vitórias alcançadas. Obrigada pelos conselhos, amparo e por ter me acolhido com tanto carinho!

À minha querida orientadora Larissa Pedreira, que foi luz durante esse processo! Obrigada por todo ensinamento, dedicação, parceria, acolhimento e por ser essa alma linda e bondosa! És, para mim, inspiração! Sigo feliz em estudar a saúde da pessoa idosa, muito, graças a você! Meu sincero e profundo agradecimento!

À minha co-orientadora Juliana Amaral, por somar momentos de aprendizado e reflexão. Obrigada pelas contribuições e ensinamentos. Admiro-te muito, enquanto profissional e pessoa!

À querida professora Tânia Menezes, por ter me proporcionado valorosos ensinamentos sobre a temática, em sala de aula e nas reuniões do Nespi, e pelas palavras de carinho e preocupação quando eu mais precisei. Muito obrigada!

À banca, que me acompanhou desde a qualificação, pelas valiosas contribuições.

À Larissa Abreu, amiga querida, por me impulsionar nas dificuldades e vibrar comigo em cada etapa concluída. Minha gratidão por toda ajuda, pela preocupação, pelo zelo e por sempre acreditar que seria possível, mesmo quando eu questionava! Sou grata a Deus por esse encontro.

Às minhas amigas Unebianas/Ufbianas: Alana, Nara, Aline, Gabriela e Elaine, companheiras de estudo, de trabalho, de viagens e da vida! Vocês tornaram leve até as grandes distâncias percorridas. Enchem o meu coração de alegria!

À querida Larissa Cruz, pela parceria que construímos! Você foi essencial na realização deste trabalho! Muito obrigada!

À UNEB e ao Colegiado de Enfermagem, por todo incentivo e confiança depositados em mim. Retorno, cheia de vontade para continuarmos o nosso trabalho. Orgulho de ser UNEB!

Aos longevos, que me receberam de forma tão calorosa, por permitirem a realização desta pesquisa. Meus sinceros agradecimentos pela confiança, pelas conversas acolhedoras e por compartilharem comigo suas histórias de vida. Espero que muitos idosos sejam beneficiados a partir deste estudo.

Muito obrigada!!!

Gratidão e felicidade por este momento!

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro que possibilitou custear as demandas desta pesquisa.

“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste”.

(Sigmund Freud)

RESUMO

SANTOS, Jessica Lane Pereira. Adaptação de longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva. 102f. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

INTRODUÇÃO: Em decorrência da transição demográfica e envelhecimento populacional, percebe-se, também, um aumento na proporção de longevos na frequência de comorbidades e na incidência de declínio funcional atribuído a essa faixa etária, o que poderá acarretar em necessidade de hospitalização. É cada vez mais comum a admissão de pacientes idosos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo fundamental o planejamento e a realização de ações em saúde, destinadas a esses pacientes durante e após a hospitalização. Após a alta hospitalar, a pessoa longeva pode apresentar fragilidades e um elevado grau de dependência, perda da autonomia, quando no retorno ao domicílio. Tais limitações podem ser permanentes ou transitórias e, em ambas as situações, desempenhar atividades rotineiras da vida diária pode se tornar um desafio ao idoso e a seu familiar. **OBJETIVOS:** Conhecer a adaptação do longevo no domicílio, após hospitalização na UTI; Apreender as facilidades, dificuldades e necessidades relacionadas à vida diária no domicílio, após hospitalização na UTI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com longevos que estiveram internados na UTI de um hospital público do Sudoeste da Bahia. A coleta de dados ocorreu através de entrevista aberta, no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. A pesquisa foi realizada em dois locais: inicialmente foram coletados dados no livro de registros dos pacientes internados na UTI do hospital, para identificar àqueles com 80 anos ou mais, que estiveram internados por um período superior a 24 horas e já se encontravam de alta na unidade. Depois, foi realizado contato telefônico para agendamento de visita ao domicílio dos longevos identificados na UTI e que já estavam de alta hospitalar. Após isso, realizou-se entrevista com os longevos em seus domicílios. Para o procedimento de análise de dados, foram utilizados os princípios de conteúdo de Bardin, fundamentados à luz da Teoria de Adaptação de Callista Roy. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer de nº 2.266.652 de 11/09/2017 e os cuidados éticos e legais fundamentados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram rigidamente respeitados durante todas as fases da pesquisa. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 11 longevos, sendo seis do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idade entre 80 e 94 anos. A partir dos depoimentos dos participantes emergiram duas categorias, a saber: i) Estímulos vivenciados por longevos no domicílio após hospitalização na UTI; ii) Respostas comportamentais dos longevos no domicílio após hospitalização na UTI. **CONCLUSÃO:** O estudo revelou que os principais estímulos que contribuíram para um comportamento adaptativo dos longevos foi o retorno para o seu domicílio e o apoio familiar. Em contrapartida, os estímulos que afetaram negativamente a adaptação foram o medo, a falta de informação e as dificuldades na continuidade do cuidado. As respostas comportamentais foram relacionadas aos modos fisiológicos e psicossociais, que culminaram em dependência e na perda de autonomia para realização das atividades básicas de vida, além de sentimentos de tristeza e insatisfação.

Palavras-Chave: Idoso de 80 Anos ou mais; Unidade de Terapia Intensiva; Alta do paciente; Adaptação; Resultados de cuidados críticos.

ABSTRACT

SANTOS, Jessica Lane Pereira. **Adjustment of elderly in the domicile after hospitalization in the intensive care unit.** 102f. 2018. Dissertation (Master degree) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2018.

INTRODUCTION: As a result of the demographic transition and the aging of the population, an increase in the proportion of elderly, frequency of comorbidities and the incidence of functional decline attributed to this age group is observed, which may lead to a need for hospitalization. It is increasingly common the admission of elderly patients in the Intensive Care Unit (ICU), and it is fundamental to plan and perform health actions for these patients during and after hospitalization. After hospital discharge, the elderly person may present fragility and a high degree of dependence and loss of autonomy when returning to the domicile. Such limitations may be permanent or transient, and in both situations, performing routine activities of daily living can become a challenge to the elderly and their relative.

OBJECTIVES: To know the adaptation of the elderly in the domicile, after hospitalization in the ICU; apprehend facilities, difficulties and needs related to daily life, in the domicile, after hospitalization in the ICU. **METHODOLOGY:** This is a descriptive study, with a qualitative approach, performed with elderly who were hospitalized in the ICU of a public hospital in the Southwest of Bahia. The data collection took place through an open interview, from October 2017 to February 2018. The research was conducted in two places: data were initially collected in the records of patients hospitalized in the ICU of the hospital to identify those aged 80 years or more, who were hospitalized for more than 24 hours and were already discharged of the hospital. After that, a telephone call was made to schedule a visit to the domicile of the elderly identified in the ICU and who were already discharged from hospital. After that, an interview was made with the elderly people in their domiciles. For the procedure of data analysis the principles of content of Bardin, based in the light of the Theory of Adaptation of Callista Roy, were used. The project was approved by the Research Ethics Committee under Opinion no. 2.266.652 of 9/11/2017 and the ethical and legal care based on Resolution 466/12 of the National Health Council were strictly respected during all phases of the research. **RESULTS:** A total of 11 elderly subjects participated in the study, six females and five males, aged 80 to 94 years. From the participants' statements, two categories emerged: Stimuli experienced by the elderly in the domicile after hospitalization in the ICU and behavioral responses of the elderly in the domicile after ICU hospitalization. **CONCLUSION:** The study showed that the main stimuli that contributed to an adaptive behavior of the elderly were the return to their home and family support. On the other hand, the stimuli that negatively affect adaptation were fear, lack of information and difficulties in the continuity of care. Behavioral responses were related to the physiological and psychosocial modes, which culminated in dependence and loss of autonomy to perform basic life activities, as well as feelings of sadness and dissatisfaction.

Key words: Elderly of 80 years and over. Intensive care unit. Patient discharge. Adaptation. Critical Care Results

RESUMEN

SANTOS, Jessica Lane Pereira. **Adaptación de longevos en el domicilio después hospitalización en la unidad de cuidados intensivos.** 102f. 2018. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador. 2018.

INTRODUCCIÓN: En consecuencia de la transición demográfica y envejecimiento poblacional, se percibe también un aumento en la proporción de longevos, en la frecuencia de comorbilidades y en la incidencia de declive funcional atribuido a esa grupo de edad, lo que podrá acarrear en necesidad de hospitalización. Es cada vez más común la admisión de pacientes ancianos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siendo fundamental la planificación y la realización de acciones en salud destinadas a esos pacientes durante y después de la hospitalización. Después del alta hospitalaria, la persona de edad avanzada puede presentar fragilidades y un elevado grado de dependencia y pérdida de la autonomía, cuando en el retorno al domicilio. Tales limitaciones pueden ser permanentes o transitorias, y en ambas situaciones, desempeñar actividades rutinarias de la vida diaria puede convertirse en un desafío al anciano y su familiar. **OBJETIVOS:** Conocer la adaptación de los mayores en el domicilio, después de hospitalización en la UCI; Aprender facilidades, dificultades y necesidades relacionadas a la vida diaria, en el domicilio, después de la hospitalización en la UCI. **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con longevos que estuvieron internados en la UCI de un hospital público del Sudoeste de Bahía. La recolección de datos ocurrió a través de una entrevista abierta en el período de octubre de 2017 a febrero de 2018. La encuesta fue realizada en dos lugares: inicialmente fueron recogidos datos en el libro de registros de los pacientes internados en la UCI del hospital, para identificar a aquellos con 80 años o más, que estuvieron internados por un período superior a 24 horas e ya se encontraban de alta en la unidad. Después, se realizó contacto telefónico para programar la visita a domicilio de los de edad avanzada identificados en la UCI y que ya estaban de alta hospitalaria. Después de eso, se realizó una entrevista con los mayores en sus domicilios. Para el procedimiento de análisis de datos se utilizaron los principios de contenido de Bardin, fundamentados a la luz de la Teoría de Adaptación de Callista Roy. El proyecto fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación bajo el Dictamen de nº 2.266.652 de 11/09/2017 y los cuidados éticos y legales fundamentados en la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud fueron estrictamente respetados durante todas las fases de la investigación. **RESULTADOS:** Participaron del estudio 11 longevos, siendo seis del sexo femenino y cinco del sexo masculino, con edad entre 80 y 94 años. A partir de los testimonios de los participantes surgieron dos categorías: Estímulos vivenciados por ancianos en el domicilio después de hospitalización en la UCI y Respuestas comportamentales de los mayores en el domicilio después de hospitalización en la UCI. **CONCLUSIÓN:** El estudio reveló que los principales estímulos que contribuyeron a un comportamiento adaptativo de los longevos fue el retorno a su domicilio y el apoyo familiar. En cambio, los estímulos que afectan negativamente la adaptación fue el miedo, la falta de información y dificultades en la continuidad del cuidado. Las respuestas comportamentales se relacionaron con los modos fisiológicos y psicosociales, que culminaron en dependencia y en la pérdida de autonomía para la realización de las actividades básicas de vida, además de sentimientos de tristeza e insatisfacción.

Palabras Clave: Ancianos de 80 años o más. Unidad de Cuidados Intensivos. Alta del paciente. Adaptación. Resultados de cuidados críticos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES NA PESSOA LONGEVA.....	17
2.1.1 O processo de envelhecimento	17
2.1.2 Repercussões do envelhecimento na pessoa longeva	20
2.2 REPERCUSSÃO DA HOSPITALIZAÇÃO NA UTI PARA A PESSOA LONGEVA, E O SEU RETORNO AO DOMICÍLIO.....	21
2.2.1 A hospitalização na UTI e a alta hospitalar do longevo.....	21
2.2.2 O retorno ao domicílio, após alta hospitalar	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO – TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY ...	27
3.1 O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	27
3.1.1 Bases científicas e filosóficas do Modelo de Adaptação de Roy	27
3.1.2 Conceitos importantes na Teoria da Adaptação de Callista Roy.....	29
3.1.2.1 A pessoa como um sistema adaptável	29
3.1.2.2 O Ambiente	32
3.1.2.3 A saúde	32
3.1.3 Modos Adaptativos.....	32
3.1.3.1 Modo fisiológico-físico	33
3.1.3.2 Modo de autoconceito e o modo de identidade de grupo	34
3.1.3.3 Modo de função de papel.....	34
3.1.3.4 Modo de interdependência.....	35
3.1.4 O processo de enfermagem segundo o Modelo de Adaptação de Roy.....	35
4 MÉTODO.....	42
4.1 TIPO DE ESTUDO	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO	42
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO	45
4.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	46
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	49

5.1 CARACTERIZAÇÃO E SÍNTESE DA HISTÓRIA DE LONGEVOS QUE ESTIVERAM INTERNADOS NA UTI	49
5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS	56
5.2.1 Estímulos vivenciados por longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva.....	56
5.2.1.1 Estímulos que afetam positivamente a adaptação dos longevos	56
5.2.1.2 Estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos	61
5.2.2 Respostas comportamentais dos longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva.....	67
5.2.2.1 Alterações do padrão de resposta às necessidades fisiológicas e perda de autonomia. 67	
5.2.2.2 Alterações psicossociais e comprometimento na realização de atividades cotidianas de lazer e laborais	71
6 CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	87
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
ANEXO 1 - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	93
ANEXO 2 - ÍNDICE DE KATZ – ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA	98
ANEXO 3 - ÍNDICE DE LAWTON – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA	100
ANEXO 4 - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DA ESTRUTURA DO DOMICÍLIO	102

1 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, observa-se um aumento percentual considerável da população idosa, que passou de 9,8% para 14,3%, respectivamente. A estimativa para 2070 é que a proporção dos idosos no Brasil seja acima de 35%, o que seria superior, inclusive, aos indicadores de países desenvolvidos (BRASIL, 2016).

Como efeito da transição demográfica, observa-se também um incremento expressivo na proporção de pessoas longevas, definidas como àquelas com 80 anos de idade ou mais. No último censo realizado no país, no ano de 2010, constatou-se que havia 2 935 584 de pessoas idosas nessa faixa etária, representando 1,53% da população total (BRASIL, 2011). Em 20 anos, o Brasil envelheceu o mesmo que países desenvolvidos envelheceram em mais de 100 anos, e esse novo grupo tem necessidades e desafios específicos, sendo necessária a rápida adaptação dos serviços de saúde para o atendimento das suas necessidades (SANTOS et al, 2016).

Do mesmo modo, em consequência do envelhecimento populacional, percebe-se uma elevação na frequência de comorbidades e na incidência de declínio funcional das pessoas idosas (LOURENÇO et al, 2012), o que poderá ocasionar a necessidade de hospitalização. Nesta população, são mais comuns às internações hospitalares e o tempo de ocupação do leito é maior, quando comparado a outras faixas etárias (REIS et al, 2014).

Essa tendência também é observada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já que as pessoas idosas são as mais susceptíveis a apresentarem problemas de saúde crônicos agudizados, que demandam acompanhamento intensivo e tratamentos avançados (GOMES; GOMES, 2011). Um estudo, cujo objetivo foi avaliar a mortalidade do paciente muito idoso admitido na UTI de um hospital público de São Paulo, desde sua admissão até o 180º dia pós-internação, evidenciou que de todos os pacientes internados nesta unidade, 18,2% eram longevos (SANTOS et al, 2016).

Outro estudo, realizado no Hospital Sainte-Marguerite, na cidade de Marseille-França, avaliou 2 411 pacientes durante a internação na UTI e após a alta hospitalar, durante seis anos. Destes, 299 (12,4%) eram longevos (84 ± 4 anos, variando de 80 a 97), sendo que o tempo médio de permanência dessa população na UTI foi de cinco dias (3 a 9), com mortalidade de 46% e mortalidade em todo o tempo de permanência hospitalar de 55%. Dos 133 longevos (45% da coorte inicial) que receberam alta do hospital, 49 foram a óbito ainda

no primeiro ano após a alta e 21 morreram no segundo ano. Após um ano da admissão, constatou-se que a mortalidade nessa faixa etária foi de 72% (215/299) e, após dois anos da admissão, foi de 79% (236/299) (ROCH et al, 2011).

Fatores que podem contribuir com as altas taxas de mortalidade na população longeva, após internamento na UTI e alta hospitalar, devem ser investigados, de forma a contribuir com o desenvolvimento e implementação de medidas de prevenção, de promoção e de reabilitação da saúde do idoso, como forma de proporcionar qualidade de vida a essas pessoas.

A hospitalização da pessoa idosa pode desencadear uma sucessão de eventos que, frequentemente, resultam na redução da capacidade funcional e da qualidade de vida, complicações que podem não estar relacionadas ao problema que levou à admissão hospitalar. Dessa forma, nem sempre, a hospitalização resulta em melhora do quadro de saúde (COUTO, 2015).

É ainda mais alarmante quando se trata de longevos que vivenciaram a internação na UTI, já que essas unidades são destinadas ao atendimento de pacientes graves ou potencialmente graves, que precisam de assistência especializada e contínua, com necessidade de monitorização e restrição ao leito, o que poderá gerar outras fragilidades (FURUYA et al, 2011).

Para que a pessoa idosa seja assistida na sua integralidade, é fundamental o planejamento e a realização de ações em saúde durante a hospitalização, após a alta hospitalar (FURUYA et al, 2011) e no retorno ao domicílio, tendo em vista que este período está associado a importantes necessidades de cuidado. A equipe de saúde deve estar preparada para desenvolver um plano global terapêutico durante a hospitalização, que contemple a alta hospitalar e que seja articulado com os serviços comunitários, de modo a garantir a continuidade dos cuidados à pessoa longeva.

Sabe-se que fatores como a gravidade e a natureza das comorbidades podem relacionar-se com maior risco de morte pós-hospitalização em idosos, sobretudo nos de idade mais avançada (SOUSA-MUÑOZ et al, 2013). 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 novas demandas de cuidado, que requerem adaptação e apoio institucional capazes de prevenir complicações e readmissões (COUTO, 2015).

A assistência domiciliar ao idoso vem sendo mais abordada nos últimos tempos, devido ao processo de senescência e senilidade, que acarreta em aumento do surgimento das

morbidades, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e por razões relacionadas à necessidade de auxílio nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diárias da pessoa idosa no domicílio (PEDREIRA, 2016). Desse modo, o cuidado domiciliar envolve ações conjuntas de um grupo, representados pelo idoso, pelo cuidador, pela família e por sua estrutura física (COUTO, 2015).

Após a alta hospitalar e no retorno domiciliar, a pessoa idosa pode apresentar um elevado grau de dependência. Tais limitações podem ser permanentes ou transitórias e, em ambas as situações, desempenhar atividades rotineiras da vida diária pode se tornar um desafio ao idoso e a seu familiar (CARMO, 2014). Constatar que a pessoa idosa possui maiores fragilidades, não limita o campo de atuação em saúde a essa população, mas sim, evidencia um ramo que requer intensa investigação e assistência.

A partir do exposto e diante das novas necessidades decorrentes da reconfiguração social em curso no Brasil e no mundo, é fundamental a realização de novos estudos que fomentem ações de saúde para longevos em seu domicílio, após a alta hospitalar (FLESCHE; ARAÚJO, 2014). Diante disso, levanta-se a seguinte questão de investigação: Como se dá a adaptação do idoso que esteve internado na UTI, após alta hospitalar e retorno ao domicílio?

Essa questão emerge de vivências práticas como residente em UTI, realizada em hospitais de Salvador, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde foi observado um número significativo de admissões de pessoas longevas na unidade. A pesquisa de Silva et al (2018a), realizada em uma dessas instituições, identificou que, no período de 02 anos (2014-2016), foram admitidos 1 099 pacientes, dos quais 732 eram idosos com idade a partir de 60 anos e 252 eram longevos. Destes, 22,5% permaneceram internados por um período superior a 20 dias, 51,7% tiveram como desfecho o óbito e 44,4% de alta da unidade.

Na prática da residência, observou-se que muitos idosos apresentavam alguma dependência para o autocuidado no momento da alta, e que nem sempre essa população recebia um preparo adequado para o retorno domiciliar que valorizasse as suas necessidades.

Soma-se a isso, a continuidade dos estudos nessa área através do ensino, da pesquisa e da extensão durante a prática docente no curso de Graduação de Enfermagem na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA e participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde do Idoso (NESPI).

Ademais, em busca por pesquisas realizadas no Brasil relacionadas com a temática na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores “idoso de 80 anos ou mais”, “unidade

de terapia intensiva” e “alta do paciente”, utilizando o operador booleano AND, foram encontrados 199 artigos, dos quais apenas seis estavam disponíveis em textos completos nas bases de dados nacionais. Dos seis artigos identificados, nenhum abordava o longo, especificadamente.

Ao ampliar essa busca também para as bases de dados do Portal Capes e Pubmed, independente do país/região do estudo, foram identificados apenas oito artigos que abordavam as facilidades e dificuldades dos longevos após hospitalização na UTI e retorno domiciliar. Tais resultados demonstram a necessidade de maiores pesquisas nessa área.

Desse modo, tem-se como objeto do estudo a adaptação do longo em domicílio após hospitalização e alta na UTI. E como objetivos:

- Conhecer a adaptação do longo no domicílio, após hospitalização na UTI;
- Apreender as facilidades, as dificuldades e as necessidades relacionadas à vida diária no domicílio, após hospitalização na UTI.

Para isso, buscou-se na Teoria da Adaptação de Roy os subsídios para compreender o processo adaptativo dessas pessoas no retorno aos seus domicílios, considerando os estímulos presentes em seu meio e os comportamentos nos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, interdependência e desempenho de papel. Tal escolha 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 a essa população, a partir do momento em que se compreende como a alta hospitalar é vivenciada pelos longevos, e ao identificar as suas facilidades, as suas dificuldades e a eficácia/necessidade de cuidados específicos na transição hospital – domicílio.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES NA PESSOA LONGEVA

2.1.1 O processo de envelhecimento

Para abordar sobre o envelhecimento, é preciso compreendê-lo enquanto uma construção social, multidimensional e heterogêneo, em que a velhice é fase desse processo e determinada pelo contexto sócio-histórico e político-econômico (SOARES; POLTRONIERI; COSTA, 2014).

Tal processo repercute no organismo com diversas modificações. O critério cronológico, ainda que seja um dos menos precisos, é o mais utilizado para definir a pessoa idosa, e os fenômenos relacionados ao envelhecimento e à velhice. Entretanto, muitas vezes, são restritos às alterações que ocorrem no corpo físico (SANTOS, 2010).

Dessa forma, é necessária a compreensão de que o processo de envelhecimento é individual e, ainda mais singular, quando se avalia a pessoa idosa na sua integralidade, ponderando os fatores biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, associados ao contexto de vida dessas pessoas. Assim, o envelhecimento é também, variável, e consequência de uma vida inteira, que engloba desde a infância (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Santos (2010, p. 1036) afirma ainda que “as dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras, necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo”.

Além de não envelhecerem da mesma forma, as pessoas também não passarão pelas mesmas experiências nesse processo, e o modo como este é percebido nas diferentes culturas é fundamental na compreensão e significado do envelhecimento humano (KUZNIER; LENARDT, 2011). Dessa forma, envelhecer não significa que a pessoa apresentará diversas doenças físicas ou mentais; as pessoas idosas podem levar uma vida normal, manter o convívio social e laços afetivos (SOUZA; FARIAS; PASSOS, 2016).

O envelhecimento biológico é ativo, irreversível, de natureza multifatorial e faz com que o organismo se torne mais vulnerável às agressões externas e internas. Os sinais de deficiências funcionais vão surgindo de forma progressiva, e todos os sistemas orgânicos envelhecem de maneira diferenciada (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

As transformações biológicas são as morfológicas, caracterizadas pelo surgimento das rugas, dos cabelos brancos e outras; as relacionadas às modificações das funções orgânicas são as fisiológicas e as que se relacionam com alterações das reações químicas no organismo, bioquímicas (SANTOS, 2010). O envelhecimento alcança todas as células, órgãos e sistemas do corpo, porém, é influenciado por fatores externos que configurará as alterações biológicas (SOUZA; FARIAS; PASSOS, 2016).

Tão importante quanto se entender as etiologias associadas aos processos degenerativos, é desenvolver estratégias que minimizem os efeitos da senescência. Além de fatores condicionantes como a genética, os hábitos incorporados ao longo da vida são fundamentais para se promover um envelhecimento mais autônomo e de qualidade (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Souza; Farias; Passos (2016) referem que, no que diz respeito às repercussões psíquicas, estas são influenciadas por características da personalidade, a partir do modo como o idoso percebe sua vida e encara o mundo, adaptando-se a ele; pelas comorbidades psiquiátricas e pelas alterações cognitivas. Descrevem ser necessário que a equipe de enfermagem desenvolva atividades para a pessoa idosa ainda na hospitalização, e que se deve ponderar sobre o que é ter saúde mental, a saber:

- Estar em um bom relacionamento consigo e com as outras pessoas;
- Aceitar o que a vida impõe;
- Saber lidar com todos os tipos de emoções, das ruins as mais agradáveis, entendendo que elas fazem parte do processo da vida;
- Saber reconhecer os seus limites e não hesitar em pedir ajuda quando necessário, considerando que qualquer um poderá apresentar uma crise emocional ou alteração de comportamento em algum momento da vida.

As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2010, p. 1036).

A integridade psíquica é essencial para a manutenção da saúde, e problemas de adaptação nesse sentido podem gerar dificuldades no processo de cura da pessoa ou interferir em diversas ações necessárias para manter outros aspectos relacionados à saúde. Nesse sentido, o modo de autoconceito de Roy incide designadamente nos aspectos psicológicos, espirituais e sociais da pessoa, tendo como necessidade básica a integridade psíquica – “a

necessidade de se saber quem é, para que se possa ser ou existir com um sentido de unidade” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 29).

Assim, para que a pessoa idosa perpassasse pelo processo de envelhecimento com mais autonomia e independência, é essencial que se busque constantemente um equilíbrio entre o envelhecimento biológico, psíquico e social (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Uma pesquisa, cujo objetivo foi verificar a percepção da autonomia de longevos atendidos no setor de Geriatria de um hospital público, identificou que a população atendida apresentava boa percepção de sua autonomia. As autoras concluíram que esse é um foco importante a ser discutido na atenção à saúde da pessoa idosa já que, conforme ela envelhece, maior a dependência na realização das atividades de vida diárias e maior o risco de perda da autonomia (ANSAI; SERA, 2013).

Outro estudo que teve como objetivo interpretar o significado do envelhecimento para o idoso internado em hospital de grande porte de Curitiba (PR), evidenciou que a diminuição das atividades, perda de flexibilidade, movimentos e memória foram aspectos negativos enfatizados pelos idosos sobre o processo de envelhecimento, em que o enfraquecimento da memória era algo que os constrangia e os deixava entristecidos (KUZNIER; LENARDT, 2011).

A depressão é um fenômeno frequente em idosos e pode estar associada, dentre outros aspectos, aos fatores socioambientais (GONZÁLEZ et al, 2016). No mais, sabe-se também, que a internação hospitalar prolongada e determinadas doenças crônicas são direta ou indiretamente responsáveis pelo surgimento de transtornos psíquicos na pessoa idosa (SOUZA; FARIAS; PASSOS, 2016). Tais fatores podem levar a outros riscos, como a não aderência aos tratamentos, negligência no autocuidado, piora do estilo e qualidade de vida, aumento da morbimortalidade e risco para suicídio (GONZÁLEZ et al, 2016).

O modo de função na vida real da Teoria de Adaptação de Roy discorre sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade (ROY; ANDREWS, 2001), visto que outro risco relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais se dá quando estes estão expostos a diversos contextos sociais, como abandono familiar, precária condição socioeconômica, perda do papel social, isolamento social, violência, entre outros. Dentre os transtornos mais observados nesse tipo de situação estão a depressão e a ansiedade (SOUZA; FARIAS; PASSOS, 2016).

Moraes, Moraes, Lima (2010) afirmam que através do envelhecimento psíquico, a pessoa idosa aceita mais facilmente a realidade e é mais tolerante com a dor ou com a perda

da independência biológica, já que desenvolve com o tempo, mecanismos de segurança em relação ao mundo.

2.1.2 Repercussões do envelhecimento na pessoa longeva

Para se angariar como meta a qualidade de vida dos longevos, devem-se buscar medidas de prevenção de ocorrências e situações que possam afetar o seu bem-estar. Sabe-se que nessa população, os riscos para problemas, entre eles o cardiovascular, são elevados. Entretanto, naqueles que apresentam hábitos de vida saudáveis, os determinantes comportamentais funcionam como elementos protetores da saúde (FARIAS; SANTOS, 2012).

As pessoas longevas possuem menores reservas fisiológicas que, associada ao processo de envelhecimento biológico, demanda grande atenção dos serviços de saúde. No Modelo de Adaptação de Roy, o modo fisiológico está associado ao modo como a pessoa responde como ser físico aos estímulos recebidos do ambiente, manifestado através das atividades fisiológicas das células, tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano. Desse modo, os estímulos acionam os mecanismos de resistência, determinando um comportamento adaptável ou ineficaz (ROY; ANDREWS, 2001).

Um estudo realizado com longevos hospitalizados na Espanha, entre 2005 e 2007, apontou que eles têm maior risco de desenvolverem comorbidades, quando comparados com pessoas mais jovens, e que possuem elevada incidência de demência e maiores taxas de mortalidade, associadas aos seguintes preditores para óbito hospitalar: infarto agudo do miocárdio, doença maligna, lesões por pressão, insuficiência respiratória aguda, doença e infecção aguda. Além disso, revelou que idosos de 90 anos ou mais possuem taxa de complicação elevada, sendo que um a cada três nonagenários possui mais que duas complicações já na admissão hospitalar (BARBA et al, 2011).

Outra importante questão relaciona-se ao aspecto social. Sabe-se que a frequência com que o idoso se relaciona socialmente e a quantidade de pessoas disponíveis para o seu suporte são fatores associados ao desenvolvimento de depressão e suicídio nesta população. Além disso, estar em um contexto social carente de recursos e/ou ter uma rede de apoio social escassa ou inexistente pode aumentar as vulnerabilidades da pessoa idosa e agravar o processo de senilidade (MAIA et al, 2016).

Os longevos têm demonstrado maiores dificuldades de locomoção e menos frequência nos ambientes comunitários, o que sugere uma maior exclusão social dessa população. Assim,

torna-se essencial identificar precocemente as razões que os levam a tais dificuldades, para se estabelecer ações de prevenção, criar estratégias que possibilitem ampliar a sua capacidade (NAVARRO et al, 2015) e desenvolver redes de suporte social e emocional para o idoso, de forma a promover a saúde e o bem-estar psicológico (MAIA et al, 2016).

A interação social não deve acontecer somente no ambiente familiar, sendo fundamental para o exercício da cidadania, valorização e inserção da pessoa idosa na sociedade. Assim, estimular a participação dos idosos em eventos sociais e possibilitar-lhes experiências nas quais eles poderão contribuir com seus conhecimentos, são atitudes a serem estimuladas pela família e pelos profissionais de saúde. Tanto a saúde física quanto a saúde mental da pessoa longeva devem ser preservadas através de atividades que exijam concentração e memória, além de proporcionar a diminuição na incidência das demências, estimular habilidades de raciocínio e o acesso a informações, o bem-estar e o convívio social dos idosos (FARIAS; SANTOS, 2012).

2.2 REPERCUSSÃO DA HOSPITALIZAÇÃO NA UTI PARA A PESSOA LONGEVA, E O SEU RETORNO AO DOMICÍLIO

2.2.1 A hospitalização na UTI e a alta hospitalar do longevo

O aumento da demanda das UTIs por pessoas idosas é uma realidade que vem sendo observada pela equipe de saúde e relatada na literatura, sendo necessário, dessa forma, maior preocupação e envolvimento dos profissionais nos cuidados e assistência a essa população (GOMES; GOMES, 2011). O cuidado à pessoa idosa exige um planejamento assistencial gerontológico no qual o idoso seja atendido em sua integralidade, sendo fundamental para isso que a equipe de saúde tenha conhecimento das particularidades inerentes ao processo de envelhecimento, na tentativa de identificar possíveis síndromes geriátricas e de atender às necessidades biopsicossociais (SOUSA et al, 2010).

Entretanto, é necessário salientar que a prioridade das ações de saúde da pessoa idosa deverá ser pautada nas ações de prevenção e promoção da saúde, como forma de se angariar a redução das internações, em que a hospitalização do idoso deverá ser indicada apenas depois de esgotadas as demais ações (NUNES et al, 2017). Para isso, o SUS tem um importante papel no desenvolvimento e implementação de estratégias que visem um atendimento mais qualificado a essa população (KERNKAMP et al, 2016), o que propiciaria a diminuição das internações hospitalares e das complicações advindas dela.

Dentre as principais causas de internação da pessoa longeva estão DCNT, como cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensão arterial, que compõe um grupo de patologias que se desenvolvem ao longo da vida e são de longa duração. No Brasil, elas constituem um problema de saúde pública, sendo responsáveis por 74% das mortes (BRASIL, 2011).

Saposnik et al (2009), em pesquisa realizada no Canadá, avaliaram 3 756 pacientes que haviam sido admitidos com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC). Destes, a maioria, representada por 33,6% da amostra (1 219 pacientes), tinha mais de 80 anos de idade. O estudo constatou que os longevos apresentaram uma mortalidade superior aos idosos mais jovens após a alta hospitalar, considerando os primeiros 7 dias, 30 dias e 1 ano. Essa mortalidade era aumentada, mesmo após realização de ajustes relacionada ao sexo, a comorbidades e à gravidade do AVC.

Um estudo realizado na cidade de Recife, cujo objetivo foi analisar a evolução temporal da mortalidade de idosos no município, identificou que os longevos apresentaram maior taxa de mortalidade e maior risco de morte para o sexo masculino. A mortalidade foi maior entre aqueles hospitalizados (SILVA et al, 2012).

Assim, ao se considerar os riscos e os procedimentos invasivos que um paciente da UTI está exposto, faz-se necessário a adoção de medidas que avaliem a necessidade de internação do longevo nessa unidade, através de “boa prática clínica, suporte de exames complementares, histórico de saúde dos indivíduos idosos, senso ético e capacidade de gerenciar os recursos disponíveis na instituição hospitalar em prol de cada caso em sua singularidade” (BONFADA et al, 2017, p. 200).

Um estudo de coorte prospectivo realizado em 22 hospitais Canadenses avaliou 610 pacientes com mais de 80 anos admitidos na UTI e determinou a sobrevivência e a função física desses pacientes após 12 meses da admissão. A mortalidade encontrada foi de 14% na UTI, de 26% no hospital e 44% nos 12 meses após a admissão. O estudo concluiu que dos longevos avaliados durante os 12 meses, apenas 26% sobreviveram e obtiveram recuperação física quando do retorno ao domicílio (HEYLAND et al, 2015).

Na Espanha, uma pesquisa identificou 176 pacientes admitidos na UTI com idade de 75 anos ou mais; destes, 62,1% tiveram alta hospitalar e 53,1% estavam vivos após um ano. O estudo demonstrou que a mortalidade durante a hospitalização e após um ano de alta hospitalar foi considerável, e após a alta, um terço dos participantes tinha dependência moderada a grave, com grande necessidade de suporte familiar (VILLA et al, 2016).

Esses achados indicam a necessidade de atenção qualificada durante a hospitalização, focado no preparo para a alta, que vise manter o estado funcional anterior do longo e preservar ao máximo a sua autonomia.

Nos idosos submetidos a procedimentos invasivos e de risco durante a hospitalização, a situação é também alarmante. Nos procedimentos cirúrgicos, por exemplo, o estresse da cirurgia gera efeito sobre a pessoa longeva, que pode dificultar a sua capacidade de adaptação; evento que está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade (MASSARWEH et al, 2009). Como muitos dos pacientes admitidos na UTI são provenientes do Centro Cirúrgico, entender esses fatores é essencial para se proporcionar uma assistência de qualidade.

Pesquisa realizada em um Hospital Universitário da Coreia ressaltou que alguns fatores devem ser valorizados ainda no período pré-hospitalar, para contribuir no melhor prognóstico de longevos que irão se submeter a alguma cirurgia, como a capacidade funcional e o estado nutricional, além do tipo de cirurgia e o nível de albumina no pré-operatório. Além desses fatores, é essencial que a equipe da UTI crie metas individualizadas, bem como um plano de alta para cada paciente com enfoque no acompanhamento após alta hospitalar, buscando assim, promover um retorno domiciliar com mais qualidade (LEE et al, 2017).

No pós-alta hospitalar, os profissionais de saúde devem ter uma atenção integral no cuidado da pessoa longeva, que proporcione regressão do quadro clínico e evite a readmissão hospitalar precoce. Na Austrália, estudo evidenciou que idosos com mais de 85 anos apresentaram maior taxa de readmissão, inferindo que a forte tendência de readmissão hospitalar relacionada à idade exige políticas públicas que considerem a importância de se estabilizar os longevos antes da alta hospitalar (ROBERTSON et al, 2012).

Desse modo, evidencia-se um risco de mortalidade aumentado para longevos, sendo fundamental um investimento mais efetivo no acompanhamento e monitoramento das suas condições de saúde, de modo a possibilitar melhor sobrevida com qualidade, após a alta hospitalar. Logo, é importante a implantação de um plano de cuidados específicos de transição frente o encaminhamento para a alta hospitalar, pois esses cuidados podem minimizar os riscos de complicações e facilitar o processo de adaptação no domicílio.

2.2.2 O retorno ao domicílio, após alta hospitalar

Os estudos de Villa et al (2016) apontam que mesmo nos idosos que apresentam um bom estado funcional de base na admissão da UTI, é possível observar uma degradação

significativa do seu estado no momento da alta hospitalar; entretanto, a recuperação do estado funcional dos que sobreviveram à internação na unidade, ocorre durante os primeiros 3 meses após a alta, embora eles não atinjam o *status* basal em 1 ano de acompanhamento.

Conforme o Modelo de Adaptação de Roy, a mudança de ambiente estimula a pessoa a desenvolver respostas adaptáveis e a criar respostas para esta condição, que podem ser positivas ou ineficazes (ROY; ANDREWS, 2001). Assim, “no retorno para casa, a perspectiva do cuidado difere do hospital, é nesse momento que ocorre a transição da passagem do curar para o processo de cuidar em casa” (RODRIGUES et al, 2013, p.3).

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 Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) em mais da metade dos idosos estudados (DIETRICH et al, 2017).

Villa et al (2016) observaram em sua pesquisa, que após um ano da internação na UTI e alta hospitalar, 20% dos idosos que sobreviveram apresentavam uma redução de 20 pontos no Índice de Barthel, em que 20,6% possuíam dependência entre moderada e grave, e 24,4% apresentavam incapacidade entre moderada e grave. Após um ano, os idosos não atingiram a sua condição basal, anterior à internação na UTI.

Seus estudos demonstraram dois fatores de risco significativos associados ao mau estado funcional dos idosos após um ano: maior tempo de permanência na UTI e menos valor basal de Índice de Barthel na admissão. Assim, ratificou uma melhor recuperação daqueles idosos que, além de permanecerem por um curto período de tempo na UTI, apresentavam um bom estado funcional basal (VILLA et al, 2016).

O idoso, após a alta hospitalar, encontra-se fragilizado e pode apresentar alto grau de dependência, medo, fraqueza, lesões, instabilidade postural, entre outros, quando no retorno ao domicílio. A depender das condições de saúde pós-alta hospitalar, ele pode necessitar de auxílio para realizar as atividades rotineiras da vida diária, já que naquele momento, encontra-se impossibilitado de desempenhá-las sozinho (CARMO, 2014). Tal dependência pode ser ainda mais visível nos idosos mais velhos.

Pesquisas explanam que os longevos apresentam um maior declínio funcional nos primeiros três meses e uma diminuição no nível das atividades físicas nos seis meses após a

alta da UTI, o que explica a maior necessidade de cuidadores nessa faixa etária (DIETRICH et al, 2017).

As limitações que poderão ocorrer no longo prazo após a hospitalização, podem ser permanentes e incluir mudanças de comportamento e de papéis, observadas no meio familiar, na sociedade e nele próprio; podem ainda, gerar a diminuição da qualidade de vida com impacto no cotidiano da pessoa idosa e do seu familiar (RODRIGUES et al, 2013).

Villa et al (2016, p. 541) ratifica que “o retorno domiciliar é um desfecho importante do ponto de vista do idoso, pois pode ser considerado um substituto para um bom status funcional, permitindo que ele retorne à comunidade”.

Nesse sentido, visando a segurança, a autonomia e o bem-estar das pessoas envolvidas, aspectos relacionados ao ambiente doméstico devem ser avaliados, no momento da alta, para melhor adaptação. Tais aspectos, significativamente influenciados por questões culturais e sociais, podem proporcionar fatores de risco à pessoa idosa. A presença de um piso escorregadio ou com cera, de tapetes soltos nos ambientes, escadas, degraus ou de um banheiro principal localizado do lado de fora da casa, são exemplos de fatores de riscos identificados em 63,22% dos domicílios dessa população, de acordo com um estudo realizado em Santa Catarina (FARIAS; SANTOS, 2012).

Assim, medidas de apoio e modificações no domicílio devem ser realizadas, sempre que possível, no sentido de proporcionar ao idoso, melhores condições de recuperação, rápido retorno para as atividades cotidianas dentro das possibilidades físicas e clínicas, e uma boa qualidade de vida (AMARAL, 2010).

Farias e Santos (2012), em um estudo que objetivou averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos de um município do interior de Santa Catarina, demonstraram que do total de 87 idosos, 48,28% não necessitaram de um cuidador domiciliar e 78,16% faziam uso regular de medicamentos. No que se refere às internações hospitalares, 20,69% referiram internações no último ano e 3,45% relataram a realização de procedimentos cirúrgicos. Em relação à satisfação com a vida, 81,61% afirmaram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida depois dos 80 anos e apenas 2,30% afirmaram estarem insatisfeitos.

Villa et al (2016), em suas pesquisas com idosos de 75 anos e mais que estiveram internados em uma UTI na Espanha, constataram que após um ano de alta hospitalar, a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes não diferia de outros idosos com a mesma faixa etária. Nesse quesito, foram avaliadas questões referentes à saúde mental, vitalidade, capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, entre outros.

Quando no retorno ao domicílio, o intuito deve ser também, preservar e promover o autocuidado, o envelhecimento ativo, o desempenho de papéis sociais e a qualidade de vida dessas pessoas (ANSAI; SERA, 2013). Porém, quando se trata da capacidade funcional de longevos após internamento da UTI, o que parece mais relevante é que um número expressivo destes se torna dependente após a alta hospitalar, revelando a necessidade de se discutir e refletir sobre a internação dos idosos nessa unidade, através de uma avaliação individual realizada pela equipe de saúde e familiares (DIETRICH et al, 2017).

3 REFERENCIAL TEÓRICO – TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

3.1 O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

As primeiras teorias de enfermagem surgiram a partir do ano de 1950 como resultado do avanço científico da profissão, e como meio de compreender e descrever o seu papel e função, entendidos como atuação de enfermagem (MATOS et al, 2011). Sua aplicação na esfera da assistência impulsiona a construção do saber mais sólido, crítico e reflexivo, além de promover cientificidade à profissão, aperfeiçoar as habilidades teórico-práticas e, dessa forma, promover a qualidade no cuidado de enfermagem (MONTEIRO et al, 2016).

É cada vez mais crescente o interesse dos enfermeiros em aplicar uma teoria em sua prática profissional, com o intuito de utilizá-la como um instrumento de trabalho que demonstra as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e amplia as possibilidades do cuidado terapêutico (MATOS et al, 2011). Segundo Monteiro et al (2016, p. 85), “dentre as diversas teorias de enfermagem, destaca-se a Teoria de Callista Roy ao entender a pessoa como sistema adaptativo e holístico e incluir a noção de estímulos, que interagem com as pessoas e desencadeiam respostas”.

Callista Roy nasceu em Los Angeles, Califórnia, é enfermeira, doutorada, professora e teórica de enfermagem. Desenvolveu entre 1963 e 1966, enquanto ainda estudante de graduação, o seu Modelo de Adaptação, estabelecendo a base para a compreensão do indivíduo como um sistema capaz de adaptar-se. Os principais conceitos associados ao seu Modelo de Adaptação estão relacionados à pessoa, ao meio ambiente, a saúde e aos objetivos da enfermagem (ROY, 2008).

Pesquisas sobre o Modelo de Adaptação de Roy são desenvolvidas em diferentes populações com necessidades adaptativas variadas e individuais. Compreender o processo adaptativo de uma pessoa ou um grupo em determinada situação, utilizando essa teoria, possibilita uma abordagem holística, em que os sistemas podem apresentar respostas adaptativas positivas frente aos diversos estímulos (MEDEIROS et al, 2015).

3.1.1 Bases científicas e filosóficas do Modelo de Adaptação de Roy

Segundo Roy (2008), o Modelo de Adaptação tem seus conceitos baseados em suposições científicas e filosóficas, fundamentada na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy de 1968, que descreve a pessoa como um sistema adaptável, e no modelo de

adaptação de Helson de 1964, que defende que o indivíduo tem a competência de se adaptar e gerar mudanças no meio ambiente. Em sua obra, Helson criou a definição de zona de nível de adaptação, que determina se um estímulo desencadeará uma resposta positiva ou negativa. Nesse sentido, a adaptação se dá quando, a partir das alterações ambientais, as respostas obtidas são positivas (PHILLIPS, 2004).

As suposições filosóficas são baseadas no humanismo, que valoriza a subjetividade da experiência humana e na veracidade – princípio da natureza humana que assegura um objetivo singular da vivência humana (ROY; ANDREWS, 2001).

Quadro 1 - Suposições científicas e filosóficas do Modelo da Adaptação de Roy

CIENTÍFICO	
Teoria dos sistemas	Teoria do nível de adaptação
Holismo	Comportamento como adaptável.
Interdependência	Adaptação como função dos estímulos e nível de adaptação.
Processo de controle	Níveis de adaptação dinâmicos, individuais.
Informação de resposta	Processo de resposta positivo e ativo.
Complexidade dos sistemas vivos	
FILOSÓFICO	
Humanismo	Veracidade
Criatividade	Objetivo da existência humana.
Objetivo	Unidade do objetivo.
Holismo	Atividade, criatividade.
Processo interpessoal	Valor e significado da vida.

Fonte: ROY; ANDREWS, 2001, p. 17-18

Essas teorias influenciaram o desenvolvimento do Modelo de Roy, o qual a pessoa é descrita como um sistema adaptável, que funciona com partes independentes e atuam em unidade, em prol de um objetivo específico. Após desenvolver o seu modelo, Roy o apresentou como uma estrutura para a prática da enfermagem, a ser utilizada tanto na investigação como no ensino, e contou com a contribuição de mais de 1 500 professores e estudantes, para desenvolver os fundamentos teóricos do seu modelo de adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

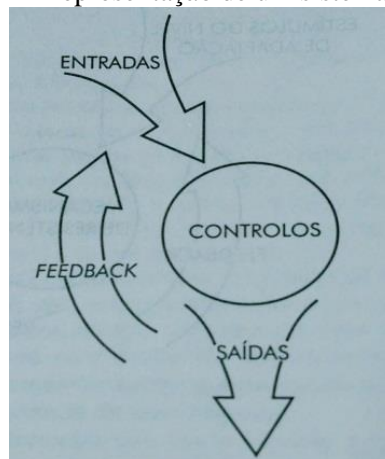
3.1.2 Conceitos importantes na Teoria da Adaptação de Callista Roy

3.1.2.1 A pessoa como um sistema adaptável

Roy define que os humanos são sistemas vivos de adaptação holísticos, que possuem capacidades de pensar e de sentir, funcionando como uma unidade que objetiva algo, unidas por um destino comum (PHILLIPS, 2004).

O receptor dos cuidados da enfermeira pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade ou a sociedade, e estes devem ser assistidos em um sistema holístico adaptável. Entende-se por “adaptável” a capacidade que o sistema humano tem de se ajustar às mudanças no meio ambiente e transformá-lo. Ao designar a pessoa como um sistema, entende-se que “sistema” é um conjunto das partes unidas que formam um todo, e que tem entradas, saídas e processos de resposta e controle (ROY, 2008).

Figura 1 - Representação de um sistema simples



Fonte: Roy e Andrews, 2001

As entradas para as pessoas são chamadas de estímulos, que podem ser externos, quando provém do meio ambiente, e internos, quando originado da pessoa. A saída refere-se à resposta da pessoa em decorrência dos estímulos de entrada e do nível individual de adaptação, que depende da forma como a pessoa processa as mudanças ambientais (ROY; ANDREWS, 2001).

Figura 2 - A pessoa como um sistema



Fonte: Roy e Andrews, 2001

É através das respostas de saída, que acontece a retroalimentação tanto para a pessoa como para o ambiente. Estas são as respostas adaptativas, representadas pelo preenchimento de algumas metas; entretanto, isso não ocorre quando as respostas são ineficazes (MEDEIROS et al, 2015).

Assim, a pessoa é parte de um sistema adaptável que é influenciado pelo ambiente a sua volta e no seu interior. Para a Enfermagem, neste Modelo, considera-se ambiente o estímulo focal, contextuais e residuais e a junção destes estímulos acarreta o nível de adaptação, originando a resposta da pessoa (ROY, 2008).

Desses estímulos, o mais importante é o focal, já que ele confronta diretamente com a pessoa. O contextual refere-se a outro estímulo bastante evidente na situação, com papel fundamental no comportamento gerado no estímulo focal, e o residual, tem efeito não definido (MEDEIROS et al, 2015).

Na situação do longevo que retorna ao domicílio após internamento e alta da UTI, um exemplo de estímulo focal é o idoso que se centra, sobretudo, no medo de apresentar novamente àquilo que ocasionou a sua hospitalização. Entretanto, para outro idoso, tal fato pode não se apresentar como um estímulo ou pode ser contextual, já que ele apresenta outro estímulo que o confronta mais. Desse modo, o que é focal para um, pode ser contextual ou residual para outro.

Roy e Andrews (2001, p. 23) inferem que “o nível de adaptação é o nome dado ao ponto de mudança, que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação”. Assim, a pessoa e o meio ambiente estão constantemente interagidos entre si, e quando a experiência vivenciada é nova, e a pessoa apresenta uma capacidade limitada em

lidar com ela, podendo procurar compreender essa nova situação e modificar o seu próprio nível de adaptação ou o ambiente externo.

As autoras ainda discorrem que depois de processar a entrada através dos mecanismos de controle, é criada uma resposta pela pessoa, chamada também de comportamento, que é entendido como as ações internas ou externas e reações a determinadas circunstâncias. Esses comportamentos podem ser observados, medidos e relatados, de acordo com as respostas externas que a pessoa apresenta em relação ao ambiente em mudança, e pode ser adaptável ou ineficaz (ROY; ANDREWS, 2001).

Nesse sentido, deve-se proporcionar um cuidado de enfermagem baseado nas respostas e comportamento observados, a saber: efetivar um reforço nas respostas adaptativas e uma intervenção nas não adaptativas, com o intuito de obter diferentes resultados para o último caso (MONTEIRO et al, 2016). É importante que esse mesmo cuidado também seja fornecido à pessoa idosa no preparo para a alta e no pós-alta hospitalar, a partir das respostas observadas em seu domicílio, já que o Modelo de Adaptação de Roy proporciona diversas linhas de avaliação em relação aos comportamentos adaptáveis.

Entende-se por respostas adaptáveis, aquelas que promovem a integridade da pessoa, de acordo com os objetivos de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Como consequência, a adaptação da pessoa gera um efeito também na sociedade em que vive. Contudo, as respostas ineficazes nem promovem a integridade e nem colaboram com os objetivos da adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

Entretanto, as respostas não se limitam a problemas, necessidades e deficiências, já que elas abarcam todas as respostas adaptativas do sistema humano. Elas são denominadas de comportamento e se relacionam com as ações ou reações internas ou externas, a depender da situação específica (ROY, 2008).

Quanto aos mecanismos de resistência, estes são definidos como inatos ou adquiridos, para responder ao ambiente em modificação. Os mecanismos inatos de resistência são as formas já inerentes das espécies, cujos processos são desencadeados, geralmente, de maneira automática; já os mecanismos de resistência adquiridos são àqueles desenvolvidos através da aprendizagem. Os mecanismos de resistência inatos e adquiridos são ainda categorizados, respectivamente, em dois subsistemas: o regulador, que apresenta uma resposta automática através de processos de resistência endócrina, química e nervosa; e o subsistema cognitivo, que responde através do processo de informação perceptiva, aprendizagem, avaliação e emoção (ROY; ANDREWS, 2001).

3.1.2.2 O Ambiente

Além da pessoa, o ambiente é outro conceito principal que age como estímulo para que o indivíduo crie respostas adaptáveis. Dessa forma, nas situações de mudanças, este pode apresentar novas respostas, crescer, intensificar o significado da vida ou até mesmo alterar um estilo de vida, podendo apresentar resposta positiva para ele e a sua família (ROY; ANDREWS, 2001). Isso pode ocorrer também, quando a pessoa vivencia uma situação de risco como a internação numa UTI, e, que após alta hospitalar, passa a apresentar outras prioridades de vida, dando mais valor a outras questões.

O ambiente é entendido como o *input* que afeta o comportamento das pessoas ou grupos, e envolve fatores internos ou externos, que podem ser grandes, pequenos, positivos ou negativos. Uma mudança no ambiente vai exigir da pessoa um aumento de energia, para que haja uma adaptação à atual situação, e seus fatores são classificados como estímulos focais, contextuais e residuais (PHILLIPS, 2004).

3.1.2.3 A saúde

No que se refere à saúde, o Modelo de Adaptação de Roy sugere que a sua definição seja também holística, abrangendo além da saúde física, e entendida como um reflexo de adaptação, sendo “um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 33).

Ao considerar a adaptação como um artifício de se promover a integralidade fisiológica, psicológica e social, Roy entende a saúde não apenas como ausência da doença, mas como parte de um processo no qual a doença e a saúde possam coexistir, mas de forma competente, através da adaptação contínua das pessoas (PHILLIPS, 2004).

Desse modo, a enfermagem exerce importante contribuição na saúde, qualidade de vida e morte com dignidade (COELHO; MENDES, 2011).

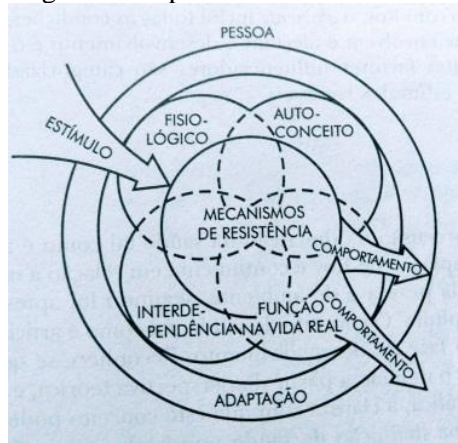
3.1.3 Modos Adaptativos

Os modos adaptativos da Teoria da Adaptação de Roy consistem nas respostas que o sistema humano apresenta, a partir do estímulo do ambiente (ROY, 2008). Assim, os comportamentos são resultados do mecanismo regulador e do mecanismo cognitivo, e podem ser avaliados em quatro categorias (ROY; ANDREWS, 2001).

Em seu Modelo de Adaptação, Roy considera que o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos adaptativos, a saber: modo fisiológico, modo de autoconceito, interdependência e desempenho de papel (MONTEIRO et al, 2016). Os modos de autoconceito, interdependência e desempenho de papel são classificados como modos psicossociais (COELHO; MENDES, 2011).

Ainda que constantemente os modos adaptativos sejam vistos de maneira isolada, visando proporcionar um melhor entendimento de avaliação e ensino, é imperativo que se tenha a ciência de que ambos estão inter-relacionados, conforme ilustrado na figura abaixo, em que um modo adaptativo é também interceptado pelos outros três modos (ROY; ANDREWS, 2001).

Figura 3 - A pessoa como um sistema



Fonte: Roy e Andrews, 2001

No processo de hospitalização em uma UTI, o idoso pode desenvolver alterações que vão além do campo fisiológico, e que podem ser identificadas quando no seu retorno ao domicílio. Tais alterações podem estar ligadas também aos campos psicológico, espiritual, social e/ou emocional, e irão requerer do idoso, respostas adaptativas diante dos estímulos desencadeados pela hospitalização.

3.1.3.1 Modo fisiológico-físico

Quando o comportamento está relacionado aos aspectos materiais dos sistemas adaptativos dos indivíduos, ele é definido como modo fisiológico; quando relacionado aos grupos, é definido como modo físico. Ambos foram desenvolvidos para nortear a avaliação quanto à eficácia da adaptação (ROY, 2008).

O modo de adaptação físico-fisiológico aborda sobre a forma como a pessoa responde aos estímulos do ambiente, no qual as manifestações fisiológicas ocorridas no organismo são o meio para se observar o comportamento. São cinco as necessidades básicas de integridade físico-fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção (COELHO; MENDES, 2011).

Nesse processo, cabe também uma análise no que se refere aos sentidos, aos fluidos, aos eletrólitos, à função neurológica e à função endócrina, já que todos eles colaboram para a adaptação fisiológica. No modo fisiológico, a necessidade básica é a integridade fisiológica e, no modo físico, é a integridade operacional (PHILLIPS, 2004).

3.1.3.2 Modo de autoconceito e o modo de identidade de grupo

Quando o modo adaptativo que se relaciona ao aspecto pessoal dos sistemas humanos faz referência ao indivíduo, ele é denominado de modo de autoconceito e, quando se refere ao grupo de pessoas, é conhecido como identidade de grupo (ROY, 2008).

“O autoconceito é definido como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma numa determinada altura. Formado a partir de percepções internas e percepções dos outros, o autoconceito dirige o comportamento” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 29). Possui dois componentes, sendo o eu físico – que envolve a imagem corporal; e o eu pessoal, que se refere a autoconsciência, o auto ideal e o eu moral, espiritual e ético (ROY, 2008).

O modo de identidade de grupo refere-se a maneira pela qual as pessoas nos grupos enxergam a elas mesmas, baseadas nas respostas ambientais, e é estabelecido por relações interpessoais, de autoimagem do grupo e do meio social e cultural (ROY, 2008). A necessidade básica relacionada ao modo de autoconceito é o de integridade psíquica e espiritual, e a relacionada ao modo de identidade do grupo é a de integridade da identidade (PHILLIPS, 2004).

3.1.3.3 Modo de função de papel

Considerando o indivíduo, o modo de função do papel se emprega nos papéis que o indivíduo ocupa na sociedade. “Um papel, como a unidade funcional da sociedade, é definido como um conjunto de expectativas sobre como uma pessoa, que ocupa uma posição, se comporta em relação a uma pessoa que ocupa outra posição” (ROY, 2008, p. 98). A

necessidade básica do modo de função de papel do indivíduo é a integridade social, que se relaciona com a necessidade de saber quem se é relacionado aos outros, para que se possa agir (PHILLIPS, 2004).

Os papéis podem ser classificados como primários, secundários e terciários, e podem ser associados aos comportamentos instrumentais e comportamentos expressivos (ROY; ANDREWS, 2001). Quando se desempenha um papel físico real é um comportamento instrumental; quando o desempenho de papel é através de sentimentos, atitudes, gostos ou aversões, denomina-se comportamentos expressivos (PHILLIPS, 2004).

Papel, dentro de um grupo, refere-se às formas de como as metas do grupo são cumpridas e contribuem para a realização das tarefas e funções associadas ao grupo. A sua necessidade básica é denominada clareza de papéis, onde há a necessidade de compreensão e comprometimento para cumprir determinadas tarefas, para que o grupo possa obter objetivos comuns (ROY, 2008).

3.1.3.4 Modo de interdependência

O modo de interdependência focaliza as relações próximas das pessoas, quer a relação entre duas pessoas, quer a relação em grupos (ROY, 2008) e “incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30).

Tanto nos indivíduos quanto nos grupos, a necessidade básica, desse modo, é denominada integridade relacional ou o sentimento de segurança nas relações, e incide em três componentes: adequação afetiva, adequação do desenvolvimento e adequação dos recursos. (ROY, 2008).

Há ainda, duas principais áreas de comportamento relacionadas ao modo de interdependência: o comportamento receptivo, quando, por exemplo, o indivíduo recebe amor e respeito nas relações, e o comportamento contributivo, quando ele dá os mesmos valores recebidos (ROY; ANDREWS, 2001).

3.1.4 O processo de enfermagem segundo o Modelo de Adaptação de Roy

A enfermagem é definida por Roy, como uma profissão destinada aos cuidados de saúde, centrada nos processos de vida humanos, que destaca a promoção da saúde para a pessoa, grupos e sociedade. Em seu modelo, Roy qualifica a enfermagem como a ciência e a

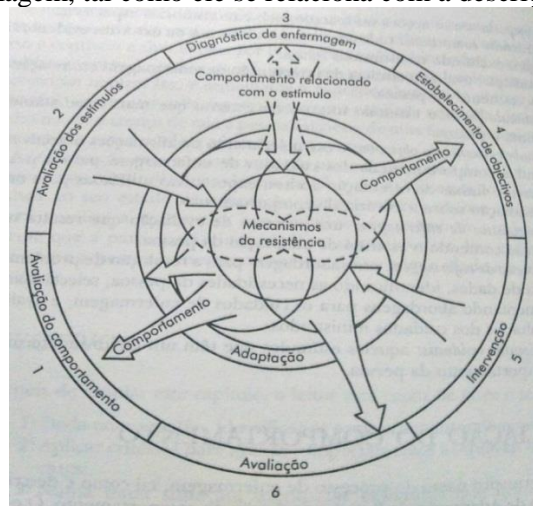
prática capaz de propiciar a adaptação e promover melhorias na transformação do ambiente e da pessoa (PHILLIPS, 2004).

As atividades de enfermagem envolvem a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação, na qual, a partir daí, será realizado o planejamento e as intervenções. Em síntese, o papel da enfermeira vai além das preocupações fisiológicas, e envolve auxiliar a pessoa em todos os aspectos de adaptação nos quatro modos adaptativos - fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. Desse modo, seis passos no processo de enfermagem devem ser seguidos, conforme o Modelo de Adaptação de Roy (ROY; ANDREWS, 2001):

- 1) Avaliação do comportamento;
- 2) Avaliação do estímulo;
- 3) Diagnóstico de enfermagem;
- 4) Intervenção;
- 5) Avaliação.

A figura 4 demonstra as etapas do processo de enfermagem, relacionada com a descrição de Roy da pessoa:

Figura 4 - O processo de enfermagem, tal como ele se relaciona com a descrição de Roy da pessoa.



Fonte: Roy e Andrews, 2001

Através da observação dos comportamentos, a enfermagem tem o objetivo de facilitar a adaptação em cada um dos quatro modos de adaptação e de promover melhores capacidades adaptativas (PHILLIPS, 2004). Assim, cabe ao profissional de enfermagem planejar e

desenvolver estratégias para o cuidado que englobe ações nos diferentes níveis de atendimento à saúde, de modo que a pessoa seja assistida até o retorno das suas atividades de vida diária e reinserção social (MONTEIRO et al, 2016).

Para a sua melhor identificação, Roy desenvolveu a tipologia dos indicadores de adaptação positiva, associados com os modos adaptativos existentes, conforme demonstrado no quadro abaixo (ROY; ANDREWS, 2001):

Quadro 2 - Tipologia de indicadores de adaptação positiva

Modo fisiológico	
<p>1. Oxigenação</p> <p>Processos estáveis de ventilação</p> <p>Padrão estável de trocas gasosas</p> <p>Transporte de gases adequado</p> <p>Processo de compensação adequado</p> <p>2. Nutrição</p> <p>Processos digestivos estáveis</p> <p>Padrões nutricionais adequados para as alteradas necessidades do corpo</p> <p>Satisfação das necessidades metabólicas e de outras necessidades nutritivas durante meios alterados de digestão</p> <p>3. Eliminação</p> <p>Processos homeostáticos intestinais efetivos</p> <p>Padrão estável de eliminação intestinal</p> <p>Processo efetivo de formação da urina</p> <p>Padrão estável de eliminação urinária</p> <p>Estratégias de resistência efetiva aquando da eliminação alterada</p> <p>4. Atividade e repouso</p> <p>Processo integrado de mobilidade</p> <p>Recrutamento adequado de processos de movimento compensatório</p> <p>Padrão efetivo de atividade e repouso</p> <p>Padrão de sono efetivo</p> <p>Mudanças ambientais efetivas aquando de condições de sono alteradas</p>	<p>6. Sentidos</p> <p>Processos efetivos de sensação</p> <p>Integração sensorial de entradas de informação efetivas</p> <p>Padrões de percepção estáveis, ex.: interpretação e apreciação da entrada</p> <p>Estratégias de resistência aquando de sensações alteradas</p> <p>7. Fluido e eletrólitos</p> <p>Processo estável de equilíbrio de água</p> <p>Estabilidade do sal nos fluidos do corpo</p> <p>Equilíbrio do estatuto ácido/base</p> <p>Regulação efetiva do tampão químico</p> <p>8. Função neurológica</p> <p>Processos efetivos do despertar/atenção; sensação/percepção; codificação de formação conceptual, memória, linguagem; planificação, resposta motora</p> <p>Pensamento integrado e processo de sentir</p> <p>Plasticidade e eficácia funcional do desenvolvimento, envelhecimento, e sistema nervoso alterado</p> <p>9. Função endócrina</p> <p>Regulação efetiva dos processos metabólicos e corporais efetivos</p> <p>Regulação hormonal do desenvolvimento</p>

<p>5. Proteção</p> <p>Pele intacta</p> <p>Processo efetivo de imunidade</p> <p>Resposta curativa efetiva</p> <p>Proteção secundária adequada aquando de mudanças na integridade da pele e no estatuto imunológico</p>	<p>reprodutivo efetivo</p> <p>Padrões estáveis de junções próximas de respostas negativas de sistemas hormonais</p> <p>Padrões estáveis de ritmos hormonais cíclicos</p> <p>Estratégias efetivas de combate ao <i>stress</i></p>
<p>Modo de autoconceito</p>	
<p>1. Eu físico</p> <p>Imagem positiva do corpo</p> <p>Função sexual efetiva</p> <p>Integridade física com o crescimento físico</p> <p>Compensações adequadas aquando de mudanças corporais</p> <p>Estratégias de resistência para uma perda</p> <p>Processo efetivo de encerramento contínuo da vida</p>	<p>2. O Eu pessoal</p> <p>Padrão estável de autoconsistência</p> <p>Integração efetiva do eu ideal</p> <p>Processos efetivos de crescimento moral, ético e espiritual</p> <p>Autoestima funcional</p> <p>Estratégias efetivas de resistência para ameaças ao eu</p>
<p>Modo de função na vida real</p>	
<p>Processo efetivo do papel de transição</p> <p>Integração de comportamentos relacionados com papéis expressivos e instrumentais</p> <p>Integração de papéis primários, secundários e terciários</p> <p>Padrão estável de domínio do papel</p> <p>Processo efetivo para lidar com as mudanças de papéis</p>	
<p>Modo de interdependência</p>	
<p>Padrão estável de dar e receber criação</p> <p>Adequação afetiva</p> <p>Padrão afetivo da solidão e relação</p> <p>Estratégias de resistência afetivas para a separação e a solidão</p>	

Fonte: ROY; ANDREWS, 2001, p. 54-55.

O quadro 3 descreve os problemas de adaptação de recorrência comum, propostos por Roy, como áreas de preocupação da enfermagem ao que se refere à adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

Quadro 3 - Tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum

Modo fisiológico	
<p>1. Oxigenação</p> <p>Hipóxia/choque</p> <p>Diminuição ventilatória</p> <p>Trocas gasosas inadequadas</p> <p>Transporte de gases inadequado</p> <p>Perfusão alterada dos tecidos</p> <p>Fraco recrutamento dos processos compensatórios para a necessidade de troca de oxigênio</p> <p>2. Nutrição</p> <p>Peso 20/25% acima/abaixo d média</p> <p>Nutrição maior/menor do que os requisitos do corpo</p> <p>Anorexia</p> <p>Náusea e vômito</p> <p>Estratégias de resistência ineficazes para os meios de digestão alterados</p> <p>3. Eliminação</p> <p>Diarreia</p> <p>Incontinência intestinal/bexiga</p> <p>Obstipação</p> <p>Retenção urinária</p> <p>Flatulência</p> <p>Estratégias de resistência ineficazes para a eliminação alterada</p> <p>4. Atividade e repouso</p> <p>Padrão inadequado de atividade e repouso</p> <p>Mobilidade restrita, porte e/ou coordenação</p> <p>Intolerância da atividade</p> <p>Imobilidade</p> <p>Consequências involgares</p> <p>Potencial para fadiga devida a perturbação dos padrões do sono</p> <p>Privação do sono</p> <p>5. Proteção</p>	<p>6. Sentidos</p> <p>Diminuição do potencial do sentido primário</p> <p>Potencial para feridas/perdas das capacidades de cuidados pessoais</p> <p>Potencial para comunicação defeituosa</p> <p>Estigma</p> <p>Monotonia sensorial/defeituosa</p> <p>Sobrecarga sensorial/privação</p> <p>Dor aguda</p> <p>Dor crônica</p> <p>Diminuição perceptiva</p> <p>Estratégias de resistência ineficazes para a diminuição sensorial</p> <p>7. Fluido e eletrólitos</p> <p>Desidratação</p> <p>Edema</p> <p>Retenção intracelular de água</p> <p>Choque</p> <p>Hiper ou hipo calcemia, calemia ou natremia</p> <p>Desequilíbrio ácido/base</p> <p>Regulação ineficaz do tampão para a mudança do pH</p> <p>8. Função neurológica</p> <p>Diminuição do nível de consciência</p> <p>Processamento cognitivo defeituoso</p> <p>Défices de memória</p> <p>Instabilidade do comportamento e da disposição anímica</p> <p>Compensação ineficaz para o défice cognitivo</p> <p>Potencial para danos cerebrais secundários</p> <p>9. Função endócrina</p>

Destruição da integridade da pele Feridas de pressão Prurido Atraso na cura de uma ferida Potencial para uma resistência ineficaz com reação alérgica Ineficácia em lidar com as mudanças do estatuto imunitário	Regulação hormonal ineficaz refletida em fadiga Irritabilidade, intolerância em relação ao calor Desenvolvimento reprodutivo ineficaz Instabilidade do sistema de junção hormonal Instabilidade do sistema interno de ritmos cíclicos Stress
Modo de autoconceito	
1. Eu físico Perturbação da imagem corporal Disfunção sexual Síndrome do trauma da violação perda	2. O Eu pessoal Ansiedade Enfraquecimento Culpa Fraca auto-estima
Modo de função na vida real	
Papel de transição Papel de distanciamento Papel de conflito Papel de fracasso	
Modo de interdependência	
Padrão ineficaz de dar e receber educação Padrão ineficaz de solidão e relação Ansiedade provocada pela separação Solidão	

Fonte: ROY; ANDREWS, 2001, p. 58-59.

Roy considera o conceito de adaptação como um eixo orientador para a prática de enfermagem, e defende que as enfermeiras devem promover o aumento das capacidades adaptativas e as transformações nas pessoas integrantes do meio, aplicando-se, dessa forma, no processo de desospitalização e retorno ao domicílio da pessoa longeva. Portanto, os cuidados devem ser aplicados de acordo com a interação que a pessoa exerce com o meio ambiente, e por isso, o Modelo de Roy é uma importante ferramenta para auxiliar na prática clínica e investigativa da enfermagem (COELHO; MENDES, 2011).

Por fim, é importante a associação do Modelo de Adaptação com a aplicação do Processo de Enfermagem no campo da ciência da saúde, como meio de se fomentar a aprendizagem do processo e a aplicabilidade do conhecimento no caso específico, visando contribuir com a autonomia da prática de enfermagem (MEDEIROS et al, 2015).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A finalidade do estudo descritivo é descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, bem como identificar possíveis relações entre as variáveis; a pesquisa exploratória objetiva “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2010, p.27).

A abordagem qualitativa, segundo Gerhardt e Silveira (2009), é aquela que busca explicar o porquê das coisas e exprime o que convém ser feito, sem quantificar os valores e as trocas simbólicas, nem se submeter à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos.

De acordo com Minayo (2010), o método qualitativo se aplica em diversos estudos e se adere melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, o que propicia desvelar processos sociais ainda pouco explorados, referentes a um determinado grupo e construir novas abordagens.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em Guanambi, município de médio porte, com população predominantemente urbana, localizado no sudoeste do Estado da Bahia a 700 km da capital Salvador – BA, com uma população estimada em 2017 de 86 808 habitantes (BRASIL, 2017). A escolha deste município se justifica pelo fato de ser o cenário das ações de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas pela pesquisadora como docente da Universidade do Estado da Bahia, tendo em vista a possibilidade de retorno à comunidade, por meio de ações de extensão, a partir de subsídios gerados pela dissertação de mestrado.

A pesquisa foi realizada em dois locais: em um hospital e na residência de idosos, após internamento na UTI e alta hospitalar.

O hospital *locus* da investigação 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.

Para iniciar a pesquisa foi encaminhado um ofício à coordenação do hospital, contendo informações sobre o estudo e solicitando a autorização para a coleta de dados. O projeto de pesquisa foi anexado, encaminhado e avaliado para o Comitê de Ética do hospital para apreciação e autorização do espaço, que, após liberação, foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os longevos identificados na UTI, que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar.

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 cerca de 72% (ROCH et al, 2011);
- Ter plenas condições para desenvolver um diálogo coerente na entrevista. Assim, no primeiro contato realizado com o familiar por telefone, foi questionado sobre a viabilidade e possibilidade do participante em responder a entrevista. As respostas negativas inviabilizava a participação do idoso neste momento.

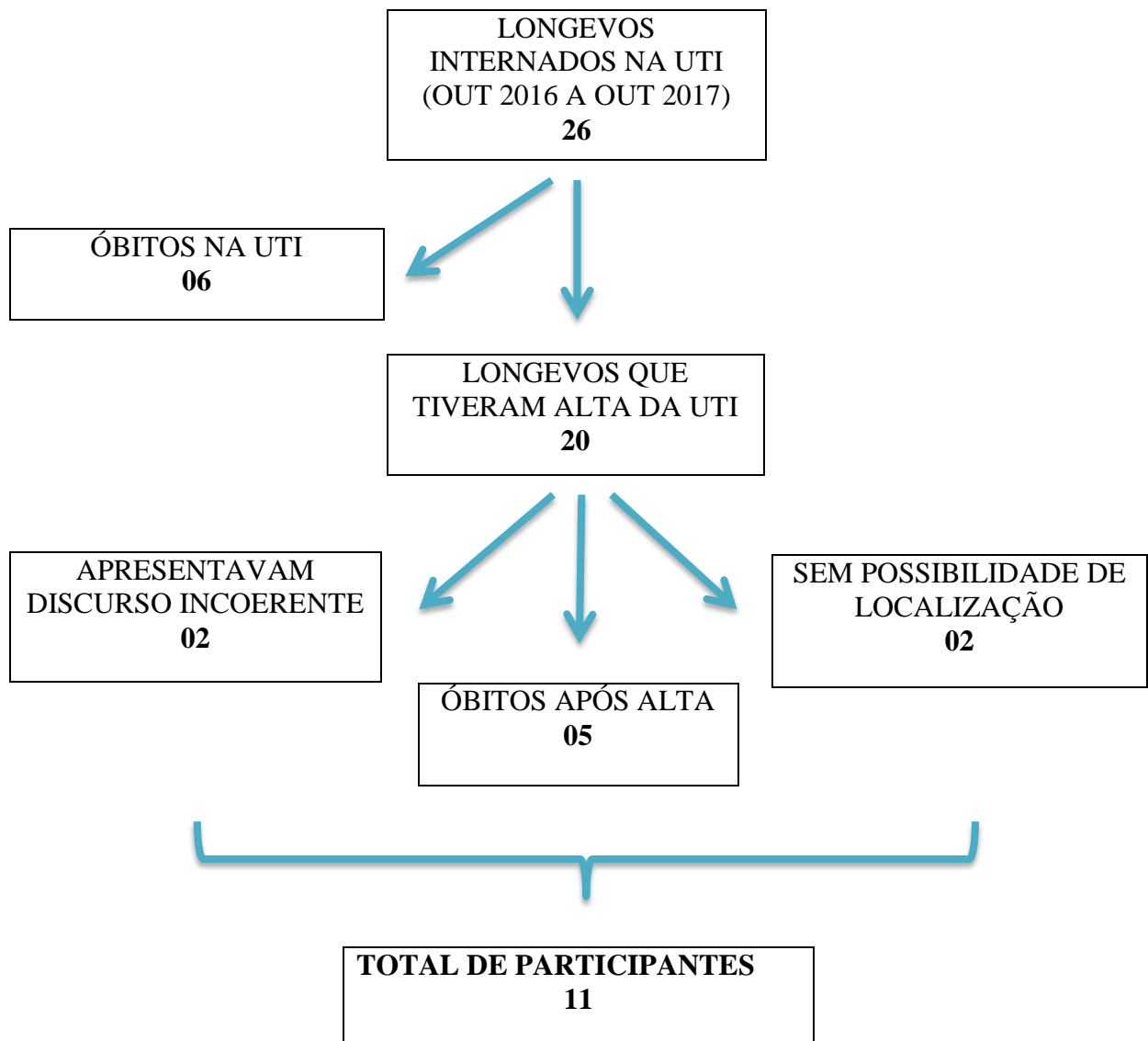
Critérios de exclusão:

- Àqueles que, no momento da entrevista, não se encontravam em condições de saúde adequadas, apresentando sonolência, hipoatividade, indisposição, dor e outros, após duas tentativas;
- Os que não foram localizados pelo contato telefônico ou encontrados no domicílio, após dois agendamentos e visita.

Durante a coleta de dados na UTI, como observado no fluxograma dos participantes, foram identificados 26 longevos internados, no período de interesse. Destes, seis (06) 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 (05) tinham ido a óbito depois de o retorno domiciliar e dois (02) apresentavam discurso incoerente. Não foi possível localizar

outros dois (02) longevos. Dessa forma, os demais 11 longevos atendiam aos critérios de inclusão e puderam participar da pesquisa, já que não houve recusas.

FLUXOGRAMA DOS PARTICIPANTES



4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

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, como a visita se deu no dia 16 de outubro de 2017, o período que abrangeu o estudo 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.

No livro de registros da unidade, obtiveram-se informações referentes à identificação, idade, diagnóstico e dia de admissão e alta na unidade, conforme roteiro previamente estruturado (APÊNDICE A). Informações referentes ao endereço e ao contato telefônico dos longevos selecionados foram coletadas na agenda da unidade, uma vez que não foi possível ter acesso aos prontuários no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do hospital.

Depois da identificação dos longevos elegíveis, foi realizado um primeiro contato por telefone com cada um. Nessa ocasião, foi explicada a finalidade do estudo e, após aceitação verbal para participação da pesquisa e visita domiciliar, foi agendado o dia da visita para realização da entrevista. Todos os detalhes referentes à explicação da pesquisa e ao agendamento da visita realizado por telefone foram conversados com o familiar do longevo, 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 municípios, uma vez que a maioria dos longevos atendidos na UTI não residia na cidade local do estudo. Assim, para viabilizar o acesso aos participantes e a realização da entrevista, a pesquisadora percorreu uma distância aproximada de 1.100 km.

Neste estudo, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista aberta, com oito questões norteadoras previamente elaboradas, registradas através de um gravador, com questionamentos referentes à rotina antes e após a internação e alta hospitalar; as facilidades e dificuldades enfrentadas no retorno domiciliar, necessidade de auxílio e como se deu a adaptação após a hospitalização. Entre as vantagens desse tipo de procedimento de coleta na pesquisa, destacam-se a possibilidade dos participantes fornecerem informações históricas, e do pesquisador direcionar o questionamento, conduzindo a entrevista face a face com os participantes (CRESWELL, 2010).

Além das questões norteadoras, aplicou-se o Índice de Katz, para avaliação da capacidade dos longevos em realizar suas atividades básicas de vida diária (ABVD)¹ (ANEXO 2) e o Índice de Lawton, para avaliação da capacidade destes em realizar suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD)² (ANEXO 3). Também, foi utilizado como instrumento de coleta, um roteiro para observação da estrutura do domicílio, organizado pelo Ministério da Saúde (ANEXO 4) (BRASIL, 2006).

Para certificação da aplicabilidade e clareza das questões norteadoras, a fim de atender aos objetivos da pesquisa, foi realizado um pré-teste em dois idosos com menos de 80 anos, que estiveram internados na UTI hospital *lócus*, que atendiam aos demais critérios de inclusão, fora a idade. A realização do pré-teste foi importante para ajustes neste instrumento, identificando possíveis mudanças necessárias.

4.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A entrevista gravada foi transcrita pela pesquisadora, e para o procedimento de análise de dados foram utilizados os princípios da análise de conteúdo de Laurence Bardin, operacionalizados na modalidade de análise temática. Tal análise de conteúdo é um método científico que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, organizadas em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2011).

Para Mendes e Miskulin (2017, p. 09), a etapa inicial de pré-análise “trata-se de uma fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o *corpus* da pesquisa”. Assim, para essa etapa, inicialmente foi realizada leitura flutuante para identificação e seleção das ideias relevantes obtidas na coleta de dados, com foco no objeto do estudo. Dessa forma, formou-se o *corpus* da pesquisa.

Na fase de exploração, que consiste no aprofundamento do estudo sobre o *corpus* estabelecido (MENDES; MISKULIN, 2017), foi realizada a leitura exaustiva dos

1 São atividades relativas ao autocuidado e que, no caso de restrição de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las, a saber: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. (BRASIL, 2006).

2 São atividades relacionadas à participação da pessoa idosa em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas: utilizar meios de transporte; manipular medicamentos; realizar compras; realizar tarefas domésticas leves e pesadas; utilizar o telefone; preparar refeições; e cuidar das próprias finanças. (BRASIL, 2006).

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, os dados obtidos foram discutidos utilizando-se evidências da literatura sobre o tema, assim como o referencial teórico do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Assim, foram identificados os estímulos e as respostas comportamentais apresentadas pelas pessoas investigadas.

Para preservar a identidade dos participantes, optou-se por identificá-los nos depoimentos através da letra “L” de longo, “M” ou “F” para designar se são do sexo feminino ou masculino, visando melhor caracterização das falas, e de um algarismo numérico que apresenta a ordem que as entrevistas foram realizadas, por exemplo LM1, LM2, LF3... LM11.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi pautada nos preceitos éticos que regem a Resolução de nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora questões relacionadas à bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Destarte, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia, sob o número da CAAE 73792317.3.0000.0057. O projeto foi aprovado sob o Parecer de nº 2.266.652 em 11 de setembro de 2017 (ANEXO 1). Sendo assim, a pesquisa só foi iniciada após a aprovação do CEP.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) que garante plenos direitos ao entrevistado, respaldando-se em normas que assegure sua integridade pessoal e compromisso com o responsável pela pesquisa.

Aos colaboradores foi garantido o anonimato e sigilo dos dados obtidos através da entrevista e foram fornecidas informações acerca da pesquisa proposta, bem como a relevância do estudo e os possíveis incômodos e benefícios. Foi garantido o direito de desistirem da pesquisa, em qualquer momento, se assim desejassem, sem nenhum prejuízo.

Quanto aos riscos da pesquisa, compreende-se que há possibilidade de constrangimento e desconforto durante a entrevista para coleta dos dados, em virtude da perspectiva de mobilização de sentimentos frente às recordações do vivido. Nesta perspectiva,

a pesquisadora permitiu e acolheu a expressão dos sentimentos, assim como manteve contato para acompanhar possíveis mudanças.

Os colaboradores deste estudo, por sua vez, não tiveram nenhum ônus e despesas, nem receberam pagamento para participar da pesquisa, sendo desnecessárias indenizações por não haver danos dela decorrentes. Assim, destaca-se que, todos os gastos, inerentes à pesquisa, foram da responsabilidade exclusiva da pesquisadora.

Elucida-se que as informações coletadas ficarão sob a responsabilidade da Instituição de origem da pesquisa, as quais permanecerão arquivadas durante cinco anos, quando, transcorridos esse tempo, poderão ser descartadas.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa e a sua adaptação em domicílio, após hospitalização na UTI. Inicialmente, são retratadas informações referentes aos aspectos sociodemográficos e síntese da história dos longevos referentes à internação na UTI e retorno domiciliar. Em seguida, são discutidas as categorias temáticas referentes ao objeto de estudo, com informações sobre a adaptação do longo em domicílio, bem como as facilidades, dificuldades e necessidades relacionadas à vida diária, identificadas após hospitalização na UTI.

5.1 CARACTERIZAÇÃO E SÍNTESE DA HISTÓRIA DE LONGEVOS QUE ESTIVERAM INTERNADOS NA UTI

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 médio e pequeno porte, onde grande parte preservava traços de estilo de vida rural ou o hábito de ir constantemente às roças da família, localizadas próximas às cidades que moravam.

O tempo de internação na UTI variou de três a 39 dias, e a maioria esteve internada por um período de seis a 10 dias (n=05). Em relação ao diagnóstico médico, prevaleceram os distúrbios gastrointestinais. Tais resultados 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) (SILVA et al, 2018a).

O quadro 4 a seguir apresenta as características dos longevos participantes da pesquisa quanto a idade, município do domicílio, quantidade de dias de internamento na UTI e diagnóstico na admissão.

Quadro 4 - Características dos longevos referentes à idade, ao município do domicílio, à quantidade de dias que ficou internado na UTI e ao diagnóstico no momento da internação. Guanambi, 2018.

	Idade durante internação	Município	Dias de internação na UTI	Diagnóstico na UTI
LM1	92	Guanambi	39	Bradiarritmia grave secundária a P2 + IAM + miocardiopatia dilatada
LM2	88	Candiba	17	POI de LE (hemicolecotomia D) + abdome agudo obstrutivo + sepse
LF3	82	Guanambi	09	Drenagem de abscesso
LM4	81	Caetité	09	Dissecção de aorta
LF5	85	Macaúbas	06	Coleperitônio + HAS + DM
LF6	81	Boquira	03	TEP? Cardiopatia + HAS
LF7	81	Urandi	16	ICC + Pneumonia
LF8	94	Guanambi	05	POI de LE (TU gástrico) + obstipação + HAS + DM
LF9	84	Caetité	06	HAS + hematoma cerebral + plaquetopenia A/E
LM10	85	Guanambi – Ceraíma	03	POI de correção de fratura de fêmur + trauma com fratura de úmero + fêmur
LM11	80	Palmas de Monte Alto	07	Abdome Agudo

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos aspectos sociodemográficos, 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. 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% dos longevos não frequentaram a escola e 73,9% alegaram ter frequentado apenas oito anos, no máximo (LIBERALESSO et al, 2017).

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 (LLANO et al, 2017). Ademais, a baixa escolaridade pode estar associada a presença da Síndrome da Fragilidade do Idoso³, uma vez que interfere na busca desses aos serviços de saúde e na participação em programas educacionais de saúde.

Dos 11 longevos participantes, nove alegaram necessitar de um cuidador, cujo papel era feito por algum familiar. Um estudo realizado em um município do interior de Santa Catarina com 87 longevos demonstrou que destes, 48,28% afirmaram não necessitar de um

3 “Fragilidade consiste em uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, reduzindo sua capacidade de adaptação homeostática” (LLANO et al, 2017, p. 521).

cuidador. Entretanto, apenas 20,69% dos longevos haviam passado por internações hospitalares no último ano, diferente dos idosos do estudo em tela. Para aqueles que precisavam de um cuidador, em 49,43% deles os cuidados eram prestados por seus familiares e apenas 2,30% tinham contratado pessoas leigas para esta função (FARIAS; SANTOS, 2012).

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. Ao que se refere à 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.

Uma pesquisa de coorte prospectiva realizada nas UTIs de dois hospitais na cidade de Porto Alegre, cujo objetivo foi determinar a taxa de mortalidade de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e avaliar o estado funcional dos sobreviventes dois anos após a alta da UTI, evidenciou uma média de idade de 74 ± 10 anos no momento da internação e uma redução significativa nos escores de ABVD após alta da unidade, demonstrando uma evidente redução do estado funcional nessa população (TEIXEIRA et al, 2011).

Neste estudo, não foi possível obter os valores da avaliação da ABVD e AIVD antes na internação do longevo, para que possibilitasse estabelecer uma comparação, uma vez que essas informações não estavam disponíveis para coleta de dados. Entretanto, através dos depoimentos, foi possível perceber as diferenças e fragilidades adquiridas após a hospitalização na UTI, e que podem estar associadas, entre outros fatores, a idade dos participantes.

O quadro 5 apresenta as características sociais e demográficas encontradas, uma síntese das histórias dessas pessoas, e o resultado das avaliações das ABVD e das AIVD realizadas no domicílio.

Quadro 5 - Aspectos sociodemográficos dos longevos do estudo, e síntese das suas histórias de vida após internação na UTI e retorno ao domicílio. Guanambi, 2018.

Identificação Escolaridade Estado civil Raça/cor Renda	SÍNTESE
LM1, não alfabetizado, viúvo, branco, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com duas filhas, uma delas é a cuidadora e a outra tem necessidades especiais. Antes da hospitalização, ia à roça mensalmente. Porém, agora quase não vai. Fica mais acamado e é dependente dos cuidados da filha. Gostava de passear e de ir a festas, o que atualmente não o faz. É muito religioso e procura ir sempre à igreja. - Resultado da ABVD: F – Muito dependente - Resultado da AIVD: Totalmente dependente
LM2, não alfabetizado, solteiro, branco, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Durante o dia fica na sua casa sozinho, e a noite vai dormir na casa do filho e da nora, e esta auxilia nos cuidados. Cuidava da roça, da casa, pescava e viajava antes da hospitalização. No retorno domiciliar, sentiu muita fraqueza, mas vem recuperando aos poucos, o que ele atribui ao apoio encontrado na nora. - Resultado da ABVD: B – Independente para todas as atividades, menos uma. - Resultado da AIVD: Dependência grave
LF3, cursou o ensino fundamental incompleto, viúva, branca, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com um neto e a filha, que é a cuidadora. Antes da hospitalização, costurava, cuidava dos netos e realizava as atividades domésticas. Agora, não as realiza mais, devido ao medo e por dificuldade em deambular, após a cirurgia. Também não há estímulo dos familiares. Acredita que não voltará mais a fazer as atividades que realizava anteriormente. Aprendeu alguns exercícios de fisioterapia, que fazia sozinha em casa. Refere que se tivesse acompanhamento com fisioterapeuta, poderia ficar boa. - Resultado da ABVD: Outro – Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E e F. - Resultado da AIVD: Dependência grave
LM4, cursou o ensino fundamental incompleto, casado, branco, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com a esposa, sua principal cuidadora. Os filhos são presentes e também auxiliam no cuidado. Ia à roça todos os dias antes da hospitalização. Durante o internamento na UTI, teve um AVC e, ao retornar ao domicílio, ficou acamado. Aos poucos, e com acompanhamento do fisioterapeuta, foi recuperando. Hoje, já anda com o andador em sua casa, mas tem medo de cair. Não realiza mais as atividades que realizava antes da internação. - Resultado da ABVD: C – Independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional. - Resultado da AIVD: Dependência grave.
LF5, cursou o ensino fundamental incompleto, casada, parda, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Morava na roça com o marido e um filho, porém, desde que teve alta do hospital, foi morar na sua outra casa, na cidade, com as filhas, pois se tornou dependente de cuidados, o que a afastou do marido. Antes da internação, cuidava dos afazeres domésticos e dos animais na roça. Agora, encontra-se acamada. Faz acompanhamento domiciliar com o fisioterapeuta. - Resultado da ABVD: Outro – Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E e F. - Resultado da AIVD: Totalmente dependente.
LF6, cursou o ensino fundamental incompleto, viúva, parda, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com o neto, o genro, a nora e dois filhos. A filha auxilia mais nos cuidados. Antes da internação frequentava a igreja e cuidava dos afazeres domésticos, principalmente cozinhar. Agora, continua indo a igreja, faz pilates, frequenta o grupo da terceira idade e alguns eventos na cidade, mas não exerce mais as atividades que realizava em domicílio, já que as filhas não deixam por medo que ela caia. Faz acompanhamento com médico particular. - Resultado da ABVD: B – Independente para todas as atividades, menos uma.

Identificação Escolaridade Estado civil Raça/cor Renda	SÍNTESE
	- Resultado da AIVD: Dependência moderada.
LF7, cursou o ensino fundamental incompleto, casada, parda, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com o marido e dois filhos. Tem duas filhas que revezam os cuidados durante o dia e a noite. Antes da hospitalização, realizava as atividades domésticas, ia para a roça, frequentava a casa dos filhos, banco e farmácia, quando precisava. Atualmente encontra-se acamada e com dificuldades na fala, devido à sequela do AVC. Depende de cuidados e não realiza acompanhamento com fisioterapeuta ou fonoaudiólogo, já que a cidade não oferece pelo SUS. As filhas realizam alguns exercícios que a fonoaudióloga do hospital ensinou. - Resultado da ABVD: G – Dependente para todas as atividades. - Resultado da AIVD: Dependência grave.
LF8, cursou o ensino fundamental incompleto, viúva, cafuza, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com a filha. Continua realizando as mesmas atividades que realizava antes da hospitalização. Gosta de costurar retalhos para fazer cobertas. Logo que voltou para o seu domicílio, contou com a ajuda da filha para tomar banho, durante a recuperação. Teve a sua autonomia preservada e não é dependente de cuidados. - Resultado da ABVD: A – Independente para todas as atividades - Resultado da AIVD: Dependência leve.
LF9, cursou o ensino fundamental incompleto, casada, branca, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com o marido, o sobrinho, sua esposa e filho. Voltou para o domicílio após hospitalização, acamada e dependente de cuidados. Com a ajuda dos familiares, foi recuperando e logo voltou a realizar algumas atividades domésticas que realizava anteriormente, como cozinhar, mesmo contrariando o esposo. Agora, não necessita mais de um cuidador. Tem uma pessoa que arruma a casa. Faz acompanhamento médico particular. - Resultado da ABVD: B – Independente para todas as atividades, menos uma. - Resultado da AIVD: Dependência moderada.
LM10, cursou o ensino fundamental incompleto, casado, pardo, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com a esposa e um filho. Tem uma cuidadora. A esposa e os filhos também auxiliam no cuidado. Antes da hospitalização, ajudava nos afazeres domésticos e cuidava da criação dos animais na roça. No retorno domiciliar, ficou um período acamado, depois sentado e, posteriormente, passou a utilizar o andador, mas não pode mais realizar as atividades que realizava anteriormente, e alega ter muito medo de cair. Tem uma funcionária que ajuda nos afazeres domésticos e faz acompanhamento com fisioterapeuta. - Resultado da ABVD: E – Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional. - Resultado da AIVD: Dependência grave.
LM11, não alfabetizado, união estável, preto, recebe uma renda de até 2 salários mínimos.	Mora com a esposa e duas filhas pequenas. Quem auxilia nos cuidados é a esposa e o genro. Trabalhava na roça e, após a hospitalização, não trabalha mais, o que o deixa muito triste e preocupado com a condição financeira da família. - Resultado da ABVD: A – Independente para todas as atividades - Resultado da AIVD: Dependência moderada.

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com Brasil (2006), são fatores intrínsecos de risco de queda: ser idoso com mais de 80 anos, do sexo feminino, apresentar imobilidade ou equilíbrio diminuído, marcha lenta e com passos curtos, fraqueza muscular, uso de polifarmácia, dentre outros. Ao

considerarmos os longevos que estiveram internados na UTI e que retornam aos seus domicílios com algumas fragilidades decorrentes da hospitalização, somando-se aos fatores inerentes das alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, percebe-se a necessidade de se implementar medidas que reduzam os riscos de quedas nos domicílios e, conseqüentemente, as complicações de saúde advindas dela.

O ambiente doméstico tem diversos fatores de risco para os idosos, como pisos encerados, presença de tapetes, degraus, escadas, entre outros, que podem favorecer a ocorrência de acidentes e quedas, já que os idosos passam grande parte do seu tempo em seus lares ou em seus arredores (FARIAS; SANTOS, 2012).

No que concerne aos aspectos estruturais do domicílio dos longevos participantes deste estudo (Quadro 6), observados durante a visita para realização da entrevista, verificou-se que todas as casas apresentavam cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos e cadeiras sem braços. Foi identificado, em nove domicílios, pisos escorregadios, degraus da escada com altura ou largura irregulares e degraus sem sinalização de término. O uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio foi observado em 10 participantes.

Tais fatores descritos representam riscos domésticos para queda e devem ser orientados pelos profissionais no decorrer do preparo para alta, quando percebidos pela família e durante visita do profissional de saúde da Atenção Básica, com o intuito de reduzir a incidência de quedas e promover mudanças que favoreçam a independência dessas pessoas.

O estudo de Farias e Santos (2012), que objetivou averiguar o envelhecimento ativo, identificou que dos 87 longevos avaliados, 43,68% relataram ter sofrido alguma queda. Entre os que sofreram queda, 84,20% referiram ter sido dentro do seu domicílio ou nas suas adjacências e 15,80% disseram que o episódio ocorreu quando andavam pela cidade; 36,78% dos longevos avaliaram a sua casa como livre de riscos. Mais uma vez, a enfermagem tem um papel crucial na prevenção das quedas e deve utilizar de ferramentas que possibilitem o rastreio desse risco, além de realizar constantes orientações para os idosos e seus familiares sobre como proporcionar um ambiente seguro (LLANO et al, 2017).

Quadro 6 - Aspectos estruturais do domicílio dos longevos participantes, de acordo com o Caderno de Atenção Básica, n. 19, do Ministério da Saúde (2006). Guanambi, 2018.

ASPECTOS ESTRUTURAIS DO DOMICÍLIO											
ASPECTOS ESTRUTURAIS	LM1	LM2	LF3	LM4	LF5	LF6	LF7	LF8	LF9	LM10	LM11
Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas.	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Carpetes soltos ou com dobras.	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas.	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Pisos escorregadios (encerados, por exemplo).	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não).	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos, etc).	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
Móveis instáveis ou deslizantes.	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
Degraus da escada com altura ou largura irregulares.	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Degraus sem sinalização de término.	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Roupas compridas, arrastando pelo chão.	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Má iluminação.	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos;	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cadeiras sem braços;	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los).	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
Escadas com iluminação frontal.	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa

5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A leitura, análise e interpretação dos discursos, a partir da Teoria da Adaptação de Callista Roy, permitiram o delineamento de duas categorias de análise.

A primeira denominada: Estímulos vivenciados por longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva, com as subcategorias: Estímulos que contribuem para respostas comportamentais adaptáveis em longevos e Estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos.

A segunda intitulada: Respostas comportamentais dos longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva, com as subcategorias: Alterações do padrão de resposta às necessidades fisiológicas e perda da autonomia e Alterações psicossociais e comprometimento na realização de atividades cotidianas de lazer e laborais.

5.2.1 Estímulos vivenciados por longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva

A Teoria de Callista Roy compreende a pessoa como um sistema adaptativo e holístico e defende que estímulos interno e externo afetam as pessoas e influenciam nas respostas desencadeadas (MONTEIRO et al, 2016). Segundo Roy e Andrews (2001, p.48), um estímulo é definido como aquilo que provoca uma resposta “e incluem todas as condições, circunstâncias e influências à sua volta e ou afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa”. São avaliados a partir do comportamento observado, sendo possível definir se o seu efeito na pessoa é positivo ou negativo.

Ao considerarmos o longevo que esteve internado na UTI e retorna ao domicílio após a alta hospitalar, é importante avaliar a sua adaptação a partir dos novos estímulos determinados pela sua atual condição, já que eles exercem influência no comportamento. Os estímulos percebidos nos depoimentos dos longevos e que contribuem em respostas adaptativas ou ineficazes serão discutidos a seguir.

5.2.1.1 Estímulos que afetam positivamente a adaptação dos 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)

“Ah, 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), empatando ela lá”. (LM2)

“Na casa da gente é outro assunto, que não seja no hospital. No hospital é no ponto final, no hospital não é bom, não”. (LM10)

O retorno domiciliar é um desfecho importante na percepção do idoso e possibilita a reinserção do seu convívio mais rápido com a comunidade (VILLA et al, 2016). 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 idoso.

Tal fato também é evidenciado quando há a necessidade de uma atenção domiciliar voltada para os idosos. Estudos demonstram que quando a assistência é desenvolvida no próprio ambiente da pessoa, elas se sentem mais à vontade, sendo uma forma de humanizar o cuidado (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Entretanto, pesquisa aponta que o desfecho do idoso após a hospitalização pode ser diferente. Em seus estudos, Villa et al (2016) constataram 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.

Outra pesquisa, realizada em Palmeiras das Missões (RS), que teve como objetivo avaliar a dinâmica da família, a qualidade e o estilo de vida de idosos da quarta idade e de seus familiares cuidadores, identificou em uma amostra de 100 longevos que 70% moravam em seus domicílios e que 23% residiam nas casas dos seus cuidadores (GONÇALVES et al, 2013).

Ainda que neste estudo, quase a totalidade dos participantes retornaram para as suas casas após a hospitalização, foi possível observar a angústia vivenciada por uma idosa que, após a alta hospitalar, não pôde retornar para o seu domicílio na zona rural, já que era necessário realizar acompanhamento com a fisioterapia, conforme depoimento abaixo:

“Não fui lá onde eu moro não, depois que eu vim. [...] E a vontade é de ir embora para a roça, que a família está lá. Eu ainda tenho o velho de 91 anos. Ele já veio e saiu chorando. A família está lá: neto, filho, genro, a família é grande”. (LF5)

Tal fato pode se apresentar como um problema e fazer com que o longevo tenha uma adaptação ineficaz após mudanças geradas pela hospitalização e enfrentamento da doença crítica. No relato, as filhas eram as cuidadoras que se revezavam no cuidado.

A despeito do fato de que residir na zona rural tem algumas especificidades, como um estilo de vida mais saudável e ativo, devido à incorporação de atividades agrícolas no seu cotidiano, existem também as barreiras em relação ao acesso à informação e à saúde, provocado pela distância dos grandes centros e dificuldade de locomoção, sendo ainda necessário um olhar diferenciado e mais efetivo na atenção à saúde desta população (LLANO et al, 2017).

Pesquisa, realizada no centro-oeste de Minas Gerais, que avaliou a qualidade de vida e a saúde de 182 idosos residentes nas zonas rurais, evidenciou achados divergentes. Em seus relatos, a maioria dos idosos referiu uma vida satisfatória e pouca dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, 21,4% dos idosos alegaram não iam às consultas de saúde, devido: à distância e/ou à falta de transporte (8,2%), à falta de tempo (5,5%), por não ter um acompanhante (4,9%), por achar os atendimentos ruins (1,6%) e devido à falta de dinheiro para arcar com a consulta ou o deslocamento (1,1%) (GARBACCIO et al, 2018).

O apoio familiar também foi outro estímulo destacado como responsável por desencadear respostas adaptáveis nos longevos. Alguns depoentes enfatizaram a sua gratidão por poderem 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. Ah, 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). Eu 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)

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 (ROY; ANDREWS, 2001).

Nas falas reportadas, observa-se a presença do estímulo (entrada), representada pelo apoio familiar, e dos comportamentos gerados (saídas), representados pelo modo de interdependência – àquele que ocorre através das “interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30). 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. Sabe-se que, entre diversos fatores, o afastamento ou perda ao acesso familiar é um fator de risco para o isolamento do idoso e que a presença de um cônjuge exprime proteção; em contrapartida, a viuvez está associada ao aumento da mortalidade (MAIA et al, 2016).

Nos estudos de Maia et al (2016), observou-se que os idosos com mais de 85 anos são os que apresentam menor rede familiar e de amigos, quando comparados com os de 75-84 anos e de 65-74 anos. Além disso, os idosos que apresentaram maior grau de dependência relacionada à autonomia instrumental foram àqueles que tinham uma menor rede familiar.

Ao se almejar o cuidado integral à pessoa idosa, é importante compreender que o envelhecimento envolve o indivíduo e a família, e que deve estar inserida no cuidado (CAMPOS et al, 2017). A família que exerce o papel de cuidadora deve ser valorizada e compreendida como uma usuária dos serviços de saúde, já que é responsável por contribuir com o acolhimento da população longeva (GONÇALVES et al, 2013). Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde dos diversos níveis de atenção, desenvolvam ações que englobem também a rede de suporte familiar dos idosos, auxiliando na promoção do envelhecimento ativo (FARIAS; SANTOS, 2012).

No estudo em tela, observou-se que todos os longevos contavam com rede de suporte familiar e moravam com seus companheiros e/ou filhos. Dos 11 longevos, nove careciam de auxílio nos cuidados, que era realizado pelas filhas (n=05), pela esposa (n=02) e pela nora (n=01); apenas um longevo referiu pagar pelos serviços de uma cuidadora, que não era da família. Chama a atenção o fato de que o papel de cuidadora foi exclusivamente designado ao sexo feminino.

Esse achado corrobora com o de outro estudo realizado no Pará, cujo um dos objetivos foi descrever o perfil dos cuidadores de idoso; os resultados obtidos após entrevista realizada com 31 cuidadores apontaram que a maioria era do tipo informal, caracterizada por pessoas do sexo feminino e com vínculo familiar (ARAÚJO et al, 2013).

Os cuidados necessários no domicílio podem ser sistematizados com a parceria dos cuidadores e profissionais da saúde. Os enfermeiros devem realizar uma abordagem que reflita as ações na promoção da saúde e prevenção de agravos, em que a capacidade funcional do idoso seja preservada, visando a promoção do envelhecimento digno e de qualidade. Para isso, é fundamental que a família e os seus recursos sejam considerados, de modo a garantir a adaptação de acordo com as especificidades individuais (NUNES et al, 2018).

Nesse sentido, aferir o grau de funcionalidade da família da pessoa idosa que retornará ao domicílio após alta hospitalar, é necessário para compreender a dinâmica familiar e, desse modo, planejar a alta para melhor adaptação. Uma pesquisa realizada no município de Sete Lagoas (MG), com o objetivo de avaliar a funcionalidade familiar de idosos brasileiros e testar a influência de fatores determinantes, identificou uma amostra de 2 052 idosos cuja idade variou entre 60 e 106 anos, e evidenciou que 76,5% dos idosos apresentavam boa funcionalidade familiar e 8,6% deles exibiam elevada disfuncionalidade. Questões como déficit cognitivo, dependência funcional e não possuir filhos estiveram associadas ao risco para disfuncionalidade familiar (CAMPOS et al, 2017).

Outra pesquisa, que identificou os fatores associados à funcionalidade familiar de 131 longevos não institucionalizados residentes em Goiânia (GO), demonstrou que na maioria a família estava apta a exercer os cuidados. Relacionado ao componente “Adaptação”, 87,2% dos participantes referiu que sempre estavam satisfeitos por poderem recorrer à família quando necessitavam de ajuda; 9,2% e 3,8% afirmaram que às vezes e nunca estavam satisfeitos, respectivamente (VERA et al, 2015).

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

Para Guedes et al (2017), o apoio social é um 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 contribuem para o cuidado humanizado e efetivo. Dessa forma, os autores defendem a importância de envolver os idosos em atividades sociais que possibilitem uma interação entre ele e a rede social. Pois não é apenas através do ambiente familiar que as interações sociais são desenvolvidas (FARIAS; SANTOS, 2012).

A rede social da pessoa idosa pode ser constituída também por amigos, vizinhos e redes formais de ajuda (MAIA et al, 2016), e todos eles desempenham um importante papel em sua vida. 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 pra 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 a 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)

A presença de uma rede de apoio composta por amigos e vizinhos parece ser favorecida pelas características regionais e 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 longo.

5.2.1.2 Estímulos que afetam negativamente a adaptação dos longevos

Nesta subcategoria, foram identificados os estímulos que exercem uma resposta negativa na adaptação do longo. 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.

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 realizadas anteriormente à hospitalização.

“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, não. [...] 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 seu Modelo de Adaptação, Roy elucida que o medo pode ser classificado como um estímulo focal – àquele que confronta imediatamente a pessoa – quando, por exemplo, é observado que um idoso que se recupera de um ataque cardíaco, centra a sua atenção, sobretudo, no medo de sofrer outro ataque (ROY; ANDREWS, 2001), condição similar a reportada pela LF6.

Ademais, percebe-se que mesmo quando o medo não é classificado como aquilo que mais imediatamente confronta o idoso, 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 (ALVES; BEZERRA, 2017).

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, como já explanado anteriormente, pode ser atenuado através da adoção de medidas preventivas, que devem ser avaliadas de forma individualizada, considerando às condições de saúde do idoso, e a segurança do ambiente.

Em algumas situações, com o intuito de proteção, a família pode limitar o idoso no desenvolvimento de ações e tarefas que poderiam lhes proporcionar prazer e a sensação de

estar sendo útil. 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)

Observa-se o emprego de palavras como “elas não deixam”, que denotam o forte impacto que essa limitação ocasiona na vida do longo.

Entretanto, contrastando com os longevos mencionados nesta categoria, LF9 apontou que mesmo com o sentimento de medo de queda expresso pelos seus familiares, ela confiava que podia realizar determinada atividade, como elucidado a seguir:

“Às vezes eles (familiares) iam lá, mas eu sentia força, e logo tomei meu banho sozinha. No princípio, às vezes, eles iam com medo de eu cair, mas eu falava: não, eu estou me sentindo forte”. (LF9)

O posicionamento apresentado pela longeva contribui para que ela tenha a sua autonomia preservada. Ademais, mesmo aqueles que apresentavam um comportamento diferente ao da idosa supracitada, pesquisas revelam que estratégias podem ser incorporadas ao estilo de vida do idoso, visando contribuir com o envelhecimento ativo e a sua independência nas atividades diárias.

Abdala et al (2017) realizaram um estudo com 35 mulheres com faixa etária entre 60 e 75 anos e as dividiu em dois grupos: um com àquelas que eram sedentárias e o outro com as que praticavam exercício físico. Foi observado que as idosas que eram ativas apresentavam uma prevalência menor de quedas e expressavam menos medo de cair, concluindo que a realização de exercícios físicos, acompanhada pelo profissional de educação física, pode ser uma boa estratégia na redução desses riscos e medos.

Esses achados corroboram com os de outra pesquisa realizada com 144 idosos praticantes de atividade física, que identificou que os idosos que apresentavam ter mais força, agilidade e equilíbrio, foram os que demonstravam menos medo de cair. O estudo ratifica a necessidade de se buscar estratégias que desenvolvam tais capacidades e reduza o medo de queda na população idosa, promovendo a autonomia e confiança na realização das ABVD (HAUSER et al, 2015).

Além do medo apresentado pelos longevos ou por seus familiares, a falta de informação ou recomendação da equipe de saúde no momento da alta na UTI e hospitalar, foi identificada como um estímulo que dificultava a adaptação eficaz do longevo, no retorno domiciliar.

Para Roy e Andrews (2001, p. 52), “a falta de conhecimento é um estímulo que afeta o nível de adaptação”. Em nosso estudo foi possível observar que a grande maioria dos participantes não foi adequadamente preparada para a volta ao domicílio. Em algumas falas, até nota-se a presença de recomendações, porém realizadas de maneira genérica, na qual não se observa que a integralidade do cuidado e as individualidades dos longevos foram consideradas. Também 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)

A falta de informação e o não esclarecimento quanto às questões relacionadas à saúde da pessoa idosa podem acarretar sérias consequências, como a prática de ações danosas realizadas inadvertidamente e 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.

Para Alvaréz e Sandri (2018), 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.

Uma pesquisa realizada com 227 idosos em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Belo Horizonte (MG), identificou que 51,1% deles apresentavam compreensão insuficiente em relação aos medicamentos, principalmente aqueles com baixa escolaridade. O estudo destaca o papel fundamental dos profissionais de saúde no atendimento e orientação aos idosos, e aponta a necessidade de que estratégias com este objetivo sejam implementadas (PINTO et al, 2016).

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 (MICHEL et al, 2015). 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 (MAIA et al, 2016).

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 fonoaudiológico para problemas relacionados à fala ou à 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 tratamento quando no retorno ao domicílio (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

Entretanto, 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 seja 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

úlceras 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)

Na Teoria da Adaptação de Roy, fatores culturais – designados como estatuto socioeconômico, etnia e sistema de crenças – são entendidos como estímulos que afetam a adaptação da pessoa. No que se refere ao estatuto socioeconômico, Roy defende que diversos estímulos são evidenciados nessas situações de fragilidade e que eles são completamente diferentes quando comparados com uma pessoa em situação financeira mais favorável (ROY; ANDREWS, 2001).

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 (LIBERALESSO et al, 2017).

Os serviços sociais, em consonância com os serviços de saúde, podem desenvolver ações que visem o envelhecimento ativo e com qualidade da população, através da prevenção e promoção da saúde. Farias e Santos (2012) observaram em seus estudos que consultas médicas e odontológicas não foram relatadas como uma prática corriqueira na vida dos idosos, mas, em contrapartida, os serviços direcionados à prevenção de doenças eram de grande adesão.

Uma pesquisa que buscou analisar semelhanças e dessemelhanças nos significados do cuidado à saúde de longevos, atribuídos por eles e pelos profissionais de enfermagem, foi possível intuir que havia uma grande distância entre o cuidado almejado e o que era realizado na UBS. Os profissionais de enfermagem relataram que os longevos apresentam uma frequência mínima nas UBS e atribuíram a isso, o fato de muitos apresentarem dependências que impossibilitam o seu deslocamento. Por parte dos profissionais de enfermagem, foi

referido que dificuldades relacionadas à locomoção e à carência de recursos humanos e matérias dificultam a realização das visitas domiciliares para toda a população (MICHEL et al, 2015).

Dessa forma, percebe-se que há grandes entraves estruturais e sociais que impossibilitam a continuidade do cuidado em domicílio da pessoa longeva, após alta hospitalar. A falta de articulação entra 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 os serviços de saúde pública fossem efetivos e garantissem o acompanhamento da equipe multiprofissional a esta população. A situação ainda é agravada devido às restrições socioeconômicas a que estão expostos e que impossibilita o acesso à assistência privada de saúde.

Esses estímulos influenciadores 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, conforme observado na fala de LM1, quando ele diz: *“Aqui, eu não faço nada [...] eu estou quase morto, minha filha”*.

5.2.2 Respostas comportamentais dos longevos no domicílio após hospitalização na unidade de terapia intensiva

De acordo com Roy e Andrews (2001, p. 63), “é o comportamento que demonstra a eficácia com que os mecanismos de resistência são capazes de se adaptar aos estímulos que afetam a pessoa”, e as respostas apresentadas devem ser sistematicamente observadas em cada modo adaptável.

As respostas comportamentais identificadas nesta categoria relacionaram-se aos modos fisiológicos e psicossociais e, através delas, foi possível perceber as necessidades e dificuldades vivenciadas pelo longevo que provocaram alterações no seu cotidiano, como discutido abaixo.

5.2.2.1 Alterações do padrão de resposta às necessidades fisiológicas e perda de autonomia

O modo fisiológico da Teoria da Adaptação de Roy corresponde ao modo como a pessoa responde aos estímulos internos e externos, em que as respostas são comportamentos

originados a partir dos estímulos, através das manifestações fisiológicas apresentadas pelo organismo (COELHO; MENDES, 2011). As manifestações fisiológicas presentes nos comportamentos dos longevos do estudo foram identificadas nos discursos abaixo:

“Fiquei puxando o fôlego, aí fui até o médico, ele falou: é coração. Não melhorou ainda não”. (LM1)

“Agora eu enfastio, não como quase nada [...] gostava mais de suco”. (LF6)

“Não estou me alimentando quase nada, um dia eu como, no outro não. Por isso estou sentindo muita preocupação”. (LM11)

“Não uso mais fralda [...] Toda hora tenho que ir ao banheiro. Não seguro. Tem horas que não dá tempo nem chegar ao banheiro”. (LF3)

“Eu tenho que fazer um exame de próstata pra ver, porque levanto cinco a seis vezes na noite pra poder urinar e a urina sai pouquinho. E quanto às fezes, eu já fui ao banheiro hoje umas duas ou três vezes e não sai”. (LM4)

“Eu cheguei (do hospital), fiquei acamada, mas a mente estava boa. Mas não tinha vontade nem de me alimentar e nem de dormir [...] E tomando medicamento diário”. (LF9)

Como já mencionado anteriormente, são cinco as necessidades básicas de integridade fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção (COELHO; MENDES, 2011). A partir das falas, é possível verificar que apenas a necessidade relacionada à proteção não foi referida pelos longevos.

Cabe destacar que os problemas de adaptação referentes à oxigenação não podem ser averiguadas com exatidão, uma vez que o LM1 refere apenas diminuição do “fôlego”, sendo necessária uma avaliação mais detalhada. Referente à nutrição, observa-se problemas que podem ser alusivos à nutrição menor do que os requisitos do corpo e estratégias de resistência ineficazes para os meios de digestão alterados, conforme elucidado no quadro 2, que aborda a tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum.

Pesquisa realizada em um hospital do Rio Grande do Sul avaliou os fatores que mais dificultavam a alimentação por via oral em idosos hospitalizados. A amostra foi constituída por 111 idosos e os resultados apontaram que os fatores ambientais foram os mais relatados pela população, seguido pelos fatores alimentares, fisiológicos e relacionados à equipe (LIMA et al, 2017).

Quanto aos problemas relacionados à eliminação, percebe-se que os problemas de adaptação são provocados devido à incontinência urinária e à obstipação. A incontinência

urinária é percebida como uma das mais importantes síndromes geriátricas e deve ser valorizada na prática clínica (CARNEIRO et al, 2017).

Cabe ressaltar que a hospitalização pode favorecer o desenvolvimento de incontinências nos idosos, devido à condição de acamado e ao uso de fraldas, e que essa é uma importante questão que deverá ser pensada durante a hospitalização e no preparo para a alta da unidade.

Tal afirmativa pode ser evidenciada em um estudo que objetivou obter a incidência do desenvolvimento de incontinência no momento da alta hospitalar em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, diagnosticados com demência ou deficiência cognitiva e que eram continentes pré-admissão. Os resultados apontaram que dos 100 idosos avaliados, 57% apresentaram alguma incontinência durante a hospitalização; destes, 36% apresentaram incontinência urinária e nestes, 2% também apresentaram incontinência fecal no momento da alta (FURLANETTO; EMOND, 2016).

Estudo realizado em Montes Claros (MG) com 686 idosos, em sua maioria do sexo feminino, identificou uma prevalência da incontinência urinária em 31,1% destas e em 23,2% nos idosos do sexo masculino. Em ambos os sexos, a fragilidade foi um fator que esteve associada à presença da incontinência urinária (CARNEIRO et al, 2017).

Para Silva e D'Elboux (2012), cabem aos profissionais de enfermagem, às famílias e aos cuidadores garantir a acessibilidade adequada aos idosos, com a adoção de medidas que busquem promover melhorias na sua mobilidade, e a adequação dos aspectos estruturais dos domicílios e dos espaços utilizados pelos idosos.

Referente às atividades e ao repouso, observa-se na fala reportada pela LF9 acima, problemas de adaptação após a alta hospitalar, que podem ter sido oriundos da condição de estar acamada, que proporcionava uma mobilidade restrita e um padrão inadequado de atividade e repouso, com privação do sono.

Essas funções fisiológicas são essenciais para garantir condições e qualidade de vida ao longo, e as alterações desencadeadas, aumentam a possibilidade de dependência e a necessidade de cuidador, o que pode levar a perda de autonomia para a realização das ABVD e AIVD. Essas respostas provocam alterações importantes na vida do longo, como abordado a seguir:

“Eu tomo banho sentado, quem me dá banho é X, [...] porque as pernas não aguentam”. (LM1)

“De poucos dias para cá, eu estou andando com isso aqui (andador), antes eu não estava nem andando. Para sair, os meninos me seguram de lado, mas agora eu estou tentado a andar [...]”. (LM4)

“Fiquei mais de um mês em repouso. Saía dali, sentava aqui. Eu fiquei vários dias sem andar direito, sentia peso nas pernas. Ficava mais acamada”. (LF6)

“Eu não faço nada, fico quietinha, deitada na cama [...], só ando na cadeira de rodas. Para tomar banho, me pegam e me levam”. (LF7)

“Eu vou te falar, de toda essa doença minha, o que eu tive mais dificuldade na vida foi usar fralda, ô tristeza. É triste, viu. Usar fralda para os outros cuidarem é ruim demais”. (LM10)

“De quando eu saí da UTI, nos primeiros dias, ela (companheira) me ajudava, a levantar. Nos primeiros dias precisei usar fralda”. (LM11)

“Aqui a dificuldade (para adaptar) era só quando eu queria ir ao banheiro ou no quintal”. (LM4)

“Eu fico aqui, tem hora que eu sento, tem hora que ela (filha) me coloca lá no sofá, [...] tomo um sol também e depois me coloca aqui. Falar a verdade, eu vivo mais é deitada. O dia que chove eu não durmo, sinto muita dor nos ossos”. (LF5)

“Aqui, no banheiro e no quarto, elas (filhas) fizeram barras para eu pegar. Elas me davam banho sentada, agora eu já tomo em pé, mesmo assim eu não me abaixo para lavar os pés, nem as costas, nem a cabeça. Preciso de muita ajuda ainda. Eu senti dificuldade para andar, sentar, levantar e ir ao banheiro. Eles tinham que me levar ou eu fazia o xixi na aparadeira”. (LF3)

Uma pesquisa realizada em dois hospitais do Sul do Brasil, que teve como objetivo comparar a capacidade funcional de idosos entre 60 e 79 anos com a de longevos, nos primeiros seis meses após a alta da UTI, evidenciou que metade dos pacientes idosos que esteve internado na unidade tornou-se funcionalmente dependente. Quando comparado os grupos etários, não foi observada diferença na magnitude da perda da funcionalidade dos idosos, no período estudado (DIETRICH et al, 2017).

Cabe ressaltar que no estudo em tela, a maioria dos longevos permaneceu internada na UTI por um período considerável, de seis a 10 dias, o que pode ter interferido no aumento da necessidade de cuidados e dependência funcional, já que grande parte apresentava dependências em uma ou mais funções para a realização da ABVD e eram dependentes graves ou totalmente dependentes nas AIVD.

Um estudo, que avaliou 373 idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Taiboeiras (MG), observou que as variáveis que apresentavam

maior associação com o estado funcional de dependência entre estes era viver sem um companheiro, não ser alfabetizado e ser do sexo feminino. Relacionado à idade, as variáveis foram categorizadas em idade: ≥ 80 anos e < 80 anos e ficou demonstrado que ter menos de 80 anos relacionava-se a maior independência para as ABVDs (SILVA et al, 2018b).

A perda da funcionalidade da pessoa idosa é o condicionante de maior relevância para desfechos desfavoráveis nesta população, visto que implica em diminuição da qualidade de vida da pessoa e de seus familiares e cuidadores. Como consequência da disfuncionalidade, tem-se o aumento de hospitalização, institucionalização e da mortalidade do idoso (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é essencial que o idoso seja estimulado pelos profissionais de saúde, pelo familiar e pelo seu cuidador, na realização das ABVD e AIVD em seu domicílio, de forma segura, como forma de promover mais independência e preservar a sua autonomia (LLANO et al, 2017). Essas ações poderão fornecer mecanismos para que o longevo apresente respostas comportamentais favoráveis para proporcionar uma vida mais ativa e funcional.

Para isso, é necessário que a equipe multiprofissional de saúde conheça às necessidades do longevo no retorno domiciliar, para que possa atender às suas particularidades que demandam um cuidado específico, e realizar adequadamente o seu preparo, nesse processo de transição, ainda na UTI, com a finalidade de se evitar desfechos clínicos desfavoráveis e proporcionar melhor qualidade de vida.

É igualmente importante e necessário que haja uma integração das atividades dos profissionais de enfermagem das unidades hospitalares e básicas, e efetividade nos serviços de referência e contra referência, como forma de garantir um acompanhamento e reeducação dos longevos e familiares e/ou cuidadores em domicílio, visando soluções para as situações relatadas de dificuldades vivenciadas referentes às ABVD.

5.2.2.2 Alterações psicossociais e comprometimento na realização de atividades cotidianas de lazer e laborais

Ao considerar os modos adaptativos, Costa et al (2011) ratificam a importância da identificação do modo psicossocial em pacientes com agravos relacionados à saúde, de modo a permitir o direcionamento das ações de cuidado que contribuem com a avaliação dos ambientes interno e externo ao qual a pessoa está inserida.

A presença de alterações psicossociais, vivenciadas pelo longevo no retorno domiciliar após hospitalização, pode contribuir para uma resposta comportamental eficaz ou não,

dificultando a sua recuperação e reabilitação. Nesse sentido, o objetivo é promover meios que proporcionem a conservação ou a recuperação da saúde, através de intervenções necessárias para essa finalidade (COSTA et al, 2011).

Nesta categoria, foi possível observar depoimentos que revelaram um comportamento ineficaz, demonstrando a necessidade de se provocar mudanças no ambiente, tornando-o adaptável, e promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

Através dos depoimentos, os longevos retrataram sentimento de tristeza e insatisfação pelas dificuldades, privações e/ou impossibilidade de voltar a realizar atividades de lazer, após o acometimento da doença crítica. Logo, foi possível observar as modificações que os agravos de saúde geraram nos comportamentos desses idosos, e que culminaram em mudanças significativas no seu estilo de vida.

“Eu cuidava da minha roça, fazia as minhas viagens, minhas pescarias, eu fazia de tudo dentro de casa. Agora, depois que eu fiquei doente, o negócio desandou”. (LM2)

“Gosto muito de dançar [...]. Acho que nem as pernas aguentam mais [...]. Aqui eu não faço nada. Me faria feliz se eu dançasse, mas eu não posso [...]. Sou católico, [...] o padre faz festa e traz sanfoneiro [...]. Agora eu quero ver se terá a festa depois que eu melhorar”. (LM1)

“Eu tenho saudade de fazer tudo, pois para quem era acostumada, é duro [...]. Eu fazia tudo e não sentia.” (LF3)

Há de se considerar que, a despeito dos problemas adquiridos a partir do adoecimento, o longo vivo pode apresentar fragilidades e vulnerabilidades, advindas da própria idade e do seu processo de envelhecimento, que dificultam a realização de atividades de lazer. Contudo, os próprios idosos destacam como marco para o comprometimento do seu estilo de vida, justamente, a doença.

Pesquisa realizada com 6 913 idosos de 60 anos ou mais, residentes em áreas urbanas de 59 municípios do Rio Grande do Sul, identificou que 22,5% dos longevos e 9,2% dos idosos mais jovens alegaram que não saiam de suas casas semanalmente, demonstrando que o percentual de longevos que não saía era significativamente maior. Em ambos os grupos, a falta de segurança foi a maior dificuldade elencada, seguida pela dificuldade de locomoção. Os resultados obtidos sugerem que os longevos exibem maior limitação para saírem de casa, quando comparados aos idosos mais jovens (NAVARRO et al, 2015).

Ademais, o comportamento de sedentarismo em idosos é um fator importante na identificação de suspeita de transtornos mentais comuns nessa população, configurando-se em

um fator de risco que deve ser investigado e valorizado por profissionais de saúde (SILVA et al, 2017).

No que concerne ao idoso que vivenciou a hospitalização, o estudo realizado por Gullich, Duro e Cesar (2016) com 552 idosos apontou que havia maior prevalência para depressão nas pessoas idosas do sexo feminino, solteiras, com menor renda familiar, fumantes e que tinham passado pela internação hospitalar nos últimos 12 meses à entrevista. Os resultados demonstraram ainda que a participação regular em atividades de lazer realizadas reduzia significativamente o risco de se desenvolver a depressão, e que essa proteção era de 62% para aqueles que participaram em, pelo menos, três atividades de lazer no último mês.

No Brasil, há leis que garantem a acessibilidade do idoso nas vias públicas, como o que dispõe o Artigo 3º da Lei 10.098/2000 que diz “o planejamento e a urbanização das vias públicas, dos parques e demais espaços comunitários, deverão ser elaborados de forma que proporcionem acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida, como no caso dos idosos longevos”. Entretanto, ainda se faz necessário o desenvolvimento de ações concretas nas estratégias das políticas públicas voltadas para o cuidado do longo, que busquem ampliar as interações sociais e garantir o envelhecimento ativo dessa população (NAVARRO et al, 2015).

A participação do idoso em atividades de lazer, como passeios, viagens e danças, é de extrema importância para estimular a sua integração social e favorecer na ampliação da rede de apoio, da comunicação e na autoestima, o que acarreta em benefícios psicológicos e sociais (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

Neste estudo, além das mudanças percebidas referentes às atividades de lazer, os depoentes destacaram o afastamento das suas atividades laborais que também culminou com modificações em seu estilo de vida, conforme verificado a seguir:

“Mudou tudo, porque eu não posso cuidar de nada, não posso trabalhar na roça. Então eu fico preocupado, porque eu não posso fazer nada das coisas que eu gostava de fazer e ter”. (LM11)

“Lá na roça, até hoje, eu tenho uma criação de bois que eu tenho que olhar. Agora são os meninos que vão lá ver. Eu falo com eles: Deus me livre de eu morrer e vocês não darem continuidade, tem que estar olhando a roça, a cerca com o vizinho [...]. E esses meninos aí não fazem o que eu faço na roça, de jeito nenhum. E agora eu não tenho confiança de ir. Porque às vezes eu andava lá por aqueles matos olhando se estava tudo direito. E agora com isso aí, eu não vou sozinho”. (LM4)

“Tudo dentro de casa eu fazia [...]. Hoje, posso fazer assim, alguma comidinha. Lavar a roupa não é possível, porque eu tenho medo de cair e as mãos também estão meio travadas”. (LF3)

O adoecimento e a hospitalização do longevo podem desencadear mudanças e privá-lo da realização de atividades laborais anteriormente desenvolvidas, gerando preocupação, insegurança e angústia.

Nos estudos realizados por Farias e Santos (2012), verificou-se que dos 87 longevos analisados, 60,92% ainda exerciam atividades laborais nas casas em que residiam ou em serviços voluntários, mesmo estando aposentados. Os resultados demonstraram que 6,89% dos longevos eram os responsáveis diretos ou indiretos nos cuidados de familiares; 42,52% trabalhavam em hortas, jardins ou com animais domésticos e 23,43% deles exerciam atividades domésticas.

Observa-se que na ausência da doença, muitos idosos dispõem de uma vida ativa e desenvolvem atividades laborais, seja no campo ou no lar. O acometimento da doença e a necessidade de cuidados intensivos em uma unidade fechada podem determinar transformações que irão comprometer a realização de atividades cotidianas, além da possibilidade de tornar sedentário, quem antes desse processo era ativo.

6 CONCLUSÃO

Este estudo identificou 11 longevos, com idade entre 80 e 94 anos, que vivenciaram a internação na UTI e encontravam-se em domicílio, após a alta hospitalar. Os resultados apontaram que predominou um tempo de internação na UTI de seis a 10 dias e diagnóstico relacionado às afecções gastrointestinais. A maioria dos longevos autodeclarou-se de cor branca, havia cursado o ensino fundamental incompleto, referiu ter familiar que os ajudava nos cuidados e apresentou dependência em diversas funções nas ABVD e dependências graves relacionadas às AIVD.

A partir da análise dos resultados, foi possível perceber de que forma se deu a adaptação dos longevos, após alta hospitalar da UTI e retorno ao domicílio. Foram identificados 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, outros estímulos que afetaram negativamente a adaptação do longo em domicílio também foram apontados. 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 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 socioeconômicas vividas por alguns longevos, também foram estímulos que atuaram de maneira negativa, dificultando a continuidade do cuidado.

Como respostas comportamentais que podem contribuir para uma adaptação ineficaz, foram identificadas àquelas relacionadas aos modos fisiológicos e psicossociais. Ao que se refere às manifestações fisiológicas, foi possível perceber que elas podem aumentar a possibilidade de dependência e perda da autonomia do longo para a realização das ABVD e AIVD, levando a necessidade de um cuidador. Esta relação pode estar associada à condição de hospitalização prévia em uma UTI, que pode desencadear fragilidades e perda da funcionalidade, ainda mais ao se considerar o fator idade.

As alterações psicossociais percebidas estavam relacionadas com a dificuldade de realização de atividades cotidianas de lazer e laborais. Foi retratado que após o acometimento da doença crítica que culminou com essas alterações, os longevos apresentavam sentimentos

de tristeza e insatisfação pelas dificuldades e privações adquiridas, e que acarretaram mudanças significativas em seu estilo de vida.

Percebe-se que há uma interdependência das dimensões biopsicossociais em todas as categorias, sendo possível visualizar que uma interfere na outra, tanto em seus estímulos quanto em seus comportamentos. Tal fato condiz com a visão da Teoria da Adaptação de Roy que reconhece a pessoa como um sistema holístico e adaptável.

Ressalta-se que os profissionais de saúde da UTI e da unidade hospitalar representam um papel fundamental no preparo do longo e sua família para a alta hospitalar e retorno domiciliar, onde devem ser avaliadas as especificidades, as fragilidades, as necessidades e as individualidades de cada um, de forma a traçar metas que proporcionem a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a correta reabilitação e a inserção social deste idoso.

Com o retorno domiciliar, espera-se que o cuidado à saúde seja continuado em domicílio, através da articulação das redes e do suporte da atenção primária. Essas medidas podem contribuir para o bem-estar e para as melhorias na qualidade de vida do longo, minimizar a necessidade de (re)hospitalização e podem reduzir as taxas de mortalidade do longo após o primeiro ano da alta hospitalar.

Com a realização desta pesquisa foi possível perceber o quanto os longos se sentem gratos e valorizados com a visita do profissional da saúde que busca informações referentes às suas condições de saúde, sendo esta uma importante estratégia para o cuidado da pessoa idosa. Essa afirmativa pode ser ratificada na fala de LF9, quando diz *“E ainda mais assim, chegando alguém que a gente fica cheia de prazer para poder conversar com a gente, orientar, lhe agradeço muito”*.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, R. P. et al. Padrão de marcha, prevalência de quedas e medo de cair em idosas ativas e sedentárias. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 26-30, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172301155494>.
- ALVAREZ, A. M.; SANDRI, J. V. A. O envelhecimento populacional e o compromisso da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 722-723, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800722&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup201>.
- ALVES, E. F.; BEZERRA, P. P. Fatores associados ao uso de cadeira de rodas por idosos institucionalizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3607-3614, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103607&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.14332016>.
- AMARAL, M. H. S. P. Qualidade de vida do idoso pós alta da UTI : reflexões para enfermagem / Maria Helena de Souza Praça Amaral, 2010. 115f. (Trabalho de Conclusão de Curso). **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2010/maria-helena-de-souza-praca-amaral>>. Acesso em: 16 abril 2017.
- ANSAI, J.H.; SERA, C.T.N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 89-200, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18643>> Acesso em: 10 mar. de 2017.
- ARAUJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>.
- BARBA, R. et al. Mortality and complications in very old patients (90+) admitted to departments of internal medicine in Spain. **European Journal of Internal Medicine**, Amsterdam, v. 22, n. 1, p. 49-52, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21238893>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5. Edição. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BONFADA, D. et al. Análise de sobrevivência de idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 197-205, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200197&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160131>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sus: Proposta de Modelo de Atenção Integral**. In: XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde., Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ráspolis/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 03 de janeiro de 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População estimada: IBGE**, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência, 1o de julho de 2017. [página na Internet]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/guanambi/panorama>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. [página na Internet]. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2017.

CAMPOS, A. C. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 358-367, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

21002017000400358&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700053>.

CARMO, J. W. S. **Gerenciamento do cuidado domiciliar do idoso após alta hospitalar**. 34f. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Minas Gerais, Governador-Valadares, 2014. Disponível em:
 <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4973.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

CARNEIRO, J.A. et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 268-277, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300268&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030295>.

COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. M. Da Pesquisa à Prática de Enfermagem Aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 845-850, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

COSTA, I. K. F. et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 561-568, 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300018>.

COUTO, F. B. Cuidando do idoso no hospital e em internação domiciliar: o que há de diferente? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 19 (especial), p. 57-76, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26598/19027>>. Acesso em: 19 out. 2016.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIETRICH, C. et al. Capacidade funcional em idosos e idosos mais velhos após alta da unidade de terapia intensiva. Coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 293-302, 2017. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000300293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170055>.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**.

Campos dos Goytacazes, v. 1, n. 7, 2012. Disponível em:
 <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2016.

FURLANETTO, K.; EMOND, K. “Will I come home incontinent?” A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. **Collegian**, Austrália, v. 23, n. 1, p. 79-86, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27188043>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

FURUYA, R. K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 158-162, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>> . Acesso em: 08 out. 2016.

GARBACCIO, J. L. et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800724&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS; Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS (Coord.). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

GONCALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000200011>.

GONZÁLEZ, A. C. T. et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2016. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773009.pdf> . Acesso em: 19 mar. 2017.

GOMES, G. B.; GOMES, V. R. R. Perfil do idoso internado em UTI do interior paulista. Pensamento Plural. **Revista Científica do UNIFAE**, São João da Boa Vista, v. 5, n. 2, p. 41-6, 2011. Disponível em:

<http://www.fae.br/2009/PensamentoPlural/Vol_5_n_2_2011/Artigo%207.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.

HAUSER, E. et al. Medo de cair e desempenho físico em idosos praticantes de atividade física. **Revista da Educação Física**, Maringá, v. 26, n. 4, p. 593-600, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832015000400593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v26i4.28442>.

HEYLAND, D. K. et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. **Intensive Care Medicine**, Nova York, v. 41, n. 11, p. 1911-20, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306719>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200012>.

KERNKAMP, C. L. et al. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00044115, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000705005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018. Epub 21-Jul-2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00044115>.

KUZNIER, T. P.; LENARDT, M. H. O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v.1, n. 1, p. 70-79, 2011. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/29/77>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

LEE, B. et al. Home Return After Surgery in Patients Aged over 85 Years is Associated with Preoperative Albumin Levels, the Type of Surgery, and APACHE II Score. **World Journal of Surgery**, Seoul, v. 41, n. 4, p. 919-926, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27878350>>. Acesso em: 10 maio 2018.

LIBERALESSO, T. E. M. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711316>.

LIMA, D. F. et al. Fatores que dificultam a alimentação por via oral do idoso hospitalizado. **Enfermería Global**, Murcia, v. 16, n. 48, p. 429-464, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400429&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.271841>.

LLANO, P. M. P. et al. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 520-530, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000500520&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700075>.

LOURENCO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025>.

MAIA, C. M. L. et al. Redes de apoio social e de suporte social e Envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 294 INFAD **Revista de Psicología**, Badajoz, n. 1, v.1, p. 293-303, 2016. Disponível em: <<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/279>>. Acesso em: 15 maio 2018.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400025>.

MASSARWEH, N. N. et al. Impact of Advancing Age on Abdominal Surgical Outcomes. **Archives of Surgery**, Chicago, v. 144, n. 12, p.1108-1114, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20026827>> . Acesso em: 27 out. 2016.

MATOS, J. C. et al. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná – Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 23-28, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100003>.

MEDEIROS, L. P. et al. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 132-40, 2015. Disponível

em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1930/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143988>.

MICHEL, T. et al. Do real ao ideal - o (des) cuidar da saúde dos idosos longevos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 398-405, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300398&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680304i>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, A. K. C. et al. Aplicabilidade da Teoria de Callista Roy no Cuidado de Enfermagem ao Estomizado. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 5, n. 1, p. 84-92, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1625/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

NAVARRO, J. H. N. et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 461-470, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200461&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.03712014>.

NUNES, B. P. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 43, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100234&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006646>.

NUNES, D. P. et al. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 844-850, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800844&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0123>.

PEDREIRA, L. C. Cuidado de enfermagem à pessoa idosa e no domicílio. In: MENEZES, M. R.; AMARAL, J. B.; SILVA, V. A.; ALVES, M. B. (Orgs.). **Enfermagem Gerontológica: Um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. São Paulo: Martinari, 2016.

PHILLIPS, K. D. Irmã Callista Roy. Modelo da adaptação. A. R. Albuquerque (tradução). In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (Orgs.). **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Edição limitada. Loures: Lusociência, 2004, p. 301-333.

PINTO, I. V. L. et al. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3469-3481, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103469&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19812015>.

REIS, L. A. et al. Percepções e práticas de profissionais de saúde no cuidado a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 3, n. 2, p. 113-122, 2014. Disponível em:

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/320/339>> Acesso em: 10 de março de 2017.

ROBERTSON, J.; MCEL DUFF, P.; PEARSON, S.; HENRY, D. A.; INDER, K. J.; ATTIA, J. R. The health services burden of heart failure: an analysis using linked population health data-sets. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, n. 103, p. 1-11, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/103>>. Acesso em: 27 out. 2016.

ROCH, A. R. et al. Long-term outcome in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit. **Critical Care**, Marseille, v. 15, n. 1, p. 1-7, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21261976>>. Acesso em: 04 set. 2016.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 216-224, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027>.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy**. Instituto Piaget: Lisboa, 2001.

ROY, S. C. **The Roy Adaptation Model – 3. Edição**. Pearson Education: United States of America, 2008.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025>. Acesso em: 19 mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>.

SANTOS, H. S. et al. Indicações de internação e sua relação com mortalidade do paciente muito idoso em UTI. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 140-145, 2016. Disponível em: <<http://ggaging.com/details/375/pt-BR>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SAPOSNIK, G. et al. Age disparities in stroke quality of care and delivery of health services. **Stroke Research Unit**, Canadá, v. 40, p. 3328-3335, 2009. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/40/10/3328>>. Acesso em: 27 out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.558759>

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Avaliação Funcional do Idoso**. 2. Edição. São Paulo-SP: Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Emírio de Moraes, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/guias-e-manuais/ipgg-avaliacaofuncionaldoidoso.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SILVA, J. B. et al. Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 39-45, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800007>.

SILVA, C. S. et al. Estratégia saúde da família: relevância para a capacidade funcional de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 740-746, 2018b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800740&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0078>.

SILVA, P. A. et al. Comportamento sedentário como discriminador dos transtornos mentais comuns em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 183-188, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000400183&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000169>.

SILVA, V. L. et al. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 433-441, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300005>.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 338-347, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200011>.

SOARES, N.; POLTRONIERI, C. F.; COSTA, J. S. Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n.1, p. 133-152, 2014.

Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7474/5761>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SOUSA, R. M. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 732-741, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a12>>. Acesso em: 05 out. 2016.

SOUSA-MUNOZ, R. L. et al. Associação entre sintomatologia depressiva e óbito hospitalar em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p.177-182, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000300001>.

SOUZA, J. G.; FARIAS, F. L.; PASSOS, S. C. Cuidado de enfermagem à pessoa idosa e no domicílio. In: MENEZES, M. R.; AMARAL, J. B.; SILVA, V. A.; ALVES, M. B. Org(s). **Enfermagem Gerontológica: Um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. São Paulo: Martinari, 2016.

TEIXEIRA, C. et al. Exacerbação aguda da DPOC: mortalidade e estado funcional dois anos após a alta da UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 334-340, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun.2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000300009>.

VERA, I. et al. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 68-75, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100068&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680110p>.

VILLA, P. et al. Functional Status and Quality of Life in Elderly Intensive Care Unit Survivors. **Journal of the American Geriatrics Society**, Madrid, v. 64, n. 3, p. 536-42, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000326>>. Acesso em: 15 maio 2018.

APÊNDICE A
ROTEIRO PARA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TÍTULO: Adaptação de Longevos no Domicílio após o Internamento na Unidade de Terapia Intensiva e Alta Hospitalar.

DADOS COLETADOS NO LIVRO DE REGISTRO DA UTI

Nome: _____

Idade: _____

Diagnóstico na UTI: _____

Data da admissão: _____

Data da alta: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Data da entrevista:
- Local da entrevista:
- Estado Civil:
- Raça/cor:
- Renda do idoso:

CLASSE	SALÁRIOS MÍNIMOS (SM)	RENDA FAMILIAR (R\$)
A	Acima 20 SM	R\$ 15.760,01 ou mais
B	10 a 20 SM	De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00
C	4 a 10 SM	De R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00
D	2 a 4 SM	De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00
E	Até 2 SM	Até R\$ 1.576,00

- Nível de dependência (KATZ E LAWTON).
- Condições de moradia (roteiro).
- Se dependente, quem auxilia nos cuidados?
- Mora com quem?

PERGUNTAS REALIZADAS NA ENTREVISTA:

- Como era a sua rotina antes da internação? (Social, lazer, casa, religião).
- O (a) senhor (senhora) esteve internado na UTI. Como foi o seu preparo no hospital, para o retorno ao domicílio? Como foi sua saída do hospital para a casa?
- Como tem sido a sua vida depois que saiu do hospital para a casa?
- Quais são as facilidades e dificuldades que o (a) senhor (senhora) tem enfrentado em seu dia a dia no domicílio?
- Depois do retorno para casa, precisou do auxílio de alguém? Se sim, de quem? Para quê? Conte-me mais sobre isso.
- Alguma coisa está sendo diferente do esperado? Se sim, o quê?
- Sentiu dificuldades em realizar atividades do cotidiano, que antes da internação realizava normalmente? Se sim, quais?
- Como vem sendo a sua adaptação no domicílio?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____

Documento de Identidade nº: _____ Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Telefone: () _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Adaptação de Longevos no Domicílio após o Internamento na Unidade de Terapia Intensiva e Alta Hospitalar.

III – EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O presente termo, em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “Adaptação de Longevos no Domicílio após o Internamento na Unidade de Terapia Intensiva e Alta Hospitalar”, sob responsabilidade das pesquisadoras Jessica Lane Pereira Santos e Dr^a Larissa Chaves Pedreira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia – UFBA, os seguintes aspectos:

Os objetivos são:

- Conhecer a adaptação do idoso longo vivo no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar;
- Apreender facilidades, dificuldades e necessidades relacionadas à vida diária, no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, que será realizado em pacientes idosos longevos que estiveram internados na UTI de um hospital público de Guanambi – BA. Os participantes da pesquisa serão os longevos que já se encontram de alta hospitalar, em seus domicílios, e que se dispuserem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados acontecerá através de uma entrevista semiestruturada, onde as respostas serão gravadas e norteadas por questões pré-definidas. Os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas e apresentados em eventos, com fins de disseminar o conhecimento científico.

Justificativa e Relevância: Acredita-se que o conhecimento produzido nesta área poderá proporcionar maior vigilância a essa população e compreender como a alta hospitalar é vivenciada por pacientes idosos longevos, identificando as suas necessidades e a eficácia de cuidados específicos.

Desconfortos e riscos: A pesquisa não implica em riscos físicos, porém deve ser considerado que o (a) Sr (a) poderá se sentir desconfortável ao relembrar o período da hospitalização ou incomodado com o gravador. Caso isso aconteça, o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, ou interromper e retomar em outro momento.

Confidencialidade do estudo: Os colaboradores da pesquisa terão suas identidades preservadas durante todas as suas fases. A participação é livre, tendo o participante a liberdade de desistir em qualquer momento da mesma, sem nenhum prejuízo.

Garantia de esclarecimento: Garantimos dar os esclarecimentos adicionais aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento da pesquisa.

Participação Voluntária: Sua participação na pesquisa é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração, podendo retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento. De acordo com as leis brasileiras, o Sr (a) tem direito a indenização, caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, onde

consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

IV. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e caso o (a) Sr (a) queira, poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Jessica Lane Pereira Santos

Telefone: (71) 99105-7730 E-mail: jessicalane84@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – UNEB. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB. Endereço: Universidade do Estado da Bahia – Prédio da Reitoria – 1º pavimento. Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador/BA. CEP: 41.150-000. Telefone: (71) 3117 2399. E-mail: cepuneb@uneb.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP: SEPN 510 norte, bloco a 1º subsolo, Edifício Ex-inan – Unidade II – Ministério da Saúde. CEP: 70750-521 – Brasília – DF.

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, declaro que estou de acordo com a minha participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. As pesquisadoras me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico. Sendo assim, eu,

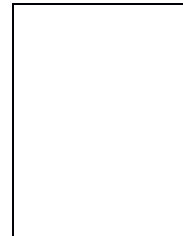
_____, RG nº _____,

aceito livremente participar do estudo intitulado “Adaptação de Longevos no Domicílio após o Internamento na Unidade de Terapia Intensiva e Alta Hospitalar” desenvolvido pela mestrandia Jessica Lane Pereira Santos, sob a responsabilidade da Professora Doutora Larissa

Chaves Pedreira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, e consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos, desde que a minha identificação seja preservada. Declaro que assinarei este documento em duas vias, sendo uma destinada ao pesquisador e outra que ficará sob o meu poder.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa



Assinatura da pesquisadora mestranda
(Orientanda)

Assinatura da professora responsável
(Orientadora)

ANEXO 1
PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA - UNEB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO DE LONGEVOS NO DOMICÍLIO APÓS O INTERNAMENTO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E ALTA HOSPITALAR

Pesquisador: Jessica Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73792317.3.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade Federal da Bahia - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.266.652

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

O estudo é descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com pessoas idosas longevas que estiveram internadas na UTI do Hospital Regional de Guanambi (BA). Utilizará como instrumento de registro de dados a entrevista semiestruturada e observação do ambiente que vivem os longevos.

Hipótese:

O idoso longevo que esteve internado na UTI pode apresentar fragilidades que dificultem a sua adaptação após a alta hospitalar e no retorno ao domicílio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Conhecer a adaptação do idoso longevo no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar;
- Apreender facilidades, dificuldades e necessidades relacionadas à vida diária, no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 2.266.652

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora informa os riscos, conforme segue: “A pesquisa não implica em riscos físicos, porém deve ser considerado que o participante poderá se sentir desconfortável ao relembrar o período da hospitalização ou incomodado com o gravador. Caso isso aconteça, ele poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, ou interromper e retomar em outro momento”. Dentro da eticidade quando confrontada com os aspectos da pesquisa.

Essas ações e registros auxiliam a manutenção da autonomia dos participantes, assim com o TCLE comprova o cumprimento dos princípios éticos por parte da pesquisadora responsável.

Benefícios:

Segundo a normativa o benéfico de uma pesquisa deve contribuir para a melhoria da atividade estudada de alguma forma, sendo diretamente ao participante da pesquisa ou indiretamente propondo melhorias nos processos que envolvem a formação da atividade.

Comentário: A pesquisadora informa dentro da eticidade proporcionando os benefício indireto aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Destacamos que todos os comentários deste parecer são baseados na correlação dos princípios éticos (autonomia, não maleficência, beneficência, equidade e justiça) com os aspectos da pesquisa (objeto, participante, metodologia e aspectos do campo). Sempre na perspectiva da orientação e sem julgamento de valores, conforme preconiza a ética no seu significado mais profundo que é propor a dignidade humana.

A pesquisa é importante e fundamentada, tem o potencial de evoluir a assistência ao idoso que recebe alta hospitalar.

Uso dos dados secundários: Consiste no livro de registro e agenda do HTI do Hospital Regional de Guanambi para identificação e contato inicial com os participantes da pesquisa.

Critério de inclusão e exclusão: Não foram apresentados, no entanto fica evidente que os incluídos serão os idosos que aceitarem participar do estudo e os excluídos os que não aceitarem.

O orçamento: Registrado dentro dos aspectos da pesquisa.



Continuação do Parecer: 2.266.652

O cronograma: Encontra-se registrado dentro dos aspectos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na perspectiva da normativa, conforme segue:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Em conformidade com a normativa;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em conformidade;
- 3 – A autorização institucional da proponente: Em conformidade;
- 4 – A autorização da instituição coparticipante: Em conformidade;
- 5 - Folha de rosto: Em conformidade;
- 6 – Modelo do TCLE: Em conformidade;
- 7 - Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa: Em conformidade;
- 8 – Termo de concessão: Em conformidade;
- 9 – Termo de compromisso para coleta de dados em arquivos: Em conformidade.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

UF: BA

Telefone: (71)3117-2399

Município: SALVADOR

Fax: (71)3117-2399

CEP: 41.195-001

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 2.266.652

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_964912.pdf	18/08/2017 11:14:34		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoProponente.pdf	18/08/2017 11:12:27	Jessica Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	18/08/2017 11:11:46	Jessica Santos	Aceito
Outros	SOLICITACAODEAUTORIZACAONSTITUCIONALDAPROONENTE.pdf	17/08/2017 16:24:25	Jessica Santos	Aceito
Outros	SOLICITACAONSTITUCIONAL.pdf	17/08/2017 16:23:49	Jessica Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/08/2017 16:22:16	Jessica Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/08/2017 16:20:27	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcessao.pdf	15/08/2017 17:00:39	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissoColetaDeDadosArquivos.pdf	15/08/2017 16:59:25	Jessica Santos	Aceito
Outros	ROTEIROPARAENTREVISTA.pdf	20/07/2017 15:05:35	Jessica Santos	Aceito
Outros	ROTEIROOBSERVACAO.pdf	20/07/2017 15:04:47	Jessica Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/07/2017 15:02:29	Jessica Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL.pdf	20/07/2017 15:01:05	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECERTECNICO.pdf	20/07/2017 14:59:59	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIA.pdf	20/07/2017 14:59:30	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCONFIDENCIALIDADE.pdf	20/07/2017 14:58:51	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSODOPEQUISA DOR.pdf	20/07/2017 14:58:27	Jessica Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	20/07/2017 14:58:00	Jessica Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

UF: BA

Telefone: (71)3117-2399

Município: SALVADOR

Fax: (71)3117-2399

CEP: 41.195-001

E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 2.266.652

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 11 DE SETEMBRO DE 2017

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador)

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br

ANEXO 2
ÍNDICE DE KATZ – ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nome: _____		Data da avaliação: ___/___/___
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia "José Emírio de Moraes", 2015.

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Emírio de Moraes”, 2015.

ANEXO 3

ÍNDICE DE LAWTON – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Emírio de Moraes”, 2015.

Pontuação

1 ponto para cada resposta **não consegue**, 2 pontos para cada resposta **com ajuda parcial** e 3 pontos para cada resposta **sim**.

Classificação

- 9 pontos – totalmente dependente;
- 10 a 15 pontos – dependência grave;
- 16 a 20 pontos – dependência moderada;
- 21 a 25 pontos – dependência leve;
- 26 a 27 pontos – independência.

Fonte: Lawton, M.P. and Brody, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9; 179.

ANEXO 4
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DA ESTRUTURA DO DOMICÍLIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NOME: _____

OBSERVAÇÃO		
ASPECTOS ESTRUTURAIS	SIM	NÃO
Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas.		
Carpets soltos ou com dobras.		
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas.		
Pisos escorregadios (encerados, por exemplo).		
Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não).		
Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos, etc).		
Móveis instáveis ou deslizantes.		
Degraus da escada com altura ou largura irregulares.		
Degraus sem sinalização de término.		
Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).		
Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.		
Roupas compridas, arrastando pelo chão.		
Má iluminação.		
Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos;		
Cadeiras sem braços;		
Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.		
Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los).		
Escadas com iluminação frontal.		

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.