

Auxílio à realização de atividades básicas de vida diária no pós-alta hospitalar de idosos

Danielle Bordin^{2*} , Clóris Regina Blanski Grden² , Luciane Patricia Andreani Cabral² , Everson Augusto Krum^{1,3} ,
Isabele Savi Sanson¹ 

¹Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. Ponta Grossa, Brasil;

²Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, Brasil;

³Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Brasil.

*✉ daniellebordin@hotmail.com

Recebido em: 30 abril 2020; Revisto em: 30 julho 2020; Aceite em: 24 agosto 2020

Resumo

Introdução: O aumento exponencial de idosos exige preparação do sistema de saúde, decorrente da maior prevalência de doenças, incapacidades e internamento, podendo necessitar de cuidados domiciliares. **Objetivo:** Analisar a prevalência e fatores associados à necessidade de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD) no pós-alta hospitalar de idosos. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo transversal, realizado, em 2018, junto a 144 idosos que foram internados num hospital universitário brasileiro. Realizou-se entrevista telefônica, após 30 dias da alta hospitalar, por meio de questionário estruturado baseado em pesquisas de investigação nacional proposta pelo Ministério da Saúde brasileiro e artigos. Como variável dependente considerou-se a necessidade de auxílio para realizar as ABVD no pós alta, e como independentes as características sociodemográficas, de saúde, estilo de vida e serviços de saúde utilizados. Aplicou-se análise de regressão logística através do programa SPSS 20, nível de significância $p \leq 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética (parecer número: 2.461.494/2018). **Resultados:** Verificou-se que 43,1% dos idosos necessitaram de auxílio para realizar ABVD no pós-alta hospitalar. Maior probabilidade de necessitar de auxílio para realizar as ABVD foi para aqueles que requereram internamento na UTI (OR=2,9; IC=1,15-7,31) ($p=0,02$), apresentaram multimorbidade (OR=3,00; IC=1,42-6,34) ($p=0,00$) e sedentarismo (OR=2,68; IC=1,23-5,85) ($p=0,01$). **Conclusão:** O estudo identificou importantes fatores associados à necessidade de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária no pós-alta hospitalar de idosos, com destaque para a necessidade de leito de UTI durante internamento, multimorbidades e sedentarismo.

Palavras-chave: Morbidade, internamento hospitalar, fatores de risco, serviços de assistência domiciliar, enfermagem gerontológica.

Summary

Introduction: The exponential increase in the elderly requires preparation of the health system, due to the higher prevalence of diseases, disabilities and hospitalization, what may require home care. **Objective:** To analyze the prevalence and factors associated to the need for assistance to perform basic activities of daily living (BADLs) after elderly's hospital discharge. **Material and Methods:** This is a cross-sectional study, carried out, in 2018, with 144 elderly people were admitted to a Brazilian university hospital. A telephone interview was carried out 30 days after hospital discharge, using a structured questionnaire based on national research surveys proposed by the Brazilian Ministry of Health and articles. The dependent variable considered the need for assistance to perform BADL in the post-discharge period, and the sociodemographic, health, lifestyle and health services characteristics used were independent. Logistic regression analysis was applied using the SPSS 20 program, significance level $p \leq 0.05$. The research was approved by the ethics committee (opinion number: 2,461,494 / 2018). **Results:** It was found that 43.1% of the elderly needed assistance to perform BADLs after hospital discharge. The greatest probability of needing assistance to perform the BADLs was for those who required admission to the ICU (OR = 2.9; CI = 1.15-7.31) ($p = 0.02$), presented multimorbidity (OR = 3, 00; CI = 1.42-6.34) ($p = 0,00$) and sedentary lifestyle (OR = 2,68; CI = 1,23-5,85) ($p = 0,01$). **Conclusion:** The study identified important factors associated to the need for assistance to perform basic activities of daily living in the post-discharge period of the elderly, with emphasis on the need for an ICU bed during hospitalization, multimorbidities and physical inactivity.

Keywords: Morbidity, hospitalization, risk factors, home care services, geriatric nursing.

1. INTRODUÇÃO

O aumento expressivo do número de indivíduos idosos é uma realidade mundial e nacional consolidada, com repercussões para o aumento na utilização dos recursos em saúde, com destaque para o processo de hospitalização. Significativamente associado a fatores biológicos, psicológicos e sociais, o processo de envelhecimento configura-se como heterogêneo e complexo (Paraná, 2018), frequentemente acompanhado pela presença de comorbidades e doenças crônicas. Assim, o desafio que se apresenta aos gestores é a efetiva implantação de políticas públicas de saúde que promovam independência, autonomia e qualidade de vida a esse segmento etário, bem como, as ações necessárias ao alcance desses objetivos.

Ao vivenciar o processo de hospitalização o idoso sofre importantes alterações em seu estado de saúde, as quais podem favorecer a perda de autonomia e independência, bem como a diminuição da sua capacidade funcional (Silva *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2018), necessitando na maioria das vezes um cuidador de forma permanente ou transitória.

A literatura define a capacidade funcional como o grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (AVDS) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDS) (Moraes, Moraes 2016). Compreendida como uma condição multifatorial, a capacidade funcional está associada a fatores fisiológicos, sociodemográficos, epidemiológicos e comportamentais (Bortoluzzi *et al.*, 2017; Aguiar *et al.*, 2019). Ademais, configura-se como importante indicador de saúde para a pessoa idosa.

Com a alta hospitalar torna-se importante avaliar os idosos que necessitam de auxílio para as ABVD, pois é comum encontrar o cuidador fragilizado, em função, principalmente da nova função resultante da condição do idoso, seja decorrente do desenvolvimento de alguma incapacidade, seja pelo agravamento de incapacidade já existente (Fernandes *et al.*, 2016).

Ainda que o cuidador seja orientado e capacitado pela equipe multidisciplinar, a complexidade da tarefa de cuidar de um idoso doente e/ou incapacitado pode trazer insegurança e medo em função da responsabilidade e, em muitos casos, de estar sozinho para tomar decisões difíceis, ou ter pouco apoio ou acesso a informações ou profissionais para orientá-lo. Desta forma, é importante que ocorra durante o processo de internamento do idoso, o planejamento da alta, a fim de adaptar o ambiente e a condição do cuidador e, por conseguinte, favorecer o desempenho de atividades de vida diária (Flesch *et al.*, 2014).

Medidas dessa natureza, que integram o período de internamento com o pós-alta, visam auxiliar na recuperação, minimizar inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida familiar e social, bem como, prevenir complicações e evitar outros internamentos. Para tanto, é necessário que a equipe hospitalar reconheça o perfil do paciente que irá necessitar de atenção domiciliar direta para seguir a implementação de cuidados necessários em casa.

Frente ao exposto, o presente estudo objetivou analisar a prevalência e fatores associados à necessidade de auxílio para realizar os cuidados de vida diária no pós-alta hospitalar de idosos.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Versa-se em um estudo quantitativo, transversal analítico, desenvolvido junto a 144 pacientes idosos, que foram internados, no internstício de janeiro a junho de 2018, em um hospital universitário brasileiro.

Para o cálculo amostral, considerou-se a média mensal de pacientes idosos internados (n=60) multiplicado por 6 (número de meses estimado para a coleta) (n=1200), com precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho 1, para amostras aleatórias e sistematizadas, para uma prevalência de 88% de indivíduos internados que avaliaram positivamente o serviço hospitalar, objeto do macroprojeto de pesquisa, o qual fomentou o presente estudo. Esta prevalência foi estimada por meio da média de avaliação positiva de estudos prévios em âmbito hospitalar (Kotaka *et al.*, 1997; Schmidt *et al.*, 2014; Pena *et al.*, 2017), resultando em um total de 144 indivíduos. O *software Epi. Info 7.1.4.* foi utilizado no delineamento desta estimativa.

Elencou-se como critérios de inclusão: paciente que tenha internado na referida instituição por tempo superior a um dia; que recebeu alta hospitalar há 30 dias da data da entrevista; este período de pós alta foi estipulado para conseguir mensurar adequadamente variáveis de interesse do macroprojeto de pesquisa principalmente no que tange ao acesso a serviços extra hospitalares e demandas domiciliares; e idade igual ou superior a 60 anos, uma vez que no Brasil e em outros países em desenvolvimento, considera-se pessoa idosa aquela que apresenta 60 anos ou mais. Foram excluídos indivíduos que evoluíram para óbito, pacientes que não possuíam contato telefônico no prontuário e que não aquiesceram com a participação no estudo.

Para angariar as informações, desenvolveu-se um questionário estruturado, com perguntas fechadas, inerentes às características sociodemográficas, de estilo de vida, de saúde, utilização de serviços de saúde hospitalares e extra hospitalares e necessidades de auxílio no domicílio após alta hospitalar. O questionário foi baseado em instrumentos de pesquisa de inquéritos em nível nacional propostos pelo Ministério da Saúde Brasileiro (Brasil, 2013; Brasil, 2014) e artigos (Picolo *et al.*, 2009; Santos *et al.*, 2014).

O procedimento para obter os dados foi estruturado em três etapas, todas elas seguiram os preceitos éticos de confidencialidade e preservação dos sujeitos investigados no que cerne ao sigilo e anonimato. Para ter esta garantia, toda a equipe responsável pela recolha de dados assinou um termo de confidencialidade e foi treinada por meio de reuniões presenciais com debates dos preceitos éticos e padronização da forma de angariar os dados no sistema do hospital e como realizar a entrevista com os pacientes, sem influenciar nas respostas e dar todo o suporte requerido ao entrevistado para que ele sentisse seguro e confortável em participar do estudo.

A primeira etapa foi condizente à apreensão diária de informações sobre o quantitativo de altas, referente a 30 dias anteriores, no sistema próprio de informática da instituição hospitalar, que gera relatórios diários dos pacientes que receberam alta. De posse destes nomes, com objetivo de elencar pacientes elegíveis para o estudo, realizou-se a segunda etapa: consultar o prontuário eletrônico, em que

são armazenadas informações do internamento do paciente, dados sociodemográficos e contato telefônico. Os pacientes que não se enquadraram no critério elegibilidade, não foram contabilizados como percas ou registados como excluídos, apenas não conformaram a amostra do estudo.

Selecionados os sujeitos, procedeu-se à terceira etapa, recolha de dados propriamente dita. Para tanto, foram realizadas entrevistas por meio de ligações telefônicas aos pacientes. Antes de iniciar a entrevista, o investigador questionava se o paciente tinha condições de responder ao questionário, na impossibilidade, solicitava que a pessoa que acompanhou integralmente o processo de internamento e cuidados domiciliares pós-alta, participasse da entrevista. Após isso, eram explicados os objetivos do estudo, que as informações transmitidas seriam confidenciais, que os dados não eram divulgados individualmente, preservando o sigilo anonimato e que a qualquer momento poderia interromper ou encerrar a entrevista. Os indivíduos que concordaram em participar do estudo passaram pela entrevista cuja duração média era de 20 minutos.

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel 2013^o e analisados utilizando o programa estatístico IBM SPSS Statistics 20. Previamente à análise, os dados foram tratados e reorganizados, preferencialmente de forma dicotômica, especialmente para as variáveis que apresentavam poucos sujeitos em determinadas categorias, para que o teste estatístico tivesse acurácia. A exemplo de variáveis como tabagista e etilistas que realizavam consumo abusivo de álcool e tabaco no passado e no presente foram agrupadas, em “sim” e “ex-tabagista” e “sim” e “ex-etilista”, respectivamente, visto que estas condições mesmo que passadas, inferem na condição atual de vida do indivíduo.

Considerou-se como variável dependente a necessidade de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD) (banhar-se; vestir-se; alimentar-se; deambular; transferir) no pós-alta hospitalar, a qual foi dicotomizada em: precisa de auxílio e não precisa de auxílio. Como variáveis independentes consideraram-se as características sociodemográficas, de estilo de vida, de saúde e serviços de saúde utilizados, hospitalares, extra hospitalares.

Os resultados foram analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa. Para testar a associação entre

a variável dependente “presença de necessidade de auxílio para desenvolver os cuidados domiciliares” e os itens pesquisados, foi utilizado inicialmente o teste qui-quadrado e calculando-se a bruto o *odds ratio* (OR) para estimar a magnitude do efeito de cada variável e seus respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Na sequência, realizou-se análise de regressão logística pelo método de entrada *stepwise*, com base no valor de verossimilhança. As variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para entrar no modelo múltiplo, permanecendo nos modelos se atingissem $p \leq 0,05$ e/ou ajustassem o modelo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (parecer nº 2.461.494/2018; CAAE: 81453417.1.0000.0105), respeitando os ditames da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki.

3. RESULTADOS

De um total de 144 idosos que foram internados em um hospital universitário brasileiro, verificou-se que 56,9% não precisaram de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária no pós-alta, enquanto 43,1% necessitaram de auxílio (Tabela 1). Na análise univariada mostrou-se associado à necessidade deste auxílio: o estado civil ($p=0,05$), sedentarismo ($p=0,00$), presença de multimorbidade ($p=0,00$), tempo de internamento ($p=0,03$), setor de internamento ($p=0,05$), internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ($p=0,00$), tempo de internamento em UTI ($p=0,03$) (Tabelas 1 e 2).

Já na análise multivariada, permaneceram no modelo final apenas internamento em UTI, multimorbidade e sedentarismo, com capacidade explicativa de 70,8% ($p < 0,05$). Nesta análise, observou-se que idosos com maior probabilidade de necessitar de auxílio para realizar as ABVD no pós alta hospitalar são os que durante o período de estadia no hospital necessitaram de internamento na UTI, sendo esta probabilidade de 2,9 (IC=1,15-7,31) vezes maior que comparado aos idosos que não requeram deste tipo de assistência ($p=0,02$). Ainda, idosos que apresentaram multimorbidade e sedentarismo também dispuseram de 3,00 (IC=1,42-6,34; $p=0,00$) e 2,68 (IC=1,23-5,85; $p=0,01$) vezes mais risco de necessitar de auxílio para realizar as ABVD no pós alta hospitalar, respetivamente.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de pacientes idosos que foram internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo necessidade de auxílio para realizar as ABVD no pós alta hospitalar. Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2018 (n=144).

Variável e Classe	Precisa de auxílio n(%)	Não precisa de auxílio n(%)	Total n(%)	OR (IC=95%)	P valor
Ajuda para realizar ABVD no pós alta	62 (43,1)	82 (56,9)	144 (100)		
Sexo					
Feminino	37 (59,7)	40 (48,8)	77 (53,5)	1,00	0,9
Masculino	25(40,3)	42 (51,2)	67 (46,5)	1,27 (0,87-1,83)	
Cor da pele					
Caucasianos	43 (69,4)	51 (62,2)	94 (65,3)	1,00	0,37
Outras	19 (30,6)	31 (37,8)	50 (34,7)	1,23 (0,77-1,96)	
Estado Civil					
Casado/União estável	30 (48,4)	52 (63,4)	82 (56,9)		0,05
Víuvo	25 (40,3)	19 (23,2)	18 (12,5)	-	
Outros	7 (11,3)	11 (13,4)	44 (30,6)		

Reside sozinho					
Não	10 (16,1)	11 (13,4)	123 (85,4)	1,00	0,65
Sim	52 (83,9)	71 (86,6)	21 (14,6)	1,03 (0,89-1,18)	
Escolaridade					
10 ou mais anos de estudos completos	4 (6,5)	10 (12,2)	14 (9,7)		0,28
De 6 a 9 anos de estudos completos	16 (25,8)	14 (17,1)	30 (20,8)	-	
Analfabeto e alfabetizado	42 (67,7)	58 (70,7)	100 (69,5)		
Renda Mensal					
2 ≥ salários mínimos#	17 (27,4)	16 (19,5)	33 (22,9)		0,26
1 > 2 salários mínimos#	30 (48,4)	48 (58,6)	78 (54,2)	-	
>1 salário mínimo#	13 (21,0)	11 (13,4)	24 (16,7)		
Não sabe/não respondeu	2 (3,2)	7 (8,5)	9 (6,2)		
Fumante					
Não	32 (51,6)	42 (51,2)	74 (51,4)	-	0,70
Sim ou Ex fumante	30 (48,4)	40 (48,8)	70 (48,6)		
Etilista					
Não	50 (80,6)	69 (84,2)	119 (82,6)	-	0,53
Ex etilista ou elitista	12 (19,4)	13 (15,8)	25 (17,4)		
Sedentário					
Não	14 (22,6)	39 (47,6)	53 (36,8)	1,00	0,00
Sim	48 (77,4)	43 (52,4)	91 (63,2)	2,10 (1,26-3,52)	
Obesidade					
Não	53 (85,5)	65 (79,3)	118 (81,9)	1,00	0,23
Sim	9 (14,5)	17 (20,7)	26 (18,1)	1,42 (0,63-2,98)	
Multimorbidade					
Não	17 (27,4)	47 (57,3)	64 (44,4)	1,00	0,00
Sim	45 (72,6)	35 (42,7)	80 (55,6)	2,09 (1,34-3,66)	

Legenda: #Valor considerado R\$ 954,00 reais, (± 160,00 Euros) vigente no período do estudo. * Variáveis que entraram no modelo de regressão logística ($p \leq 0,20$).

Tabela 2: Serviços hospitalares e extra hospitalares utilizados por idosos que foram internados em um Hospital de Ensino do Paraná, segundo necessidade de auxílio para realizar as ABVD no pós alta hospitalar. Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2018 (n=144).

Variável e Classe	Precisa de auxílio n(%)	Não precisa de auxílio n(%)	Total n(%)	OdisRattio (IC=95%)	P valor
Tempo de internamento					
Até 3 dias	18 (29,03)	39 (47,56)	57 (39,6)		0,03
3 a 7 dias	20 (32,26)	26 (31,71)	46 (31,9)	-	
Mais de 7	24 (38,71)	17 (20,73)	41 (18,5)		
Setor de internamento					
Clínica cirúrgica	40 (64,52)	65 (79,27)	105 (72,9)	1,00	0,05
Outros (médica, neuro e infecto)	22 (35,48)	17 (20,73)	39 (27,1)	1,22 (1,00-1,52)	
Internamento em UTI					
Não	41 (66,13)	73 (89,02)	114 (79,2)	1,00	0,00
Sim	21 (33,87)	9 (10,98)	30 (20,8)	1,34 (1,10-1,63)	
Tempo de internamento em UTI					
Até 3 dias	11 (52,38)	6 (66,67)	19 (63,3)	1,00	0,03
Mais de 3 dias	9 (42,86)	2 (22,22)	11 (36,7)	1,36 (0,77-2,39)	
Sem resposta	1 (4,76)	1 (11,11)			
Atendimento do serviço social durante o internamento					
Não	3 (4,84)	8 (9,76)	11 (7,6)	1,00	0,25
Sim	53 (85,48)	64 (78,04)	117 (81,2)	2,07 (0,57-7,46)	
Sem informação	6 (9,68)	10 (12,20)	16 (11,2)		

Internamento hospitalar anterior					
Não	43 (69,35)	62 (75,61)	105(72,9)	1,00	0,40
Sim	19 (30,65)	20 (24,39)	39 (27,1)	1,09 (0,88-1,34)	
Agendamento de retorno ao hospital, pós alta					
Não	5 (8,06)	5 (6,10)	10 (6,9)	1,00	
Sim	57 (91,94)	77 (93,90)	134 (93,1)	1,02 (0,93-1,12)	0,65
Encaminhamento para outra especialidade					
Não	40 (64,52)	63 (76,83)	103 (71,5)	1,00	0,10
Sim	22 (32,48)	19 (23,17)	41 (28,5)	1,19 (0,95-1,48)	
Encaminhamento para a UBS no pós alta					
Não	48 (77,42)	70 (85,37)	118 (81,9)	1,00	0,22
Sim	14 (22,58)	12 (14,63)	26 (18,1)	1,13 (0,64-2,00)	
Quando teve alta voltou para sua casa					
Sim	57 (91,94)	75 (91,46)	132 (91,7)	1,00	0,92
Não	5 (8,06)	7 (8,54)	12 (8,3)	1,05 (0,35-3,17)	

Legenda: *Variáveis que entraram no modelo de regressão logística ($p \leq 0,20$).

Tabela 3: Análise múltipla da associação entre necessidade de auxílio para realizar as ABVD no pós alta hospitalar e as variáveis independentes resultantes no modelo final. Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2018 (n=144).

Variável	OR ajustada (IC 95%)	P valor
Internamento em UTI		
Não	1,00	
Sim	2,0 (1,15-7,31)	0,02
Presença de multimorbidades		
Não	1,00	
Sim	3,00 (1,42-6,4)	0,00
Sedentarismo		
Não	1,00	
Sim	2,68 (1,23-5,85)	0,01

Legenda: Capacidade explicativa do modelo 70,8%. Resultados de -2 Log likelihood=161,89; Cox & Snell R Square = 0,068 Nagelkerke R Square= 0,098; Hosmer and Lemeshow Test Chi-square = 0,848 Sig.=0,932

4. DISCUSSÃO

A prevalência de idosos que requereu auxílio para realizar as ABVD no pós alta hospitalar, foi semelhante ao estudo de Santos *et al.*, (2011) que encontraram que 40% dos idosos com idade superior a 65 anos, necessitaram deste tipo de assistência no domicílio. A prevalência desta condição é elevada, mas vale destacar que nestes achados incluem-se pessoas com limitações prévias e que passaram a requerer deste auxílio após a hospitalização, não fazendo distinções entre a presença de limitações funcionais prévias e posteriores à hospitalização, visto que em ambas a necessidade de cuidador é eminente.

Em idosos a presença de doenças crônicas geralmente não representa um bom prognóstico para estes pacientes, uma vez que o declínio do estado de saúde do idoso pode promover o seu agravamento. O idoso no momento do internamento pode demonstrar-se independente para realização de ABVD, porém, este momento pode acarretar o desenvolvimento de incapacidades, declínio funcional e levando o idoso à dependência para realizar as atividades instrumentais e as tarefas de autocuidado, podendo requerer auxílio de um cuidador para realizá-las (Silva *et al.*, 2015).

Em decorrência disso, após a melhora clínica do paciente no âmbito hospitalar, muitos idosos retornam para suas residências sem condições para realizar cuidados básicos e complexos, essenciais para a continuidade do tratamento como a utilização de medicamentos, a alimentação e adequada realização de atividade física, cuidados com ostomias, feridas e uso de sondas (Souza *et al.*, 2014).

A frequência na utilização de serviços de saúde por parte de idosos com capacidade funcional prejudicada pode variar em função da gravidade das limitações, pois o seu aumento pode ser desencadeado também pela senilidade, sendo os internamentos recorrentes e prolongados um frequente agravante promovendo a diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e aumento da fragilidade (Fialho *et al.*, 2014; Nunes *et al.*, 2017).

Deste modo, é de fundamental importância que o profissional da saúde seja capaz de reconhecer as necessidades do idoso no ambiente hospitalar visto que ele é mais vulnerável a enfermidades, além de capacitar cuidadores e familiares no cuidado de idosos em domicílio após a alta hospitalar. Este cuidado deve ser ainda mais intensificado junto a pacientes que necessitaram de vaga em UTI, apresentam multimorbidades e

são sedentários, conforme verificado no presente estudo.

A necessidade de internamento hospitalar em ambiente de UTI elevou em 2,9 o risco do idoso requerer auxílio para realizar ABVD no pós-alta. Tal dado pode-se confirmar pelo estudo de Bordin, *et al.* (2018) onde se relata que a hospitalização do idoso aumenta a probabilidade de desenvolvimento de limitações para atividades básicas, visto que estas tendem a aumentar a partir do declínio da saúde. Assim como, o internamento em UTI também impacta na determinação do grau de independência funcional do paciente, devido às complicações decorrentes dos efeitos deletérios característicos da imobilidade inerentes ao internamento (Santos *et al.*, 2017).

No presente estudo revelou-se que a presença de multimorbidade também é um fator a ser considerado no perfil de paciente que podem necessitar de auxílio domiciliar no pós-alta. As multimorbidades favorecem a perda da autonomia e independência em idosos; torna o cuidado mais complexo, devido ao aumento do uso de medicamentos, que por sua vez intensifica a probabilidade de efeitos adversos, internamentos recorrentes e, até, a institucionalização.

De forma similar, o sedentarismo mostrou-se fator de risco para maior necessidade de cuidados domiciliares. Assim confirma o estudo de Mendes, *et al.* (2016), o qual relata que houve uma prevalência elevada de idosos sedentários com sarcopenia, e relata que a perda progressiva da massa muscular está diretamente relacionada com a diminuição da força muscular e conseqüentemente da funcionalidade do idoso, podendo levá-lo a incapacidade de desenvolver tarefas do cotidiano e ABVD.

O sedentarismo e a obesidade são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas (Carlucci *et al.*, 2013), estando relacionados ao desenvolvimento de multimorbidades, polifarmácia, declínio da qualidade de vida, avaliação negativa sobre sua saúde e uso frequente de serviços de saúde (Carvalho *et al.*, 2018; Melo *et al.*, 2019). Também está associado a uma maior prevalência de quedas, debilidade física, alterações de humor, níveis elevados de glicose e triglicérides, resistência insulínica e obesidade. Sendo assim, a ausência de atividade física presente na maioria desses idosos, pode ser um fator contribuinte para a prevalência de multimorbidade (Melo *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, um programa de alta com profissionais especializados, capacitados, integrando o paciente e o cuidador/família no cuidado desde o internamento, minimiza inseguranças, previne complicações e evita internamentos recorrentes, possibilitando a recuperação da capacidade e autonomia ou minimizando os efeitos da doença (Martins *et al.*, 2013; Chesani *et al.*, 2016). A estratégia de cuidado continuado e integrado do paciente em seu domicílio no pós-alta hospitalar utilizada para aumentar a capacidade de autocuidado, fortalece a adesão ao tratamento proposto, auxilia na redução da frequência de hospitalizações, estreita a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada (Delatorre *et al.*, 2013; Chesani *et al.*, 2016).

Entre as ações que devem ser planejadas e realizadas no programa de alta devem estar incluídas: conversa com a família/

cuidador, logo após o internamento do idoso; comunicação com a família/cuidador durante as visitas; apoio à família/cuidador ajudando-os nos cuidados com o idoso durante o internamento, permitindo sua presença em momentos propícios de cuidados dos profissionais e, quando possível, incluindo-o nas atividades; programação antecipada da alta, realizada em conjunto com a família/cuidador; quando possível e necessário incentivar a família a ter contato com a assistência social; rever com a família/cuidador todas as informações necessárias à alta e aos cuidados, e contato final e detalhado da enfermagem para verificar todos os pontos de cuidados e terapêuticas no pós-alta.

Percebe-se, portanto, que garantir a continuidade dos cuidados hospitalares no ambiente domiciliar no pós alta promove a diminuição do risco de agravamento do quadro clínico do paciente por déficit de cuidado, reduzindo assim a necessidade de re-internamento. Nesse sentido, a equipe multidisciplinar, com destaque para o papel da Enfermagem, capacitada para o cuidado do idoso, na construção do trabalho de orientação e atenção ao cuidador no processo de alta é de grande valia e além de qualificar o trabalho em saúde, potencializa o atendimento humanizado, tão importante para a qualidade dos serviços em saúde.

Tem-se como limitação do estudo, o seu desenho transversal, que não permitem a verificação de fatores causais e a amostra de internados de uma única instituição hospitalar. Ainda, não foi levantada a presença de limitações funcionais prévias à hospitalização e nem se a dependência pós alta foi de caráter transitório ou permanente, não sendo possível ponderar a prevalência de indivíduos que tornaram-se dependentes decorrente ao internamento. No entanto, as limitações não minimizam os achados do presente estudo, visto que o escopo do estudo era estimar a magnitude do evento de necessidade de auxílio pós alta e os fatores associados, condição possibilitada no estudo. Deste modo, sugere-se que novos estudos sejam realizados para aprofundamento da temática.

5. CONCLUSÃO

O estudo identificou características que indicam maior possibilidade de o idoso internado necessitar de assistência familiar/informal no pós-alta, que foram: necessidade de leito de UTI durante internamento, multimorbidades e sedentarismo.

O levantamento do perfil do idoso internado que necessitou de cuidados domiciliares no pós-alta, possibilitou a discussão mais aprofundada sobre como considerar este cenário no contexto da saúde pública e do trabalho da Enfermagem, visto que a não relação efetiva entre o atendimento hospitalar e os cuidados domiciliares afeta o cuidado ao idoso e, de outra parte, o cuidado familiar/informal não adequado pode resultar em re-internamentos, novas doenças ou agravamento da condição de não autonomia do idoso, trazendo prejuízo à qualidade de vida e saúde do idoso e seu cuidador/ familiar, além de aumentar os custos do sistema de saúde e utilização dos serviços de saúde.

Obter-se um processo de alta hospitalar com profissionais especializados torna-o mais efetivo e assegurando a realização dos cuidados de forma individualizada. Este programa de alta hospitalar deve iniciar-se a partir do internamento do idoso, estendendo-se à sua alta de forma individualizada para que

cada paciente e cada familiar/cuidador receba as orientações necessárias de forma gradual durante o internamento, para que no momento da alta hospitalar o cuidador/familiar esteja preparado e seguro para realizar as atividades da forma correta, possibilitando a recuperação da capacidade e autonomia ou minimizando os efeitos da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar BM, Silva PO, Vieira MA, da Costa FM, Carneiro JA. Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. **22**: e180163, 2019
- Bortoluzzi EC, Doring M, Portella MR, Cavalcanti G, Mascarello A, Delani MP. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. **22**:85-94, 2017.
- Bordin D, Cabral LPA, Fadel CB, Santos CB, Grden CRB. Fatores associados à internamento hospitalar de idosos: estudo de base nacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **21**: 439-446, 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. Brasília – DF, 2013.
- Brasil. Ministério do planejamento, Orçamento e gestão. Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Pesquisa Nacional de saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Brasília – DF, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Carlucci SEM, Gouvêa JAG, Oliveira AP, Silva JD, Cassiano ACM, Bennemann RM. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. *Com. Ciências da Saúde* **24** : 375-384, 2013.
- Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VFS, Villas Boas PJF. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **21**:134-142, 2018.
- Chesani FH, Fontana G. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. *Conexão Ciencia* **12**:92-98, 2017.
- Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*. **7**: 7151-9, 2013.
- Fernandes CS, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. **50**: 672-678, 2016.
- Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Filho AIL. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno de Saúde Pública* **30**:599-610, 2014.
- Flesch LD, Araujo TCCF. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia* **19**:157-238, 2014.
- Kotaka F, Pacheco MLR Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública* **31**:171-7, 1997.
- Mendes GS, Teixeira THMM, Souza VC, Neiva TF, Pereira KP, Landim MFT, Melo GF, Romão JFF, Nóbrega OT, Carvalho GA. Sarcopenia em idosos sedentários e sua relação com funcionalidade e marcadores inflamatório. *Geriatrics Gerontology and Aging* **10**:23-28,2016
- Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **22**: 1-11, 2019.
- Moraes EN, Moraes FL. *Avaliação multidimensional do idoso*. Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia. 5.ed. Belo Horizonte: Folium. 1:248, 2016.
- Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, Thumé E, Facchini LA. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Revista de Saúde Pública* **51**:1-10,2017.
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha guia da saúde do idoso*. **1**: 126, 2018.
- Pena MM, Melleiro MM. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. *Revista de Enfermagem UFPE* **11**:5297-5304, 2017.
- Picolo GD, Dias L, Chavesii PA. Produção científica sobre avaliação em serviços de internamento hospitalar no Brasil: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem* **11**: 395-402, 2009.
- Santos LJ, Silveira FS, Muller FF, Araújo HD, Comerlato JD, Silva MC, Silva PB. Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. *Fisioter. Pesqui* **24**:437-443, 2017.
- Santos FC, Rosa PV, Rosa LHT, Pribbernow SCM. Avaliação do risco de internamento hospitalar de idosos da comunidade no município de Porto Alegre. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento* **19**:839-852, 2014.
- Santos CCC, Pedrosa R, Costa FA, Medonça KMPP, Holanda GM. Análise da função cognitiva e capacidade funcional em idosos Hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* **14**:241-50, 2011.
- Schmidt SMS, Muller FM, Santos E, Ceretta CS, Garlet V, Schmidt S. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde debate* **38**:305-317, 2014.
- Silva JVF. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde* **2**:91-100, 2015.
- Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem* **18**:171,2014.