

## A INTERNAÇÃO DOMICILIAR DA PESSOA IDOSA E O APOIO FAMILIAR NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Ana Karina da Cruz Machado <sup>1</sup>  
Roberta Machado Alves <sup>2</sup>

### RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as dificuldades e os benefícios da internação domiciliar e o contexto familiar enquanto contribuição para a recuperação do sujeito idoso. Para a construção deste, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, no intuito de entender o processo de desospitalização e internação domiciliar no contexto de vida da família da pessoa idosa e as principais dificuldades enfrentadas. Os resultados demonstram que o tratamento domiciliar nesse processo de desospitalização ainda é um desafio pois a família não contribui como deveria, com o cuidado e a atenção devida no processo de internação domiciliar, seja pelo não conhecimento ou ainda pelas atividades diárias que impossibilitam nesse engajamento, fazendo com que muitas vezes o idoso tenha piora no quadro clínico ou não consiga vivenciar a internação domiciliar de maneira humanizada, necessitando de permanecer mais tempo hospitalizado, sobretudo, quando se trata de idosos dependentes ou com condições de saúde que impedem a autonomia. Conclui-se que, a família apoiando esse processo a desospitalização do idoso aconteceria de maneira mais segura, evitando complicações tais como infecções hospitalares, e ainda a internação domiciliar contribuiria para uma recuperação mais humanizada e com mais qualidade de vida para o idosos e para sua família que não precisariam ficar tanto tempo no hospital acompanhando seu familiar idoso.

**Palavras-chave:** Idoso. Família. Internação Domiciliar. Recuperação.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural da vida, e segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o envelhecimento é definido como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, própria a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente, portanto, aumenta sua possibilidade de morte”.

O Estatuto do Idoso considera idosa a pessoa acima de 60 anos e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que em 2017 o país tinha 28 milhões de idosos, ou 13,5% do total da população e as estatísticas indicam que em dez anos chegará a 38,5 milhões, ou 17,4% do total de habitantes.

O crescimento acelerado do processo de envelhecimento acarreta mudanças e repercussões importantes na vida da pessoa idosa e de seus familiares, já que biologicamente

<sup>1</sup> Assistente Social. Gerontóloga. Mestranda em Psicologia Organizacional e do Trabalho – Universidade Potiguar (UnP). Email: [karinacruz\\_rn@yahoo.com.br](mailto:karinacruz_rn@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Mestranda em Gerontologia – Universidade Federal de João Pessoa (UFPB). Email: [psirobertaalves@gmail.com](mailto:psirobertaalves@gmail.com)

nesse processo o organismo começa a se degenerar. Isso significa que nem sempre viver mais é sinônimo de qualidade de vida, na medida em que aumentam a expectativa e vida, cresce em maior proporção o número de idosos que precisam de tratamento médico, cuidados com a saúde e complicações advindas da senilidade.

Para Sousa (2018), com o processo de envelhecimento, os idosos tendem a apresentar várias patologias, condição que contribui para maior risco de hospitalização em situações agudas e crônicas. Após o processo de hospitalização chama-se a atenção da dificuldade que os idosos apresentam na assistência domiciliar do processo de desospitalização.

O processo de desospitalização vem crescendo mundo afora, diversos estudos apontam que em uma condição de mais humanização os usuários apresentam recuperação mais rápida no domicílio, esse processo também otimiza as vagas para utilização dos leitos hospitalares em situações de demanda reprimida (Vasconcelos et. al, 2015).

O presente trabalho tem como objetivo analisar o processo de desospitalização dentro do contexto familiar, suas dificuldades e os benefícios da internação domiciliar para o idoso, bem como sua adaptação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, cuja metodologia possibilita que inclua estudos com diferentes enfoques metodológicos (CARNEIRO et al. 2020).

O presente estudo foi construído com base nas seguintes etapas: (1) definição do tema, objetivo e problemática de pesquisa; (2) definição das estratégias de busca e levantamento do material bibliográfico científico; (3) avaliação e análise crítica dos dados bibliográficos encontrados; exposição e discussão dos resultados (CARNEIRO et al. 2020).

Para o levantamento do material, buscou-se na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no mês de Outubro do ano em curso utilizando as palavras-chave Idoso, Família, Internação Domiciliar e Recuperação, com uso do operador booleano AND, artigos no idioma português.

Na etapa de seleção dos estudos, inicialmente, foram excluídos os títulos duplicados, em seguida, avaliou-se os títulos e resumos e, após, as publicações que contemplaram os critérios de inclusão foram lidas na íntegra. A análise foi conduzida por dois revisores independentes. Após a leitura de 22 trabalhos, foram selecionados 08, aos quais foram incluídos nesse estudo. O ano de publicação não foi um critério de inclusão.

## REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil a atenção domiciliar é definida pela portaria do Ministério da Saúde nº825, de 25 de abril de 2016, “como modalidade de atenção à saúde integrada as Redes de Atenção a saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade dos cuidados “. Sendo assim o serviço tanto pode ser oferecido pelas redes, privada e pública (BRASIL, 2016).

O aumento da expectativa de vida, traz com ela muitas doenças crônicas que provocam internações hospitalares recorrentes e/ou prolongadas e acarretam perda de funcionalidade e em algumas situações total dependência.

Com o organismo fragilizado devido ao avanço da idade, as pessoas idosas tendem a serem hospitalizadas com maior frequência que pessoas jovens, além de permanecerem hospitalizados por mais tempo, esse fator impacta fortemente na qualidade de vida dos idosos e também nos custos assistenciais tanto do Sistema Único de Saúde quanto das operadoras de saúde privadas (Ferreira, 2012).

Desse modo tratado seu quadro clínico crítico a desospitalização é o novo modelo utilizado para linha de cuidado que permite ao paciente continuidade de seus cuidados no domicílio diminuindo assim seu período de internação, de forma segura com equipamentos necessários para sua recuperação bem como manutenção da qualidade de vida.

A internação domiciliar é a estratégia utilizada para desospitalização e o meio mais utilizado pelo sistema de saúde suplementar, uma vez que as instituições hospitalares possuem dificuldades em relação aos pacientes de longa permanência e de alto custo, para otimização dos leitos, do atendimento ambulatorial e a redução de infecções hospitalares.

Em relação a família, ela permite a reintegração do paciente ao seio familiar e conforto do lar, permitindo uma maior interação entre equipe de saúde e família proporcionando maior participação desta no processo de tratamento; diminuindo as reinternações e reduzindo os custos para o hospital e planos de saúde.

O idoso é grupo etário que mais utiliza essa cobertura suplementar. Essa modalidade torna a família a maior responsável pelos cuidados com o idoso no domicílio, que gera um grande desafio para desospitalização, pois depende da aceitação da aceitação familiar, pois impacta diretamente na vida cotidiana e socioeconômicas das famílias, gerando assim diversos conflitos (Andraos, 2013).

Para Vasconcelos (2015), o maior desafio após o processo de hospitalização do idoso é manter o cuidado e a atenção devida no processo de internação domiciliar, esse fato se deve a dificuldade de aceitação da família, principalmente quando o idoso é dependente, debilitado, precisa fazer uso de sonda, fralda, com traqueostomia ou que realizou procedimento cirúrgico. São desafios e dificuldades que levam, muitas vezes a família a não assumir o cuidado no domicílio.

As adaptações necessárias para assegurar a desospitalização podem onerar financeiramente as famílias e dificultar a aceitação do cuidado no domicílio.

Para Simão e Miotto (2016), um dos grandes desafios para o cuidado domiciliar refere-se às alterações no cotidiano de vida e trabalho que são impostas quando se assume essa modalidade de cuidado.

Estudos de Nishimoto (2014), têm demonstrado que nesta condição, pode ocorrer o abandono do emprego dos familiares, a necessidade de conciliar as tarefas de casa com o cuidado, as modificações nos horários e no ambiente domiciliar e as dificuldades relacionadas ao lazer (p.120).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o envelhecimento populacional observa-se aumento do número de pessoas idosas que são hospitalizadas. De acordo com dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Brasil ano de 2016 das pessoas hospitalizadas no Sistema Único de Saúde do Brasil 24,9% tinham acima de 60 anos e 14,2% mais de 70 anos.

As principais causas de internação segundo CID-10 foram: doenças do aparelho circulatório (23,2%) seguido pela neoplasia (16,2%), do aparelho respiratório (9,1%) e geniturinário (9,1%).

Quanto ao grau de dependência para Atividades básicas de vida diária (ABVD), 81,8% dos idosos tinham independência funcional 15 dias antes da hospitalização; 45,5% na internação; 57,6% na alta hospitalar e 72,8% após 30 dias da alta (Carvalho, 2018).

Os resultados mostram que mais de um terço dos idosos apresentaram piora da funcionalidade no momento da internação em comparação com estado anterior, à semelhança de pesquisas prévias, que mostraram que de 35% a 43% dos idosos perderam funcionalidade no momento da internação, independente das causas de internação e do local de avaliação (hospital geral ou enfermaria especializada de geriatria) (Boyd et al, 2009)

Durante a internação hospitalar idosos podem cursar com perda de funcionalidade, que pode ser devido à doença que determinou a internação, condições clínicas prévias, procedimentos a que é submetido, à pobre adaptação do sistema de saúde ao envelhecimento e à fragilidade desta. Esta condição é denominada incapacidade associada à hospitalização (IAH) e pode acometer de 30 a 60% dos idosos hospitalizados (Carvalho, 2018).

Entre idosos, a IAH pode interferir na independência funcional e qualidade de vida e é preditora de maior utilização de recursos e morte. Entre os preditores de declínio funcional durante a internação incluem-se idade avançada, características sociodemográficas como etnia, incapacidade pré-existente, comprometimento cognitivo, delírio, polifarmácia, história de quedas e comorbidade (Chodos et al, 2015).

Segundo a avaliação Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o hospital não é um ambiente seguro para pessoas idosas, pois o risco de infecção e de perda da capacidade funcional é alto. Além disso, as reminiscências do período de internação podem levar a transtornos distímicos ou colaborar para quadros depressivos.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), analisou dados referentes às internações de idosos em um conjunto selecionado de hospitais privados no ano de 2014. Foi constatado que as principais causas de internação dos beneficiários idosos na saúde suplementar concentram-se nas doenças do aparelho circulatório e respiratório, além das neoplasias malignas.

Entre as idosas mais jovens (60 a 79 anos) as neoplasias lideram, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e digestivo. Entre as mais idosas (com 80 anos ou mais), as principais causas são as doenças do aparelho circulatório. Em seguida vêm as doenças do aparelho respiratório e outras causas relacionadas a sintomas, sinais e achados anormais em exames (causas mal-definidas).

Entre os homens idosos prevalecem as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas para as duas faixas etárias analisadas (idosos mais jovens e mais idosas), com uma expressiva preponderância de doenças do aparelho digestivo e de causas mal-definidas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maior parte dos estudos analisados apontaram para uma pior funcionalidade na alta hospitalar quando comparada com o momento antes da internação. Cerca de 28% dos idosos apresentaram pior função 30 dias após a alta em relação a 15 dias antes da internação. Os idosos

com Síndrome da Fragilidade no momento da internação apresentam maior risco para resultados funcionais piores após 30 dias da alta.

Além da importância da produção de mais estudos sobre a temática, torna-se essencial que a equipe de saúde avalie a funcionalidade durante a internação e pós-alta.

No tocante a família, acredita-se que se houver um maior apoio dos familiares o processo de desospitalização do idoso aconteceria de maneira mais segura, evitando complicações tais como infecções hospitalares, e ainda a internação domiciliar contribuiria para uma recuperação mais humanizada e com mais qualidade de vida para o idosos e para sua família que não precisariam ficar tanto tempo no hospital acompanhando seu familiar idoso.

## REFERÊNCIAS

ANDRAOS, Cláudio; LORENZO, Cláudio. Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. Rev. Bioét., Brasília, v. 21, n. 3, pág. 525-535, dezembro de 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300017>

BOYD, C.M. RICKS, M. FRIED, L.P. GURALNIK, J.M. XUE, Q.L. XIA, J. et al. Functional decline and recovery of activities of daily living in hospitalized, disabled older women: the Women's Health and Aging Study I. J Am Geriatr Soc. 2009;57(10):1757-66.

CARVALHO, Tatiane Cristina et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 134-142, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>.

CHODOS, A.H. KUSHEL, M.B. GREYSEN, S.R. GUZMAN, D. KESSELL, E.R. SARKAR, U. et al. Hospitalization-associated disability in adults admitted to a Safety-Net Hospital. J Gen Intern Med. 2015;30(12):1765-72.

DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008-. Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde - Brasil 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, Sept. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha informativa - Envelhecimento e saúde. Brasília, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820)

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, e00173317, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>.