



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
PÓS-ALTA DA UTI:
REFLEXÕES PARA ENFERMAGEM

RIO DE JANEIRO
2010



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
PÓS-ALTA DA UTI:
REFLEXÕES PARA ENFERMAGEM**

Por:

Maria Helena de Souza Praça Amaral

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Enedina Soares

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar.

Pesquisa Institucional: “Enfermagem construindo Estratégias para Expansão da Assistência na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso”.

RIO DE JANEIRO

Dezembro/2010

A485 Amaral, Maria Helena de Souza Praça.
Qualidade de vida do idoso pós alta da UTI : reflexões para enfermagem / Maria Helena de Souza Praça Amaral, 2010.
115f.

Orientador: Enedina Soares.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem - Filosofia. 2. Unidade de Terapia Intensiva – Tratamento. 3. Idosos – Qualidade de vida. 4. Cuidados em enfermagem - Planejamento. I. Soares, Enedina. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.7301

MARIA HELENA DE SOUZA PRAÇA AMARAL

**Qualidade de vida do idoso pós-alta da UTI:
Reflexões para enfermagem**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Banca examinadora:

Presidente
Prof^a Dr^a. Enedina Soares
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

1^a Examinadora
Prof^a Dr^a Célia Pereira Caldas
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ)

2^a Examinadora
Prof^a Dr^a Almerinda Moreira
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

Suplente
Prof: Dra. Margareth Maria Santiago Rêgo
(Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ)

Suplente
Prof: Dr^a Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, que me presenteou com a vida. Obrigada, Senhor, por ter me ajudado, mais uma vez, a transpor meus limites.

*Não tenho palavras pra agradecer Tua bondade
Dia após dia me cercas com fidelidade
Nunca me deixes esquecer
Que tudo o que tenho
Tudo o que sou
O que vier a ser
Vem de Ti Senhor*

*Dependo de Ti
Preciso de Ti
Sozinho, nada posso fazer.
Descanso em Ti
Espero em Ti
Sozinho, nada posso fazer.*

*Tudo o que tenho
Tudo o que sou
O que vier a ser
Vem de Ti Senhor.*

Ana Paula Valadão

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Primeiramente a Deus, que me presenteou com a vida, por ter me ajudado, mais uma vez, a transpor meus limites.

Aos meus queridos **pais**, Jacira e Gentil, por todo apoio e dedicação que me prestaram não apenas agora, mas desde o início da minha existência. O amor e a força de vocês me dirigiram pela vida e me deram as asas que precisava para voar.

Ao meu **esposo**, que compartilhou ao meu lado, dia-a-dia, angústias, frustrações e comemorações.

Aos meus **irmãos**, Leila e Júlio, que sempre torceram por mim.

À minha **sogra**, Edite, e ao meu **sogro**, Amaral, (*in memoriam*). Aos meus **cunhados** e **cunhadas**. Aos meus estimados **sobrinhos**: Philippe, Vitória, Kellen, Bruno, Israel, Wanise, Daniel.

Aos **amigos** mais chegados que irmãos: Meire e Felipe, Andréia e Fabio, Paula e Hideki, Vinícius e Bianca.

A todos o meu muito obrigada pelo incentivo e por entenderem a importância da minha ausência em alguns momentos tão especiais.

AGRADECIMENTOS

Seria impossível mencionar todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho, entretanto, algumas pessoas não poderiam deixar de ser destacadas:

Enf^a. Maria da Penha Pinheiro, Chefe da Superintendência de Enfermagem e Enf^{os}. Luzia de Guadalupe e Edson Ramos, Chefes da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, pelo apoio como minhas chefias imediatas.

Aos amigos da Unidade de Terapia Intensiva – Meus primeiros anos de formada coincidiram com os 6 primeiros anos de assistência e gerência numa unidade de alta complexidade. A convivência e o aprendizado com vocês foram maravilhosos (Enf^{as}. Valéria Matos, Andréia Mello, Andréia Ayres, Ronaldo Sampaio, Emanuel, Rosivane e Cláudia Cruz, Téc^{os}. de Enfermagem Ana Lúcia, Serenice, Ivonaldo, Jorge Manuel, Moisés, Cristiano, Luciano Silva, Dr. Carlos Roberto, Dr. André Casarsa, Dr. Áureo, Dr. Rogério, Dra. Hilde, Fisioterapeutas Bárbara Monsore e Nathália Ramos,). Muito obrigada a todos.

Aos colegas da turma de mestrado 2009, em especial, a Raquel Costa.

A todos os professores do programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem – turma 2009, pelo compartilhamento de seus saberes.

Às secretárias Márcia e Rachel, pelo apoio e colaboração em todos os momentos.

À banca examinadora pelas relevantes contribuições ao estudo.

Aos idosos e seus familiares que concordaram em participar deste estudo, muito obrigada pela colaboração e confiança a mim depositada.

E, por fim, à Prof^a. Dr^a. Enedina Soares, que me acolheu como orientanda, pelo carinho e contribuição na orientação para elaboração deste trabalho.

RESUMO

AMARAL, Maria Helena de Souza Praça. **Qualidade de Vida do idoso pós-alta da UTI: Reflexões para enfermagem.** 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

A tendência mundial de longevidade da população vem alertando para a necessidade de estudos com grupos de idade avançada. Com o expressivo aumento do número de idosos é lógico raciocinar que haverá um aumento pela demanda de cuidados à saúde, incluindo-se, neste contexto, o incremento do número de idosos na UTI. Conhecendo esta realidade, não basta agora saber quantos sobreviveram, é preciso conhecer como, depois da experiência da UTI, estes pacientes têm sobrevivido, ou seja, qual é a qualidade de vida dos sobreviventes. Traçamos, então, os seguintes objetivos: conhecer o conceito de Qualidade de Vida construído pelos idosos que receberam tratamento na UTI; levantar as implicações que interferem na Qualidade de Vida do idoso, causadas pela internação na unidade; e sugerir medidas de apoio a este idoso, fundamentadas na Teoria de *Hildegard Peplau*. Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado na Teoria das Relações Interpessoais de *Peplau*. Os sujeitos foram 13 pacientes com idade maior ou igual a 70 anos, que receberam tratamento na UTI de um hospital universitário, no município do Rio de Janeiro, entre janeiro de 2009 e maio de 2010, entrevistados após a alta hospitalar, nos meses de junho e julho de 2010. Além disso, foram utilizados, também, os Índices de *Katz* e de *Lawton* para avaliação da capacidade funcional. A análise dos dados deu-se através do método de Análise de Conteúdo, de *Bardin*, que geraram 5 categorias: Definição de Qualidade de Vida, Percepção Positiva e Percepção Negativa de Qualidade de Vida, Influência Positiva e Influência Negativa de Qualidade de Vida. A partir delas, surgiram, ainda, subcategorias que foram analisadas à luz da Teoria de *Peplau*. Verificou-se que a maioria dos entrevistados foi internada na UTI em pós-operatório imediato e são portadores de doença cardiovascular; as mulheres, na atualidade, não fumam e não consomem bebidas alcoólicas, e alguns homens deixaram de fazê-lo; a atividade física é praticada somente por um dos entrevistados. Todos alcançaram boa pontuação nos índices de *Katz* e de *Lawton*. O conceito de Qualidade de Vida construído pelos idosos está embasado fortemente nas questões relacionadas a “Poder aquisitivo”, “Família”, “Sociedade”, “Tranquilidade”, “Felicidade” e “Independência”, além da “Saúde”. “Momento para reflexão”, “Segurança” e “Solidariedade” foram as subcategorias levantadas para a categoria Influência Positiva da UTI na Qualidade de Vida. Para a Categoria Influência Negativa, foram apontados “Sofrimento”, “Negação da doença” e “Internação curta”. Foi verificada, ainda, a importância das teorias de enfermagem para a prática profissional, pois ela instrumentaliza os fundamentos do cuidado, ajudando a estabelecer uma assistência sistemática.

Descritores: Idoso; Unidades de Terapia Intensiva; Qualidade de Vida; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

AMARAL, Maria Helena de Souza Praça. **Quality of life of elderly people after discharge from ICU: Reflections for nursing.** 2010. 115 s. Dissertation (Masters in Nursing)-Centre for Health Sciences and the Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

The global trend of population's longevity has been warning of the need for studies with groups of old age. With the significant increase in the number of elderly is logical to think that there will be an increasing demand for health care, including in this context the increasing number of elderly in the ICU. Knowing this reality is not enough now to know how many survived, one must know how, after the experience of the ICU, these patients have survived, or what is the quality of life of survivors. We traced, then, the following objectives: To understand the concept of Quality of Life built by seniors who received treatment in the ICU; raise implications that affect the quality of life caused by hospitalization of the elderly in the unit, and suggest measures to support this elderly based on the Theory of Hildegard Peplau. This is a qualitative study, based on the theory of Peplau Interpersonal Relations. The subjects were 13 patients aged greater than or equal to 70 years who received treatment in the ICU of a university hospital in Rio de Janeiro, from January 2009 to May 2010, which were interviewed after discharge, during June and July 2010. In addition, we also use the index Katz and Lawton for assessment of functional capacity. Analysis of data was by the method of content analysis of Bardin, where five categories emerged: Definition of Quality of Life, Perceived Positive and Negative Perception of Quality of Life, Positive Influence and Negative Influence of Quality of Life. From them it appeared that further subcategories were analyzed according to the Theory of Peplau. It was verified that the majority were admitted to the ICU in the immediate postoperative period and are suffering from cardiovascular disease, the women today do not smoke and do not consume alcoholic beverages while some men failed to do so, physical activity is practiced only by one of them. All patients achieved good scores in the indices of Katz and Lawton. The concept of Quality of Life built by seniors is strongly grounded in issues related to the "Purchasing power", "Family," "Company," "Tranquility," "Happiness" and "Independence" and also "Health". The subcategories "Time for reflection", "Security" and "Solidarity" were raised to Positive Influence Quality of Life in the ICU. For the Category Influence Negative, was appointed "Suffering", "Denial of illness" and "Short Stay". We could still see the importance of nursing theories to practice, because it instrumentalizes the fundamentals of care, in order to establish a systematic care.

Key words: Aged; Intensive Care Units; Quality of Life, Nursing Theory.

RESUMEN

AMARAL, Maria Helena de Souza Praça. **La calidad de vida de los ancianos egresos de la UCI: Reflexiones para la enfermería.** 2010. 115 h. Tesis (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2010.

La tendencia mundial de la longevidad de la población ha estado advirtiéndolo de la necesidad de realizar estudios con grupos de la vejez. Con el aumento significativo del número de ancianos es lógico pensar que habrá una demanda creciente de atención de la salud, incluso en este contexto, el creciente número de ancianos en la UCI. Conociendo esta realidad no es suficiente ahora para saber cuántos sobrevivieron, hay que saber, después de la experiencia de la UCI, estos pacientes han sobrevivido, o lo que es la calidad de vida de los sobrevivientes. Hemos trazado, a continuación, los siguientes objetivos: Para entender el concepto de calidad de vida construido por los adultos mayores que recibieron tratamiento en la UCI; aumentar implicaciones que afectan a la calidad de vida causado por la hospitalización de los ancianos en la unidad, y proponer medidas de apoyo a la tercera edad basado en la Teoría de Hildegard Peplau. Se trata de un estudio cualitativo, basado en la teoría de Peplau Las relaciones interpersonales. Los sujetos fueron 13 pacientes con edad mayor o igual a 70 años que recibieron tratamiento en la UCI de un hospital universitario de Río de Janeiro, en enero de 2009 hasta Mayo 2010, pero fueron entrevistados después del alta, durante junio y julio de 2010. Además, también utilizamos el índice de Katz y Lawton para la evaluación de la capacidad funcional. Análisis de los datos fue por el método de análisis de contenido de Bardín, donde surgieron cinco categorías: Definición de la Calidad de Vida, Percepción Percepción de positivo y negativo de la calidad de vida, influencia positiva y negativa influencia de la calidad de vida. De ellos se desprende que otras subcategorías fueron analizados de acuerdo a la teoría de Peplau. Se verificó que la mayoría fueron ingresados en la UCI en el postoperatorio inmediato y están sufriendo de enfermedades cardiovasculares, hoy en día las mujeres no fuman y no consumen bebidas alcohólicas y algunos hombres no lo hizo, la actividad física se practica sólo por uno de los entrevistados. Todos logrado buenos resultados en los índices de Katz y Lawton. El concepto de calidad de vida construido por los adultos mayores está fuertemente basada en cuestiones relacionadas con el "poder adquisitivo", "Familia", "Compañía", "Tranquilidad", "Felicidad" y "Independencia" y "Salud". "El tiempo para la reflexión", "Seguridad" y "Solidaridad", las subcategorías fueron elevados a la categoría de positivos influyen en la calidad de vida en la UCI. Y por la influencia negativa categoría, fue nombrado el "sufrimiento", la "negación de la enfermedad" y "Short Stay". Todavía podía ver la importancia de las teorías de enfermería a la práctica, ya que instrumentaliza los fundamentos de la atención, ayudar a establecer una atención sistemática.

Descriptores: Anciano; Unidades de Terapia Intensiva; Calidad de Vida; Teoría de Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dados Sócio-demográficos dos idosos	48
Quadro 2: Dados relativos a sexo, idade, motivo de internação e tempo de tratamento na UTI	53
Quadro 3: Distribuição das unidades de registro da Categoria Definição de qualidade de vida	59
Quadro 4: Distribuição das unidades de registro da Categoria Percepção Positiva de qualidade de vida	70
Quadro 5: Distribuição das unidades de registro da Categoria Percepção Negativa da qualidade de vida	79
Quadro 6: Distribuição das unidades de registro da Categoria Influência Positiva da UTI na qualidade de vida	85
Quadro 7: Distribuição das unidades de registro da Categoria Influência Negativa da UTI na qualidade de vida	92

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Índices de <i>Katz</i> e de <i>Lawton</i> alcançados pelos idosos que receberam tratamento na UTI	55
Diagrama 2: Definição de Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na UTI	58
Diagrama 3: Percepção Positiva de Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na UTI.....	69
Diagrama 4: Percepção Negativa de Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na UTI	78
Diagrama 5: Influência Positiva da UTI na Qualidade de Vida dos idosos que receberam tratamento na unidade	84
Diagrama 6: Influência Negativa da UTI na Qualidade de Vida dos idosos que receberam tratamento na unidade	91

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
RESUMEN	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE DIAGRAMAS	xi
1. INTRODUÇÃO	15
Contextualizando o objeto de estudo	17
Objetivos	22
Justificativa	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO	26
Processo de Envelhecimento	26
Qualidade de Vida	30
Teoria das Relações Interpessoais	36
3. METODOLOGIA	41
Tipo de estudo.....	41
Campo da pesquisa	41
Sujeitos da pesquisa	42
Coleta de dados	42
Análise dos dados	44
Aspectos éticos	46
4. RESULTADOS	48
Perfil Sócio-demográfico dos Idosos	48
Perfil Clínico dos Idosos	52
Pontuação nos Índices de <i>Katz</i> e de <i>Lawton</i>	55
Implicações da UTI na Qualidade de Vida do Idoso	57
Categoria 1: Definição de Qualidade de vida	58
Categoria 2: Percepção Positiva da Qualidade de Vida	69
Categoria 3: Percepção Negativa da Qualidade de Vida	78
Categoria 4: Influência Positiva da UTI na Qualidade de Vida	84
Categoria 5: Influência Negativa da UTI na Qualidade de Vida	91

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
B – Instrumento de Coleta de Dados	109
C – Roteiro de Entrevista	112
ANEXOS	
I – Índice de <i>Katz</i>	114
II – Índice de <i>Lawton</i>	115

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A idéia de desenvolver uma pesquisa que avaliasse a Qualidade de Vida (QV) em idosos surgiu de minha experiência profissional como Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Percebia que alguns idosos, após sua alta, apresentavam boas condições de saúde, porém, não referiam melhora significativa, apesar de suas condições clínicas provarem o contrário. Outros, porém, não obtinham melhora tão expressiva, no entanto diziam estar em plena condição física. A minha preocupação, voltada para o dia-a-dia destes idosos, submetidos a tantos procedimentos, por vezes de alta complexidade, levou-me a questionar se haveria mudanças em sua QV após alta do setor de Terapia Intensiva.

Neste contexto, estudos desenvolvidos por Boumendil, Maury, Reichard, *et al.* (2004); Vosylius, Sipylaite, Ivaskevicius (2005) apontam para duas vertentes: uma, positiva, e outra, negativa. A vertente positiva mostra que pacientes idosos se recuperam muito bem após os cuidados intensivos, desde que as decisões terapêuticas sejam baseadas na capacidade do paciente de se beneficiar do tratamento. A vertente negativa revela que o idoso apresenta altas taxas de reinternação e óbito, além de ser remota a possibilidade de recuperação da sua capacidade funcional anterior à internação hospitalar (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; NAGAPPAN; PARKIN, 2003). Entende-se que não é a idade em si que determina um pior prognóstico, mas, sim, fatores associados, por exemplo, à gravidade da disfunção aguda, às comorbidades e ao estado funcional antes da admissão na UTI.

Diante do envelhecimento, o corpo tem suas reservas funcionais reduzidas, com declínio em sua função cardiovascular, pulmonar e renal. Há, também, redução de massa, força muscular, além de perda da memória. Essas mudanças repercutem significativamente no ambiente de UTI, não somente pela idade, mas principalmente no manejo ventilatório e hemodinâmico desses pacientes. Entretanto, não é a idade, apenas, a única responsável pela menor sobrevivência dos pacientes idosos na UTI, mas, também, a capacidade funcional do indivíduo antes da admissão, a gravidade da doença e o motivo da internação (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Uma prática já introduzida desde 1981, com a publicação do *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), é a avaliação da gravidade e prognóstico de pacientes admitidos nesses setores. Desde então, estudos têm sido realizados com o

objetivo de obter a melhor correlação entre índice prognóstico e a verdadeira evolução clínica do paciente admitido na UTI. Entretanto, pouco se conhece acerca da real correlação desses dados em pacientes geriátricos (SZOSTAK, 2005).

Sabe-se que o paciente que recebe tratamento na UTI espera, acima de tudo, a cura da doença ou a resolução da complicação que motivou sua internação neste setor. Outros fatores apontados são: o alívio de uma situação aguda, o prolongamento da vida, com qualidade razoável, a profilaxia de complicações e apoio psicológico. O internamento retira-o de seu ambiente social e familiar, deixando-o isolado, em um ambiente desconhecido, mantendo contato apenas com uma equipe de profissionais que, na maioria das vezes, ele não conhece. Além disso, existe a possibilidade de alguma sequela decorrente do próprio estado clínico do paciente ou de alguma intervenção a que foi submetido no setor.

Nas últimas décadas, não só as alterações físicas ou psicológicas causadas nos indivíduos no decorrer da sua internação têm sido destacadas. Discute-se, também, qual a repercussão desta experiência na vida do indivíduo após a alta hospitalar. Conhecendo esta realidade, não basta agora saber quantos sobreviveram – apesar de continuar sendo um dado de extrema importância – é preciso conhecer como, depois da experiência da UTI, estes pacientes têm sobrevivido, ou seja, qual é a qualidade de vida dos sobreviventes. Questionários têm sido elaborados para avaliação da Qualidade de Vida desses pacientes, sendo observado que a QV é parâmetro que pode estar relacionado a aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos, e que a satisfação com a vida é uma percepção individual (ORLANDO; MIQUELIN, 2008).

Frente a essa realidade, tem havido um interesse crescente da avaliação sobre a qualidade e a satisfação de vida do paciente que tenha recebido alta da UTI. Essa avaliação poderá ser importante para futuras tomadas de decisão sobre internações nessas unidades e para análise de sua eficácia. Tem sido demonstrado que os pacientes com boa Qualidade de Vida pré-internação na UTI têm maior possibilidade de recuperação. Ao contrário, a falência de múltiplos órgãos e o êxito letal estão relacionados à baixa qualidade de vida pré-internação (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Contextualizando o Objeto de Estudo

A população mundial está envelhecendo. Estima-se, para 2050, que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a expectativa de vida da população mundial, hoje, é de 64 anos, porém passará a 73 anos em 2025 (PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

A Organização das Nações Unidas classifica como idosos, nos países desenvolvidos, aqueles com 65 anos de idade ou mais; para os países em desenvolvimento, esta faixa etária se “alarga” mais um pouco, abrangendo as pessoas a partir dos 60 anos de idade. Essa diferenciação deve-se ao fato de nos países desenvolvidos, as melhores condições de saneamento, nutrição, ambiente de trabalho, moradia e higiene pessoal, caracterizando nível elevado de vida, contribuírem para aumentar a longevidade de vida dessa população (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

No Brasil, estima-se que, atualmente, existam cerca de 17,6 milhões de idosos (idade maior ou igual a 60 anos). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. As expectativas para o ano de 2030, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – estão em torno de 30 milhões de idosos, fato este que colocará nosso país na 6ª posição entre os países com o maior número de idosos. Para 2050, estima-se que essa população chegue a 64 milhões de pessoas, o que corresponderia a 24,6% do total de habitantes (IBGE, Revisão 2004; COSTA, 1996).

Sabe-se, portanto, que não só a população brasileira está envelhecendo como também a proporção da população mais idosa – 80 anos ou mais – está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a própria faixa etária classificada como idosa também está envelhecendo. Dados do IBGE, divulgados em 2000, revelam que esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Verifica-se, também, que o envelhecimento é uma questão de gênero, haja vista que 55% da população idosa é formada por mulheres, e a proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento (NERI, 2007).

A explicação para esse contínuo crescimento da população idosa deu-se, no Brasil, a partir do início da década de 60, quando houve uma mudança no padrão reprodutivo da população, resultando em uma queda acentuada da taxa de natalidade, associada à diminuição da taxa de mortalidade e ao aumento da expectativa de vida proporcionado pelos progressos da medicina moderna e da tecnologia. Sendo assim, vê-se que em nenhum outro período da história do homem teve-se tanta chance de alcançar a terceira idade, quanto nos dias atuais.

Os fatores determinantes do envelhecimento são cada vez mais estudados, porém são as suas consequências no indivíduo e na sociedade que merecem ainda maior atenção daqueles que dedicam suas atividades profissionais em prol da promoção da saúde do idoso. Na realidade, essas mudanças ocorreram tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, porém, a grande diferença é que em países como o Brasil os fatos citados não estão associados à melhoria das condições de vida (SIMSON; NERI; CACHIONE, 2006).

Nesse contexto, vem aumentando a preocupação com esta parcela da população, pois os idosos apresentam condições específicas que os tornam mais vulneráveis a perdas tanto do ponto de vista funcional, como emocional, social e econômico, predispondo-os, principalmente, à presença de múltiplas doenças, baixa autoestima, depressão, incapacidade para realizações e pobreza, com grandes interferências na Qualidade de Vida.

Destaca-se que na população idosa há uma predominância de mulheres, e tentativas têm sido feitas para explicar essa diferença. Algumas hipóteses sugerem que os homens têm as mais altas taxas de mortalidade relacionadas à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas. Já as mulheres têm as mais altas taxas de morbidade em quase todas as doenças crônicas não-fatais. Além disso, elas são mais inclinadas a prestar mais atenção aos sinais e sintomas e a procurar assistência mais frequentemente que os homens (PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006; NERI, 2007).

Os idosos, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem uma parcela da população vulnerável ao estado de pobreza, passando a depender significativamente de outras fontes de renda, principalmente da aposentadoria. Também tendem a apresentar maior volatilidade na sua estrutura de gastos decorrentes, quase sempre, do inesperado surgimento de despesas, principalmente com a saúde (MORAES; BARROS, 2007).

Essa tendência mundial de longevidade da população vem alertando para a necessidade de estudos específicos com grupos etários de idade avançada por parte de profissionais da área de saúde. Com o expressivo aumento do número de idosos é lógico raciocinar que haverá um aumento pela demanda de cuidados à saúde, incluindo-se, neste contexto, o incremento do número de idosos na UTI que, segundo dados norte-americanos, já representam 70% do número de pacientes em terapia neste setor (ORLANDO, 2001).

Medidas concretas já foram tomadas pelo governo brasileiro, dentre elas, a regulamentação da Lei n.º. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso; a Lei n.º. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, além da Portaria n.º. 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Juntas, estas medidas pontuam ações que têm de ser desenvolvidas, relacionadas à saúde, alimentação, habitação e outras necessidades sociais do idoso (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1994; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas para os idosos e listando as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos. Com o Estatuto do Idoso, acrescentaram-se novos dispositivos à Política Nacional do Idoso, exigindo um redirecionamento de prioridades nas linhas de ação das políticas públicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1994; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, buscando, como referência, a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, ou seja, esta lei prioriza as estratégias de prevenção da saúde, não deixando de lado as ações em nível secundário e terciário. A independência e autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. Entende-se, portanto, que a capacidade funcional é o novo paradigma de saúde, proposto por esta Portaria (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Até então, considerado um país de jovens, passou-se a investigar melhor a situação da velhice no Brasil com a criação, em 1976, do Ministério da Previdência e Assistência Social, em que se começou a pensar uma política direcionada a esse grupo etário, principalmente o aposentado. Os primeiros sinais de organização social de grupos de representantes do segmento idoso foram identificados, culminando com os

primeiros movimentos sociais com o objetivo de trazer à tona a situação dos mais velhos (SIMSON; NERI; CACHIONE, 2006).

A primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas, é considerada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. Esta assembléia teve a representação de 124 países, incluindo o Brasil, e ocorreu em 1982, em Viena. Através dela foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, ficando a cargo de cada país desenvolver as ações ali propostas, que foram baseadas, inclusive, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (RODRIGUES; KUSUMOTA; MARQUES; FABRÍCIO *et al.*, 2007).

Mais de uma década após a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento é promulgada no Brasil a Lei n^o. 8842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso. Esta lei tem por finalidade garantir direitos sociais que assegurem a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo que ele exerça sua cidadania, como já citado anteriormente. Embora considerada como uma lei moderna e ágil, a Política Nacional do Idoso ainda precisa ser colocada em prática em sua totalidade para que, realmente, possa vir a melhorar a Qualidade de Vida do idoso (SIMSON; NERI; CACHIONE, 2006).

Um fenômeno a se destacar, ainda, é o crescimento da população mais idosa, considerada acima de 80 anos, que traz como consequência alterações na própria composição etária dentro do grupo de idosos. Este fato permite observar pessoas na faixa de 60 anos em pleno vigor físico e mental, bem como pessoas na faixa de 90 anos, que devem se encontrar em maior vulnerabilidade. Hoje, 11% da população idosa no mundo apresentam idade de 80 anos ou mais, sendo o segmento que mais cresce. Em 2050, 19% dos idosos terão 80 ou mais anos. O número de centenários é projetado para aumentar em 15 vezes, passando de 145 mil, em 1999, para 2,2 milhões de indivíduos em 2050, de acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 1999 *apud* PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

No Brasil, dados divulgados recentemente pelo IBGE – em 29 de novembro de 2010 – apontam que, pelo Censo de 2010, existem 23.760 brasileiros com mais de 100 anos de idade, sendo o estado da Bahia o que conta com mais idosos centenários – 3.525 – seguido pelo estado de São Paulo – 3.146 – e, em terceiro lugar, o estado de Minas Gerais – 2.527. Ressalta-se ainda que a população brasileira alcançou um número de 190.732.694 pessoas. Dados mais apurados acerca da população idosa e da população mais longeva ainda não foram divulgados até o momento.

Retornando a minha preocupação como enfermeira, acerca da Qualidade de Vida em idosos que receberam tratamento em uma UTI, ressalto que o conceito de Qualidade de Vida tem recebido atenção cada vez maior em várias áreas do conhecimento. Ele está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível sócio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, étnicos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive, daí afirmar-se que esse conceito não está associado apenas ao aspecto saúde, mas a uma série de fatores que, em conjunto, corroboram para uma melhor ou pior Qualidade de Vida no indivíduo, em especial o idoso (VECCHIA, 2005).

Qualidade de Vida é um conceito culturalmente construído em determinado tempo e lugar, influenciado por fatores socioculturais, biológicos e psicológicos. O indivíduo define a Qualidade de Vida a partir de suas percepções subjetivas, com relação a sua vida; dependendo desses fatores, tal conceito é diferente para cada um, tornando-se complexo defini-lo de modo generalizado. A preocupação com o conceito “Qualidade de Vida” refere-se a um movimento interno das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Na Organização Mundial da Saúde, uma equipe de trabalho estuda questões de Qualidade de Vida relacionada à saúde. O grupo conhecido como *WHOQOL Group* (*World Health Organization Quality of Life Group*), considera que a definição de Qualidade de Vida deve levar em conta a percepção do indivíduo e suas relações com o meio ambiente. Para o grupo, Qualidade de Vida é definida como uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (*THE WHOQOL GROUP*, 1994).

Diante do aumento na expectativa de vida e conseqüente incremento do número de idosos no Brasil e no mundo, das medidas governamentais tomadas no sentido de atender às necessidades dessa parte da população e diante dos estudos que vêm sendo desenvolvidos na área, questiona-se:

Qual é a concepção deste idoso que esteve em tratamento na UTI, acerca de sua qualidade de vida?

A Qualidade de Vida do idoso pode ser influenciada pelo fato de ter sido assistido em uma UTI?

Como a Enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida deste idoso?

Diante do exposto, definiu-se, como **OBJETO** desta pesquisa, a Qualidade de Vida do idoso que recebeu tratamento na UTI.

Para responder às questões norteadoras, foram traçados os seguintes **OBJETIVOS**:

- ✓ Conhecer o conceito de Qualidade de Vida construído pelos idosos que receberam tratamento na unidade de terapia intensiva.
- ✓ Relacionar as implicações que interferem na Qualidade de Vida do idoso, causadas pela internação na unidade de terapia intensiva.
- ✓ Sugerir medidas de apoio ao idoso que possam contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida, fundamentadas na Teoria de *Hildegard Peplau*.

Justificativa

Nos últimos anos, a expressão “Qualidade de Vida” tem-se tornado muito usual na área da saúde em geral, porém o seu valor não é o seu significado por si só. A Qualidade de Vida é valorizada porque se deseja conhecer o quanto os tratamentos implementados contribuem para a qualidade de vida dos pacientes. Ou seja, o objetivo do cuidado intensivo não é somente a saúde e o seu prolongamento, mas também a sua preservação com o máximo de qualidade de vida possível.

Os estudos sobre Qualidade de Vida têm sido valorizados também porque, além de uma demanda da sociedade por estas questões, os resultados podem influenciar no processo de tomada de decisão, tanto dos profissionais diretamente envolvidos como daqueles que definem políticas de saúde. Estes resultados podem, ainda, orientar a decisão da equipe de terapia intensiva, isso porque essas decisões devem ter como base dados objetivos e cientificamente comprovados. Outro aspecto enfatizado por pesquisadores diz respeito à escassez de recursos financeiros destinados à área de saúde de diversos países em desenvolvimento.

Conhecer a Qualidade de Vida dos pacientes sobreviventes, entendida como o resultado final de um tratamento altamente dispendioso, pode ajudar na distribuição mais racional dos recursos disponíveis, de maneira que os custos gerados pelo tratamento nas UTIs sejam razoáveis e proporcionais aos benefícios obtidos.

A Qualidade de Vida pode ser considerada como um dos indicadores de avaliação de resultados mais contundente e determinante para manutenção ou mudanças de tratamento, políticas de saúde e racionalização de custos. Pode ser, também, extremamente útil na definição de condutas relacionadas a tratamentos ou intervenções, tanto no nível individual e familiar como dos responsáveis diretos pela assistência à saúde. Sabendo-se qual a Qualidade de Vida esperada, a decisão do próprio paciente, da família e da equipe interdisciplinar intensiva envolvida pode ser facilitada (ORLANDO; MIQUELIN, 2008).

Interessa aqui conhecer as concepções acerca da Qualidade de Vida dos idosos que receberam tratamento na UTI, cientes de que o envelhecimento, enquanto processo de desenvolvimento, é complexo, heterogêneo e singular para cada sujeito que o vive. Nosso desafio, ao conhecer essas concepções, é analisar suas repercussões no dia-a-dia do idoso para a compreensão da maneira pela qual podem ser articuladas as limitações de cada um com seus recursos e potencialidades em prol da Qualidade de Vida. Para tanto, será aplicada a Teoria das Relações Interpessoais de *Hildegard Elizabeth Peplau*, como reflexão e sugestão das contribuições da Enfermagem dentro deste contexto.

Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) reforçam que a percepção da própria saúde é um excelente indicador do estado de saúde dos idosos, porque prediz de forma contundente a sobrevivência desta população, isto porque a percepção da saúde refere-se a um julgamento subjetivo, que não pode ser determinado por outra pessoa. Ou seja, a Qualidade de Vida da população idosa pode estar associada também à impressão subjetiva de seu estado de saúde, e a influência dessa opinião é maior do que a saúde constatada.

Acredita-se que a elaboração deste estudo possui relevância significativa, haja vista que o aumento significativo do número de idosos no Brasil aponta para a necessidade de estudos elaborados por profissionais da área de saúde no sentido de corroborar para a Qualidade de Vida dessa faixa etária. Dentro desse contexto, o conhecimento da Enfermagem acerca da concepção do idoso sobre sua qualidade de vida, além do levantamento das implicações que a UTI possa ter causado nesta

Qualidade de Vida, darão subsídios para o desenvolvimento de estratégias adequadas para o cuidado necessário a ser prestado a essa parcela da população brasileira.

Com esse propósito, será utilizada a Teoria das Relações Interpessoais, de *Hildegard Peplau*, pois ao se lançar mão de uma teoria de enfermagem para embasar nossa assistência ao idoso que recebeu tratamento na UTI, também se buscará promover a identidade da profissão, instrumentalizando os fundamentos do cuidado ao indivíduo e estabelecendo uma assistência sistematizada.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Processo de Envelhecimento

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial que adquire características próprias em nosso país, conforme a rapidez com que se vem instalando. Para o final do século XX, no mundo, eram estimados 590 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, sendo projetados para 2025, 1 bilhão e 200 milhões de idosos, chegando a 2 bilhões em 2050. No ano de 2006, pela primeira vez na história da humanidade, os idosos superaram em número as crianças com idade entre 0 e 14 anos, correspondendo a 22,1% e 19,6%, respectivamente.

Em alguns países desenvolvidos, este nível já foi atingido em 2000, como Alemanha, Japão e Espanha, conforme dados da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde. Pode-se afirmar que o Brasil, antes denominado um país de jovens, hoje já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde. Os principais determinantes do envelhecimento na população brasileira são a baixa taxa de fecundidade e na mortalidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infraestrutura básica e os avanços da medicina (SILVA; GONÇALVES, 2010).

O envelhecimento populacional iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, espalhou-se pelo resto do Primeiro Mundo, no século passado, e se estendeu, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil. Pode-se afirmar que até os anos 60, a partir, pelo menos, de 1940 (o censo anterior ao de 1940 foi o de 1920, que apresentou sérios problemas quanto à qualidade dos dados), a população brasileira apresentou-se como quase estável, com distribuição etária praticamente constante. Era uma população extremamente jovem, com cerca de 52% das pessoas abaixo dos 20 anos e menos de 3% acima dos 65 anos.

Nesse período houve significativo declínio da mortalidade (expectativa de vida no início do século XX era de 33 anos e 7 meses, atingindo 55,7 anos na década de 60, e a partir de então, vem aumentando progressivamente), além de ter havido leve queda da fecundidade (6,1 filhos por mulher, na década de 30, para 5,8 em 1970; em 2000, cada mulher passa a conceber em torno de 2,3 filhos). Constata-se, portanto, que, no período em questão, houve uma significativa aceleração no ritmo de crescimento da população,

que de uma taxa anual de 2,4%, na década de 40, passou para 2,9 %, nos anos 60 (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Em 1991, o Brasil possuía mais de 10 milhões de idosos; destes, 54% eram mulheres, significando que, para cada 100 mulheres idosas, havia 85,2 homens idosos. De acordo com dados do último Censo Demográfico Brasileiro, em 2000, o Brasil possuía uma população de 169.799.170 pessoas, sendo 8,6% de idosos, ou seja, a população de 60 anos ou mais correspondia a mais de 14 milhões, e destes, 55,1% eram mulheres, isto é, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. Em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens. Verifica-se, portanto, que o fenômeno mundial da sobremortalidade masculina também acontece no Brasil. Em 2003, a esperança de vida ao nascer era de 74,4 anos para as mulheres e 67, 6 anos para os homens. Aos 60 anos, os diferenciais por sexo já não são tão elevados comparativamente ao momento do nascimento. Em 2003, um homem de 60 anos viveria 19,1 anos de vida e uma mulher teria pela frente mais 22,1 anos de vida (IBGE, revisão, 2004; PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

Os fatores que justificam esse aumento da população idosa, como já dito anteriormente, não só no Brasil, mas no mundo, são a redução da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade assim como a introdução de novas tecnologias na área da saúde. Porém, há uma diferença significativa entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. É que nestes últimos, tais avanços não foram acompanhados pela melhoria das condições de vida; neles, e aqui se inclui o Brasil, quem consegue ultrapassar a faixa dos 60 anos de idade, vive em condições de saúde bastante precárias e em situação de pobreza.

O que deveria ser motivo de comemoração – o aumento, em cinco décadas, da expectativa de vida de 43 para 70 anos – tornou-se objeto de grande preocupação. O que antes era visto como conquista passa a ser encarado como risco e como problema social, haja vista que o envelhecimento populacional gera grandes encargos, onerando os cofres públicos, tornando-se imperativa a concretização da tão comentada reforma previdenciária. E os rumores em torno da questão de o idoso manter-se produtivo por mais tempo, desonerando os mais jovens, já é crescente em algumas esferas da sociedade, já que a população idosa está alcançando melhor saúde e maior longevidade (SIMSON; NERI; CACHIONE, 2006).

Na realidade, existe um grande perigo na divulgação de todos estes dados estatísticos, pois dificuldades adicionais são lançadas sobre os idosos, além do que os

anos vividos já lhes trouxeram: esse contingente adicional de idosos de hoje pode vir a ser responsabilizado pelo desemprego, pelos baixos salários, pela precariedade no atendimento no SUS (Sistema Único de Saúde) e no INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) e por aumentos nos impostos e taxas, dando a falsa impressão de que a velhice e os idosos acarretam um ônus social difícil de ser suportado pelo Estado (SIMSON; NERI; CACHIONE, 2006).

Assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, é um dos objetivos da Política Nacional do Idoso, política que ainda não se firmou no âmbito dos direitos sociais, por ainda não receber recursos suficientes para sua total concretização. É preciso que medidas sejam efetivamente tomadas na área da saúde, promoção e assistência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer, tendo o idoso e suas necessidades como o foco central. Na atualidade, destacam-se algumas iniciativas neste sentido, como gratuidade nos transportes, atendimento preferencial em filas, a promulgação do Estatuto do Idoso, melhorias na saúde (mais e novos remédios, novas especialidades médicas, novas tecnologias).

Na realidade, os idosos enfrentam dificuldades para inserção no mercado de trabalho, mais gastos com a saúde e queda na renda familiar. Sabendo-se que a aposentadoria não corresponde ao ganho real de quando estavam ativos na sociedade, tais situações acabam por reafirmar sua condição de dependentes. Entretanto, diante do patamar de miséria e instabilidade das famílias brasileiras, muitas vezes é a regularidade da aposentadoria de um ou dois idosos que sustenta três gerações em uma mesma família.

Simson, Neri e Cachione (2006) referem que o idoso da atualidade, principalmente entre a população de baixa renda, contribui com até 50% para manutenção da família, mesmo aqueles com 80 anos ou mais. Em relação à sua condição de dependentes, esta imagem estereotipada de dependência econômica e improdutividade não condiz com a realidade dos idosos dos dias atuais, haja vista que a poupança e o patrimônio acumulado nos anos produtivos compensam estarem agora num período de menor ganho (NERI, 2007).

Outro ponto de destaque citado por Neri (2007) e por Moraes e Barros (2007) é a feminização da velhice, fato mundial, que está associado à maior longevidade das mulheres em relação aos homens; maior presença de mulheres nos estratos mais velhos da população idosa e ao crescimento do número dessas mulheres na população

economicamente ativa. As mulheres idosas alcançaram este feito à custa dos progressos sociais que permitiram a diminuição das taxas de mortalidade infantil e materno-infantil, a urbanização, o declínio nas taxas de fertilidade e natalidade e mudanças na estrutura das famílias e o crescente acesso das mulheres ao mercado de trabalho. Por conta dos riscos biológicos associados ao sexo, mas também em função de variáveis sociológicas, constata-se que as mulheres são mais longevas, porém com pior Qualidade de Vida do que os homens. Alguns autores destacam que, na realidade, a velhice que as mulheres temem é a velhice da perda da consciência em si mesma, como ser pensante e independente.

O marco do início da velhice, para muitos, é a aposentadoria - ela se caracteriza como a saída do mundo do trabalho para a entrada no mundo doméstico e como passagem de um mundo de poder para outro em que o poder está nas mãos dos outros. A aposentadoria traduz-se pela perda de rendimentos de um patamar de salário já baixo e impõe a necessidade de redefinição do padrão de vida e/ou a busca de nova ocupação como meio de renda suplementar.

Na verdade, o que simboliza a entrada na velhice são situações singulares, como não poder cuidar da própria produção, não poder trabalhar, por estar doente ou perder a capacidade mental, e não propriamente pelo fato de ter mais anos de vida. Portanto, ter idade não é necessariamente ser velho, até porque o envelhecimento não é um processo homogêneo, mesmo em cada indivíduo; há sempre partes, órgãos ou funções do corpo que se mantêm muito mais jovens, conservados, sadios, do que outros. No dia-a-dia, o que acontece é que a velhice vem como um choque, pois chega primeiro pelos olhos dos outros, porque é difícil reconhecer-se como velho, principalmente como velha (MORAES; BARROS, 2007; NERI, 2007).

Portanto, o envelhecimento levanta grandes questionamentos, dúvidas e discussões que interessam a todos os seres humanos, pois todos estamos envelhecendo. As questões que envolvem demografia e epidemiologia, transformações sociais e dimensões sociopolíticas, feminização da velhice, espiritualidade, o lugar do idoso no contexto familiar, trabalho e aposentadoria, funções cognitivas e envelhecimento e, até mesmo, cuidados no fim da vida devem ser amplamente discutidas e medidas concretas precisam ser tomadas a fim de garantir mais vida aos anos que estão sendo agregados a esta parcela significativa da população.

Qualidade de Vida

O conceito Qualidade de Vida tem-se tornado um tema de destaque na sociedade contemporânea, merecendo atenção cada vez maior em vários campos científicos, como na sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades, além dos meios de comunicação, campanhas publicitárias e, até mesmo, em discursos políticos. Além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo, culturalmente construído em determinado tempo e lugar, influenciado por fatores socioculturais, biológicos e psicológicos. O indivíduo define Qualidade de Vida a partir de percepções subjetivas com relação a sua vida. Dependendo desses fatores, tal conceito é diferente para cada um, tornando-se complexo defini-lo de modo generalizante.

Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) referem que o conceito de Qualidade de Vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível sócio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade. Já outros autores destacam, ainda, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive, como fatores adicionais fundamentais que contribuem para a Qualidade de Vida (VELARD; ÁVILA, 2002; BOWLING; GABRIEL; DAKES et al., 2003; ISANG; LIAMPUTTONG; PIERSON, 2004;). Porém, um conceito universal amplamente aceito ainda não está definido. Esta dificuldade é multifatorial e está relacionada a um amplo contexto sociocultural e é permeada por respostas individuais.

Orlando e Miquelin (2008) referem que o conceito Qualidade de Vida está submetido a múltiplos pontos de vista e tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, também, de indivíduo para indivíduo. Além disso, tem variado para um mesmo indivíduo ao longo do tempo. O que para uma pessoa, hoje, é uma boa qualidade de vida, pode não ter sido há algum tempo; poderá não ser amanhã ou daqui a algum tempo. Talvez possa variar mesmo com seu estado de espírito ou humor. Portanto, esta variedade de conceitos, colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

A busca pelo significado da expressão “Qualidade de Vida” parece ser tão antiga quanto a civilização. Está presente na antiga filosofia chinesa relacionada à sua arte, literatura, filosofia e medicina tradicional, bem como nas forças positivas e negativas representadas pelos conceitos de Yin e Yang, pois, de acordo com essa cultura, a qualidade de vida pode ser alcançada quando Yin e Yang encontram-se equilibrados. (ZHAN, 1992).

A cultura ocidental, desde a Antiguidade, mesmo antes da Era Cristã, também conceitua o que seja vida com qualidade através de diferentes referenciais filosóficos: tanto Aristóteles quanto Sócrates já compreendiam a Qualidade de Vida como resultado de percepções individuais, podendo variar com a experiência da pessoa em um dado momento. Aristóteles, em seu escrito *Nicomachean Ethics*, afirmava que pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar como sendo felicidade e que o mesmo homem lhe dá atribuições diferentes, de acordo com a situação que vivencia. Sócrates disse que temia coisas piores além da morte, porque não era a vida que contava e sim, a qualidade de vida, quando encarou a pena de morte na corte ateniense (COHEN, 1982).

Em 1920, o termo Qualidade de Vida foi mencionado, pela primeira vez, por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar material, relacionando a Qualidade de Vida ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas, e avaliou seu impacto na vida das pessoas e finanças nacionais (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Como se observa, a expressão “Qualidade de Vida” foi introduzida na sociedade contemporânea com uma conotação político-social, tendo suas origens nas ciências humanas e sociais, ligadas à busca de indicadores objetivos capazes de apreender o bem-estar social.

Vale destacar que a expressão “Qualidade de Vida” desenvolveu-se, após a Segunda Guerra Mundial, inicialmente na área econômica, associada ao desenvolvimento econômico e tecnológico dos países e sua repercussão nas condições de vida das populações. O conceito começou a ser gerado pela aquisição desmedida de bens materiais pelas pessoas no período pós-guerra. Com o passar do tempo, o crescimento econômico, industrial e tecnológico ampliou esse conceito, integrando as áreas da saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, segurança, diminuição da morbimortalidade infantil.

Na atualidade, a expressão “Qualidade de Vida” vem sendo equiparada a uma grande variedade de termos, tais como: “padrão de vida”, “satisfação com a vida”, “sentido na vida”, “boa vida”, “bem-estar”, “felicidade”, “estado funcional”,

“ajustamento social”, “saúde”, “trabalho”, “lazer”, “autoestima”, “valores de vida”. Diferentes autores utilizam tais sinônimos, provocando uma grande indefinição e, por conseguinte, falta de clareza. Campbell, em meados de 1970, tentou mostrar as dificuldades que envolviam a conceituação do termo Qualidade de Vida, definindo-o como algo que muita gente verbaliza, mas não sabe ao certo o que é (ORLANDO, 2001; SEID; ZANNON, 2004).

Apesar da diversidade existente em relação aos aspectos conceituais, a maioria dos estudiosos destaca indicadores objetivos e subjetivos de Qualidade de Vida. Os indicadores objetivos dizem respeito aos aspectos globais da vida, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade e avaliam itens como renda, emprego/desemprego, consumo alimentar, moradia com disponibilidade de água encanada e sistema de esgoto, disponibilidade de energia elétrica, transporte, qualidade do ar, entre outros. Quanto aos indicadores subjetivos, estes respondem como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais, reconhecidos como base social de Qualidade de Vida (ORLANDO, 2001).

O interesse crescente dos profissionais da área de saúde pelo termo Qualidade de Vida se deu a partir do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que deixa de considerar saúde simplesmente como ausência de doença ou enfermidade, incluindo o bem-estar físico, mental e social. Esta nova visão possibilitou considerar as experiências pessoais, crenças, expectativas e percepções dos indivíduos. A Organização Mundial de Saúde, reconhecendo a dificuldade de se alcançar um consenso sobre Qualidade de Vida, reuniu um grupo de especialistas de várias partes do mundo que definiram Qualidade de Vida como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura de sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*THE WHOQOL GROUP*, 1995, p.1404).

Além de definir o que seria Qualidade de Vida, o grupo *WHOQOL* elaborou um instrumento que avalia Qualidade de Vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional e transcultural, incluindo, nas amostras estudadas, pessoas saudáveis da população, não se restringindo a pessoas portadoras de agravos específicos. O *WHOQOL group* elaborou alguns instrumentos dentro desta perspectiva: *WHOQOL-100*, *WHOQOL-bref*, *WHOQOL-old*. Considera o conceito de Qualidade de Vida subjetivo, multidimensional, incluindo facetas da vida positivas, como mobilidade,

desempenho de papel, contentamento, e facetas negativas, como fadiga, dor, dependência de medicação e sentimentos negativos. A versão em português destes instrumentos foi traduzida e validada por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (*THE WHOQOL GROUP*, 1995).

Outros instrumentos podem ser mencionados, como o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 itens*), que avalia a Qualidade de Vida relacionada à saúde. É composto de questões gerais que incluem o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral - adaptado para o português (CICONELLI, 1999).

Ressalta-se, ainda, a Escala de Qualidade de Vida de *Flanagan*, desenvolvida na metade da década de 70, por um psicólogo americano, *John Flanagan*, que abrange cinco dimensões: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; recreação. Em 1989, *Flanagan* concedeu permissão à enfermeira *Carol S. Burkhardt* para adaptar sua escala para pacientes crônicos. Ela acrescentou ao instrumento original o item *independência* (HASHIMOTO; GUEDES; PEREIRA, 1996).

É importante destacar que, no âmbito específico da enfermagem, as enfermeiras americanas *Ferrans* e *Powers* criaram um instrumento para medir o índice de Qualidade de Vida tanto de pessoas sadias como daquelas que apresentam algum tipo de problema de saúde, o qual tem sido utilizado em estudos sobre Qualidade de Vida, voltados para a área de saúde (o Índice de Qualidade de Vida – IQV). No Brasil, este instrumento foi traduzido e validado por Kimura (1999).

Outra expressão que também é utilizada nos estudos de Qualidade de Vida é qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS (*Health-related Quality of life – HRQOL*). Ela foi inicialmente mensurada para avaliar a dimensão e o impacto das doenças crônicas, visto que, não sendo possível curá-las, era preciso considerar o ponto de vista do paciente sobre sua própria saúde. Qualidade de Vida relacionada à Saúde é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado das intervenções (ORLANDO; MIQUELIN, 2008).

Especificamente para os idosos, foram desenvolvidas ainda escalas de avaliação da capacidade funcional, que contribuem também para a avaliação da qualidade de suas

vidas. Destacam-se, entre elas, o Índice de *Katz* (Atividades Básicas da Vida Diária – AVD) e a Escala de *Lawton* (Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD), ambas utilizadas nesta pesquisa (Anexos I e II). Conhecer a capacidade funcional em idosos, assim, se torna importante para o entendimento de como as pessoas estão vivendo os anos adicionais de vida ganhos com o aumento da longevidade.

Antes caracterizada como as dificuldades para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade devido a uma deficiência, a incapacidade funcional foi ganhando nova definição, quando, em 2001, a Organização Mundial de Saúde recolocava a questão não mais como a consequência de um processo mórbido, mas, sim, como um componente do estado de saúde, e, neste caso, como um conceito particularmente útil para avaliar o estado de saúde do idoso, pois muitos têm várias doenças que variam em severidade e causam diferentes impactos na vida cotidiana (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – BR, 2008).

O Índice de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária, de *Sidney Katz*, foi a primeira escala desenvolvida para avaliar as Atividades de Vida Diária, e até os dias de hoje é a mais usada e a mais citada, pois avalia atividades que estão relacionadas à capacidade de autocuidado, pontuando questões específicas (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas). Na realidade, esta escala avalia a independência funcional das pessoas idosas em relação às Atividades de Vida Diária, mensurando sua capacidade de desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente. O Índice de Atividades de Vida Diária (*Katz*) varia de A a G, classificando as ações de independente para todas as atividades (Índice A) à dependente para todas as atividades (Índice G).

A Escala de *Lawton* avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária, ou seja, ações consideradas mais complexas, relacionadas à capacidade de um indivíduo levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças. Para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos, ou seja, quanto mais próximo desta pontuação, mais independente o idoso é na comunidade; quanto mais afastado, provavelmente de mais auxílio ele necessitará para desempenhar suas atividades na comunidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O desenvolvimento do conceito de Qualidade de Vida poderá resultar em mudanças importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, conduzindo modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos sócio-econômicos, psicológicos e culturais, a novos paradigmas no processo saúde-doença.

A Qualidade de Vida na terceira idade, na concepção de Heinomen; Aro; Aalto; Utela (2004), tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade, pois com o aumento geral da sobrevida da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, Qualidade de Vida e satisfação pessoal.

Ferrans e Power (1992); Paschoal (1996) citam que a satisfação de vida, de forma indireta, refletiria a Qualidade de Vida e seria também uma dimensão chave nas avaliações de estado de saúde na velhice. Porém, o julgamento da satisfação é um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio; depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual. O bem-estar subjetivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação a aspectos como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo considerada por alguns autores uma avaliação subjetiva da Qualidade de Vida (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI 2004).

Teoria das Relações Interpessoais

São as teorias e os pressupostos exclusivos usados por uma disciplina que a distinguem das outras, além dos valores básicos compartilhados por seus integrantes, que definem sua natureza, seu resultado e sua finalidade prática. Japiassú e Marcondes (2006, p. 266) definem teoria como:

Modelo explicativo de um fenômeno ou conjunto de fenômenos que pretende estabelecer a verdade sobre esses fenômenos, determinar sua natureza. Conjunto de hipóteses sistematicamente organizadas que pretende, através de sua verificação, confirmação ou correção, explicar uma realidade determinada.

A teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem e proporciona um meio sistemático de coletar dados para explicar e prever a prática. As teorias estabelecem os limites da prática profissional, dessa forma distinguindo a enfermagem de outras profissões. McEwen e Wills (2009, p. 50) declaram que “o uso de uma teoria de enfermagem leva a um cuidado coordenado e menos fragmentado”.

Com exceção do trabalho de *Florence Nightingale* em 1850, as teorias de enfermagem tiveram seu início com a publicação do livro de *Hildegard Peplau* em 1952; isto porque, até a década de 1950, a enfermagem era principalmente derivada das teorias sociais, biológicas e médicas. *Peplau* descreveu o processo interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, iniciando uma revolução na enfermagem. A partir dela, inúmeros teóricos surgiram com a tentativa de oferecer uma estrutura conceitual independente para o ensino e a prática de enfermagem e o desenvolvimento da teoria.

Hildegard Elizabeth Peplau nasceu em 1909, na Pensilvânia, e morreu em 1999 aos 89 anos, na Califórnia. Passou grande parte de sua vida dedicando-se a trabalhos na área da Enfermagem Psiquiátrica, quando então, em 1952, publicou sua obra intitulada: “*Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*”, resultado de seu doutorado em Enfermagem Psiquiátrica na Universidade de Columbia. Sua teoria foi embasada em conhecimentos das ciências do comportamento, sendo construída pela vertente das teorias voltadas para interação e nominada como Teoria das Relações Interpessoais de Enfermagem (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

De acordo com Almeida, Lopes e Damasceno (2005), foi em 1948 que *Peplau* concluiu sua obra, porém ela só foi publicada quatro anos mais tarde, pois, naquela

época, seria muito revolucionário que uma enfermeira publicasse um livro. Chegou a ser considerada como a “enfermeira do século”, haja vista que sua vida e seu trabalho foram os mais relevantes para mudanças na prática de Enfermagem após Florence Nightingale. Ainda foi destacada, também, como “a mãe da enfermagem psiquiátrica”, por sua brilhante atuação como enfermeira psiquiátrica. Portanto, a partir do trabalho de *Hildegard Peplau*, o processo interpessoal passou a fazer parte, de forma mais contundente, das ações de ensino e práticas de enfermagem.

Para *Peplau*, as ações de enfermagem podem ser entendidas como um processo interpessoal, pelo fato de envolver a interação entre duas ou mais pessoas com uma meta comum. Neste processo interpessoal, cada pessoa contribui com suas diferentes formas de enxergar o mundo; cada um aprende de acordo com seus costumes e crenças e reage de forma diferente um do outro. São essas diferentes formas de percepção e de subjetividades que fazem parte do relacionamento interpessoal (GEORGE, 1993).

Peplau divide o trabalho da Enfermagem em quatro fases: de orientação, de identificação, de exploração e de solução.

Fase de Orientação

O paciente apresenta uma necessidade e busca auxílio profissional. Juntos, enfermeira e paciente, ao analisarem a questão problema, reconhecem, esclarecem e definem o problema realmente existente e também, em conjunto, planejam o tipo de serviços necessários.

Como se está tratando de um relacionamento interpessoal, que, neste caso, envolve família, paciente e enfermeiro, não se deve esquecer que:

a cultura, a religião, a raça, o *back-ground* educacional, as expectativas anteriores, as idéias pré-concebidas e as expectativas, tanto do paciente quanto do profissional de enfermagem exercem um papel nas reações deste ao paciente [e vice-versa] (GEORGE, 1993, p. 52).

Ressalte-se também que, no início desta fase, paciente e profissional se vêm como dois estranhos, ao passo que em seu final, encontram-se mais à vontade um com o outro e lutando para identificar o problema.

Fase de Identificação

É aquela fase em que o paciente se identifica com o enfermeiro, assumindo uma das seguintes posturas em relação a este profissional: age de forma interdependente com ele; é autônomo ou independente dele; ou, ainda, é passivo e dependente deste profissional.

Durante toda esta fase, as perspectivas e expectativas de ambos, enfermeiro e paciente, devem ser totalmente esclarecidas. Dessa forma, tanto o profissional e principalmente o paciente passam a lidar melhor com seu problema, diminuindo suas ansiedades e sensações de impotência e desesperança.

Fase de Exploração

Nesta fase, o paciente usufrui de todo o aparato que está a seu dispor para a resolução de seu problema, haja vista que foi devidamente acolhido e orientado pelo profissional de enfermagem. A pessoa começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor de cuidados.

Por isso, pode-se evidenciar, nesta fase, reações do tipo: mais exigências por parte dos pacientes, ou um interesse nas questões relacionadas ao autocuidado, ou, ainda, oscilações entre dependência e independência do profissional de enfermagem. Neste momento, cabe ao profissional “(...) oferecer uma atmosfera sem ameaças [...] esclarecer, escutar, aceitar e interpretar” (GEORGE, 1993, p. 54).

Fase de Solução

Esta é a quarta e última fase da Teoria das Relações Interpessoais de *Peplau*. Nela, as necessidades terapêuticas do paciente foram solucionadas e a relação com o profissional de enfermagem é finalizada.

À medida que o processo evolui em direção à fase de solução, *Peplau* ressalta que o enfermeiro pode assumir alguns papéis fundamentais (GEORGE, 1993; MACÊDO; SILVA; ARAÚJO; GALVÃO, 2006):

- a) papel de estranho ou de conselheiro: quando enfermeiro e paciente são desconhecidos. Neste momento o enfermeiro deve aceitar o paciente como ele é sem preconceitos ou juízos de valor, auxiliando-o no reconhecimento, enfrentamento, aceitação e solução de problemas que interfiram em sua capacidade de viver bem;

- b) papel de provedor de recursos: enfermeiro proporciona respostas específicas às perguntas do paciente, fornecendo informações que ajudam na resolução de seus problemas;
- c) papel de professor: enfermeiro compartilha saberes a partir dos conhecimentos do paciente, avançando e desenvolvendo suas orientações à medida que surge interesse por parte do paciente;
- d) papel de líder: através de um processo democrático, enfermeiro e paciente participam do processo de interação, sendo que a liderança deste processo está sempre a cargo do enfermeiro, que inicia, mantém e finaliza todo este processo interpessoal;
- e) papel de substituto: no processo de relacionamento interpessoal o enfermeiro define as áreas de dependência, independência e interdependência entre ele e o paciente, cabendo-lhe a primazia do papel em assumir o lugar do outro;
- f) papel de assessor ou especialista técnico: enfermeiro auxilia o paciente a tomar consciência de sua condição de saúde, auxiliando-o ou providenciando os cuidados clínicos necessários para tal. Portanto, o enfermeiro deve possuir habilidades clínicas e técnicas para desempenhar este papel.

É importante destacar, ainda, que estas fases da Teoria das Relações Interpessoais de Enfermagem e os papéis que o enfermeiro pode vir a assumir durante o processo de interação com o paciente não são estanques; fases e papéis se superpõem e se inter-relacionam, à medida que o processo evolui em direção da solução.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo tem uma abordagem predominantemente qualitativa, apoiado na Teoria das Relações Interpessoais de *Peplau*. Minayo (2008, p. 57) refere que o método qualitativo é o “estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” e que o foco da pesquisa qualitativa está na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas.

Na concepção de Triviños (2008), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, descreve com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, tem no significado sua preocupação essencial e, ainda, que seus pesquisadores preocupam-se com o processo, e não simplesmente com os resultados, e tendem a analisar seus dados indutivamente.

Campo da Pesquisa

O campo selecionado para realização desta pesquisa foi a UTI de adultos de um hospital universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. Considerado o maior e mais moderno hospital à época de sua inauguração (1929), somente em 1968 passou a ser denominado Hospital Universitário, necessitando de uma grande reforma para se adaptar às novas finalidades de Hospital de Ensino (BORGES, 2008).

Dados estatísticos do censo do Ministério da Saúde apontam que o Brasil dispõe de 451.000 leitos de internação, sendo que, apenas 11.890 são leitos de UTI, um valor equivalente a 2,69% do total. De acordo com a AMIB, este percentual está bem abaixo das necessidades da população, já que, para atendê-la, seriam necessários, pelo menos, 5% deste total (entre 5 a 10%) (ORLANDO; MIQUELIN, 2008).

A Unidade de Terapia Intensiva em estudo recebe pacientes que necessitam de cuidados intensivos, procedentes de várias clínicas do Hospital, envolvendo as especialidades clínicas e cirúrgicas, mas em situação específica de agravo agudo de

saúde e sem condições de receberem tratamento nas unidades de internação. A reestruturação da UTI com equipamentos em qualidade e suficiência, além de profissionais qualificados, é uma condição básica para a manutenção do funcionamento do próprio Hospital e para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população, devendo-se ressaltar ainda a importância no ensino e treinamento de profissionais da área de saúde, acadêmicos de medicina, enfermagem, nutrição, biomedicina e serviço social. A unidade conta também com estagiários de outras instituições públicas e privadas de diferentes áreas de estudo, como Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia.

Sujeitos da Pesquisa

Para este estudo, a população selecionada foi composta da clientela idosa, com idade maior ou igual a 70 anos, que estiveram em tratamento na UTI, durante os meses de janeiro de 2009 a maio de 2010, independentemente do tempo de internação, constituindo um grupo de 44 idosos. Deste grupo, 13 evoluíram a óbito pós-alta da UTI: 10 nas Enfermarias, antes mesmo de receberem alta hospitalar; 01 em sua residência; 01 em outro nosocômio; 01 não informado.

Dos 31 idosos vivos, pelos motivos de endereço ou número de telefone incorretos no prontuário (10), prontuários incompletos (04), idosos demenciados (02), ou por não quererem participar da pesquisa (02), só restaram, como sujeitos da pesquisa, apenas, 13 idosos.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2010, o que fez com que idosos fossem entrevistados com mais de um ano após alta da UTI e outros, com apenas 01 mês de alta da UTI.

Foram adotadas duas técnicas com a finalidade de se atingir os objetivos propostos: entrevista semi-estruturada e questionário. Num primeiro momento foi usado um questionário que abordava as condições clínica, social e econômica dos idosos, além de dois testes de avaliação funcional, os quais foram embasados no Índice de *Katz*, que avalia as Atividades Básicas da Vida Diária – AVD, e a Escala de *Lawton*, que avalia as

Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD, a fim de descrever quem era esse idoso que esteve em tratamento na UTI e de complementar a técnica de investigação que seria, depois, utilizada: a entrevista. Estes questionários foram respondidos pelo próprio idoso (Apêndice B, Anexos I e II).

As avaliações funcionais dão ênfase não só às Atividades de Vida Diária, porém a mais referida e utilizada é o Índice de *Katz*, uma escala planejada para medir a atividade da pessoa para desempenhar suas rotinas cotidianas de forma independente – relativas às ações de autocuidado. Atividades Instrumentais da Vida Diária foi outro instrumento, posteriormente proposto por *Lawton*. Estas são consideradas atividades mais complexas, cuja independência e desempenho estão diretamente relacionados com a capacidade de vida comunitária independente. A capacidade em realizá-las, torna as pessoas idosas mais autoconfiantes para a vida em comunidade. A restrição para executar Atividades da Vida Diária – além da presença de incapacidades e de internação recente – está relacionada à maior probabilidade de internação e à maior proximidade da morte (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; PY; PACHECO; SÁ e GOLDMAN, 2006).

Num segundo momento, foram entrevistados os idosos, partícipes deste estudo, utilizando, como técnica de coleta de informações, a entrevista semi-estruturada, tendo, como instrumento auxiliar, o gravador, após autorização dos entrevistados. Este tipo de entrevista “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias” (TRIVINÕS, 2008, p.146). A entrevista semi-estruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator, favorecendo não somente a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto de sua situação específica como de situações de dimensões maiores.

A escolha destas duas técnicas para coleta de dados justifica-se pelo fato de que o questionário ajuda a caracterizar um grupo de acordo com seus traços gerais (atividades ocupacionais, nível de escolaridade, estado civil,...), complementando a pesquisa com dados que seriam relevantes no momento da análise das entrevistas. Com a entrevista consegue-se captar uma fala relativamente espontânea em que o entrevistado orchestra as respostas mais ou menos à sua vontade. É uma “encenação livre daquilo que esta pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa” (BARDIN, 2009, p. 89).

Na entrevista gravada em áudio, foram usadas as seguintes perguntas:

- Para o sr(a), o que é qualidade de vida?
- O(a) Sr(a) se considera uma pessoa que tem qualidade de vida? Por quê?
- De que forma a UTI influenciou em sua qualidade de vida?

Para contato com os idosos longevos, recorreu-se ao livro de admissão e alta da UTI, e aos prontuários destes clientes. Pelo número de telefone era feito contato com o idoso e sua família e agendado um encontro em sua residência ou no próprio hospital (caso o idoso tivesse alguma consulta de retorno).

Análise dos dados

Os dados foram examinados pela Análise de Conteúdo, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [deduções lógicas] destas mensagens (BARDIN, 2009).

Esta técnica consiste no tratamento das informações contidas na mensagem dos sujeitos investigados, buscando, nela, outras realidades. Seu objeto é a fala, isto é, o aspecto individual e atual – em ato – da linguagem tomando em consideração as significações – o conteúdo – dessas falas, buscando as realidades do entrevistado através de suas mensagens. Na realidade, a Análise de Conteúdo deseja compreender o que está implícito no discurso do sujeito, buscando a sua codificação em unidades de compreensão.

Para a organização da análise dos dados produzidos, foram seguidos quatro passos:

1) Pré-Análise: as idéias iniciais foram organizadas pela escolha dos documentos a serem submetidos à análise; realizou-se a leitura exaustiva do conteúdo do discurso dos sujeitos para extração de tudo o que interessava para esta pesquisa; determinaram-se as palavras-chave ou frases, através do recorte dos depoimentos, a fim de orientar a análise do conteúdo.

2) Exploração do Material ou Codificação dos Dados: Foram transcritas todas as entrevistas gravadas em áudio. As falas destes sujeitos foram exploradas sistematicamente e agrupadas em unidades de registro, permitindo, dessa forma, uma

descrição exata das características pertinentes ao conteúdo. Logo após, construíram-se as categorias temáticas, através do processo de categorização, que Bardin define como “uma operação de classificação dos elementos de um conjunto segundo gênero – analogia – a reunião de um grupo de elementos – unidades de registro – sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres destes elementos” (BARDIN, 2004, p.117).

A construção das categorias deu-se de forma empírica, porém embasadas em critérios definidos por Bardin, isto é, um conjunto de boas categorias com as seguintes qualidades:

- exclusividade: cada elemento não deve constar em duas categorias diferentes;
- homogeneidade: um único princípio de classificação deve governar a classificação das categorias, ou seja, num mesmo conjunto categorial só pode funcionar uma dimensão de análise;
- pertinência: os elementos captados no conteúdo dos depoimentos devem estar condizentes com os objetivos da pesquisa;
- objetividade e fidelidade: as diferentes partes dos conteúdos dos depoimentos dos sujeitos entrevistados devem ser codificadas da mesma forma, através da definição clara dos propósitos da pesquisa;
- produtividade: as categorias estabelecidas devem fornecer a possibilidade de inferências e hipóteses novas acerca do assunto nela explicitado.

A seguir, procedeu-se à classificação e agregação dos dados colhidos, sendo definidas as categorias e subcategorias temáticas que, em conjunto, conduziram à especificidade do tema da pesquisa.

3) Tratamento dos Resultados Obtidos

4) Interpretação dos dados. Nesta última fase ocorreu a análise de conteúdo propriamente dita. Por meio da síntese e seleção dos resultados foram realizadas inferências e as interpretações à luz de fundamentação teórica – utilizando-se a Teoria das Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau* – para análise e discussão.

Aspectos éticos

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde o estudo foi desenvolvido - protocolo de aprovação: 041/2009.

Cada entrevistado foi contatado por telefone e informado acerca da pesquisa e de seus objetivos, que não seria revelada sua identidade e que, a qualquer momento, o idoso poderia desistir de sua participação no estudo. Ainda nesse primeiro contato, era marcado o local e horário apropriados para a coleta dos dados. No local marcado, antes do início da coleta de dados, mais uma vez eram reforçados os objetivos da pesquisa, momento em que o entrevistado assinava o termo de consentimento livre e esclarecido. Caso concordasse em participar da pesquisa, respondia o questionário, as escalas de avaliação de capacidade funcional e, logo após, passava-se à fase da entrevista gravada em áudio.

Os idosos entrevistados foram nominados, obedecendo à ordem em que as entrevistas foram realizadas. Exemplo: E-1, E-2, correspondendo ao Entrevistado 1, e 2, e assim sucessivamente até o último deles.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Perfil Sócio-demográfico dos Idosos

Os dados referentes aos aspectos sócio-demográficos distribuídos por sexo, idade, estado civil, religião, etnia, escolaridade, renda familiar, propriedade da residência, ocupação, número de filhos, chefe da família, quantidade e idade das pessoas com quem residem, e pessoa mais próxima ou cuidador foram agrupados, tornando-se necessária a caracterização dos entrevistados, haja vista que a diversidade e a heterogeneidade na velhice levam também à possibilidade de análises e interpretações diversificadas quanto a estes dados específicos descritos no Quadro 1.

Dos 13 idosos, 09 pertencem ao sexo masculino e 04, ao sexo feminino; 04 encontram-se na faixa etária situada entre 71 a 75 anos, 05 são clientes entre 76-80 anos e 04, com idade entre 81 a 85 anos.

IDENTIFICAÇÃO (n = 13)	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
<u>IDADE</u>	N	N
71 – 75 anos	03	01
76 – 80 anos	04	01
81 – 85 anos	02	02
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Casado(a)	06	—
Divorciado(a)	—	01
Viúvo(a)	03	03
<u>RELIGIÃO</u>		
Católica	09	03
Evangélica	—	01
Umbanda	—	01
<u>RAÇA/COR</u>		
Branca	05	03
Negra	04	01
- Pardo	03	—
- Mulato	01	—
- Preto	—	01
<u>ESCOLARIDADE</u>		
Nunca foi à escola	—	01
Ensino Fundamental	06	03
Ensino Médio	02	—
Ensino Superior	01	—
<u>RENDA FAMILIAR</u>		
Até 1 SM (salário-mínimo)	—	02
Mais de 1-2 SM	02	01
Mais de 2-5 SM	04	—
Mais de 5 SM	03	—
Não sabe/recusa	—	01
<u>RESIDÊNCIA</u>		
Própria	07	02
Cedida	—	01
Herança	01	01
Mora com parente	01	—

IDENTIFICAÇÃO (n = 13)	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
	N	N
<u>OCUPAÇÃO</u>		
Aposentado(a)	09	03
Trabalha	02	01
Pensionista	—	01
Dona-de-casa	—	03
<u>No. De FILHOS</u>		
Nenhum	01	—
01	01	—
02	05	—
03	01	01
04	01	01
> ou = 05	—	02
<u>CHEFE da FAMÍLIA</u>		
O(a) Entrevistado(a)	07	04
Filho (a)	02	—
<u>QUANTIDADE de PESSOAS com quem VIVE</u>		
Vive só	—	02
Duas	05	02
Três	02	—
Seis	01	—
Mais de seis	01	—
<u>IDADE das PESSOAS com quem VIVE</u>		
10-20 anos	02	—
20-30 anos	01	—
40-50 anos	01	01
> ou = 60 anos	07	01
Vive só	—	02
<u>PESSOA mais PRÓXIMA</u>		
Marido/Esposa	06	—
Filho(a)	01	04
Outro Parente	02	—

Quadro 1: Dados Sócio-demográficos dos idosos, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Da análise dos dados sócio-demográficos ressalta-se que:

- Todos os homens têm uma companheira, independente de serem casados ou não, e todas as mulheres estão sozinhas, sendo viúvas ou divorciadas;

As mulheres vivem mais tempo na condição de viúvas e têm mais chance de viverem sozinhas na idade avançada, especialmente devido ao complicado sistema de desigualdade estrutural acumulado ao longo da vida, resultado da complexidade das instituições sociais e do modo sistemático pelo qual as famílias, o mercado de trabalho e o Estado interferem e diferenciam suas vidas. Outras diferenças de gêneros podem ser pontuadas, com base na literatura internacional, que diz que os casados vivem mais que os solteiros, pois há maior suporte social e o estilo de vida é mais regrado. Entre os casados, os homens se beneficiam mais dos cuidados do que as mulheres, que tendem a ser mais oneradas (SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006).

- A maioria dos idosos (12) é católica; uma das entrevistadas se disse católica, porém também frequenta a umbanda.

Py, Pacheco, Sá e Goldman (2006) consideram a religião como um conhecimento que brota do coração, é como uma transformação, uma visão interior, algo profundamente pessoal e não se reduz apenas a fé, crença ou ritos.

No processo do envelhecimento, o corpo passa por mudanças e o declínio da competência física é inevitável. Porém, o ganho que se pode vislumbrar em todo esse processo é que a competência espiritual pode aumentar, ou seja, a religião passa a ser um recurso facilitador que oferece compreensão e aceitação das perdas e ganhos e abre a perspectiva da morte como o elemento final do processo de vida, levando inevitavelmente à questão espiritual, na qual está inclusa a busca do significado, no mergulho em seu interior, na espiritualidade intrínseca à natureza humana. Ao profissional de saúde cabe utilizar as verdades da espiritualidade de cada paciente para motivá-lo no tratamento e, principalmente, no suporte na hora da morte, respeitando e aceitando toda manifestação religiosa independente de credo e de seus valores pessoais.

Raça, escolaridade, renda familiar, moradia própria apresentam os seguintes resultados:

- Dois terços dos idosos são da raça branca.
- É baixo o nível de escolaridade dos idosos em geral. A maioria possui ensino fundamental (09), sendo que as mulheres possuem menor nível de formação em relação aos homens; os idosos da raça branca possuem maior nível de escolaridade.
- Os homens têm renda maior que as mulheres; dentre os que recebem mais de cinco salários mínimos, apresentam-se os homens; metade dos idosos recebe até dois salários mínimos e a outra metade, acima de dois. Destaca-se, na realidade, que alguns destes salários dizem respeito à renda familiar, e não ao salário do idoso isoladamente. Aqueles que possuem maior renda familiar também são da raça branca.
- A maioria (9) tem moradia própria.

A compreensão de como as influências culturais atuam no comportamento dos indivíduos, no desenvolvimento da própria sociedade e no processo de envelhecimento pode ser alcançada através dos dados sobre raça, escolaridade e renda. Apesar da pequena amostragem de sujeitos da pesquisa, evidenciam-se as desvantagens encontradas para os indivíduos da raça negra. Interessa saber se os idosos negros são discriminados socialmente porque são idosos, ou porque, geralmente, são pobres e de

baixa escolaridade. Estudos aprofundados sobre esta questão, porém, não foram encontrados.

Destacam-se, nesse contexto dos dados relativos a raça, escolaridade e renda, alguns pontos cruciais para a compreensão: à época em que eram crianças, o acesso à escola e aos cursos superiores era mais restrito para esses idosos, pois o ensino era mais elitista. Não existia a obrigatoriedade de manter a criança afastada do trabalho infantil e freqüentando a escola, como nos dias atuais se preconiza. As mulheres, preparadas para o casamento e a vida doméstica, não eram estimuladas para o estudo. A transmissão do conhecimento, muitas vezes, era realizada de forma oral, de geração a geração, garantindo um conhecimento mínimo necessário para a manutenção das redes de suporte familiar (NERI, 2007).

O idoso de hoje, contudo, viveu um momento favorável da economia brasileira no auge de sua vida e criou patrimônio, bem exemplificado, pela posse da casa própria e pelos rendimentos estáveis, graças ao sistema previdenciário e à capacidade de poupança. Portanto, frente a estas argumentações, entende-se que, quando ocorre a discriminação dos idosos, ela será um evento superveniente à discriminação por critérios de raça, escolaridade e renda. O advento da velhice terá acrescentado, apenas, mais um item à vasta gama de carências a que grande parte desses brasileiros foi exposta.

- Todos recebem algum tipo de auxílio (aposentadoria, pensão, auxílio-governo).

Uma idosa recebe auxílio do governo – o Benefício de Prestação Continuada, associado à Lei Orgânica de Assistência Social, programa este que transfere 01 salário mínimo mensal para aqueles com deficiência ou idade acima de 65 anos, extremamente pobres, ou seja, com renda inferior a um quarto do mínimo mensal. Estatísticas mostram que, no Brasil, existem cinco vezes mais idosas sem nenhuma fonte de renda do que idosos e mais homens aposentados do que mulheres, e mais mulheres pensionistas do que homens (NERI, 2007).

- A maioria dos idosos possui filhos, variando de 02 a 07.

Os filhos e também o casamento são a garantia de atenção que se tem na velhice. Essa garantia, na concepção de Néri, mostra-se mais consistente quando filhos e cônjuges residem no mesmo domicílio que o idoso.

- Todas as mulheres são as chefes/responsáveis por suas famílias, apesar de alguns homens apontarem os filhos como detentores desta função.

Simson, Neri e Cachioni (2006) denominam de “contrato intergeracional” a transferência de apoio entre as gerações. Referem que, na atualidade, este contrato assume uma via de mão dupla. Jovens, adultos ou idosos assumem papéis de acordo com a internalização dos valores culturais vigentes e o peso das pressões sociais, gerando assim um intercâmbio entre pais e filhos que se estende ao longo do ciclo de vida familiar e a cada nova fase ou desafio.

- Nenhum homem mora sozinho; dos idosos que moram sozinhos só houve mulheres.

Viver sozinho, no entanto, não se traduz aqui como sinônimo de abandono. O fato de estarem sós em casa não significa que não haja cuidado e companhia. Uma dessas idosas, por exemplo, vive só em sua casa, porém, num pequeno conjunto habitacional onde todos os seus sete filhos também residem. Outra idosa, que também vive sozinha, reside na mesma rua de uma de suas filhas.

- A maioria vive com pessoas também idosas (com idade maior ou igual a 60 anos).
- Todas as mulheres apontam, como pessoas mais próximas, as suas filhas. Já os homens, em sua maioria, apontam suas companheiras.

Considera-se que o levantamento do perfil sócio-demográfico dos idosos oferece parâmetros para o delineamento de intervenções assistenciais que visem à melhoria e garantia de um padrão de Qualidade de Vida. Dessa forma, identificando as vulnerabilidades e as estratégias de intervenção, contribui-se para o conjunto da sociedade no futuro, na medida em que se está falando de uma sociedade que envelhece a cada dia.

Perfil Clínico dos Idosos

O início da análise do perfil clínico dos idosos entrevistados se fez com um pequeno resumo relativo à internação na UTI (Quadro 2) e, logo após, pela descrição dos dados levantados no questionário (Apêndice B).

Quatro destes pacientes foram admitidos na UTI com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca descompensada, arritmia, dor precordial e descompensação hemodinâmica; 09 em pós-operatório imediato: laparotomia exploradora, prostatectomia, ressecção ileal por estenose, colectomia e ressecção de divertículo,

hepatectomia e herniorrafia, ressecção perineoabdominal de reto, osteossíntese de fêmur, nefrectomia. Três destes pacientes passaram menos de 24 horas em tratamento na UTI. A média de permanência foi de 4,7 dias, variando de menos de 24 horas a 16 dias de internação (Quadro 2).

	Sexo	Idade	Motivo de Internação	Dias UTI
1	M	82 a	CIRÚRGICO – POI prostatectomia	1 d
2	M	84 a	CIRÚRGICO – POI laparotomia exploradora	15 d
3	M	71 a	CIRÚRGICO – POI ressecção ileal por estenose	1 d
4	F	83 a	CLÍNICO – Insuficiência cardíaca descompensada	< 24 hs
5	F	77 a	CIRÚRGICO – POI hepatectomia e herniorrafia	2 d
6	M	76 a	CIRÚRGICO – POI ressecção de divertículo e colectomia	3 d
7	M	79 a	CIRÚRGICO – POI ressecção perineoabdominal de reto	< 24 hs
8	M	77 a	CIRÚRGICO – POI prostatectomia	3 d
9	F	85 a	CLÍNICO – Bloqueio átrio-ventricular total	16 d
10	M	76 a	CLÍNICO – Crise hipertensiva	2 d
11	F	74 a	CIRÚRGICO – POI osteossíntese de fêmur	< 24 hs
12	M	72 a	CLÍNICO – Infarto agudo do miocárdio	3 d
13	M	72 a	CIRÚRGICO – POI nefrectomia	1 d

Quadro 2: Dados relativos a sexo, idade, motivo de internação e tempo de tratamento na UTI, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda em relação ao questionário no Apêndice B, foram realizados os seguintes levantamentos: os entrevistados referiram que têm as seguintes doenças: angina (01 idoso longevo), arritmia (01), “doença cardíaca”- insuficiência cardíaca congestiva (01), artrose (01), câncer de bexiga (01), câncer de intestino (01), colesterol (01), diverticulite (02), diabetes (04), hipertensão (11), insuficiência renal em tratamento conservador (01) e labirintite (01).

As doenças cardiovasculares, no Brasil, são as causas mais comuns de mortalidade na população idosa – dentre elas destaca-se o acidente vascular cerebral. Aproximadamente 73% das pessoas vítimas de doença cardiovascular têm idade igual ou superior a 60 anos. A seguir vêm as doenças neoplásicas e, em terceiro lugar, como causa mais comum de mortalidade em idosos, as doenças respiratórias (PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

Quanto aos hábitos que influenciam na Qualidade de Vida, especificamente em relação ao tabagismo e ao alcoolismo, foi levantado: quanto ao hábito de fumar, 05 idosos longevos nunca fumaram, porém, 04 são hipertensos. Atualmente, apenas dois

idosos do sexo masculino fumam, os dois são hipertensos e um deles teve câncer de próstata. Nenhuma das mulheres fuma atualmente. Das seis pessoas que já fumaram, cinco são homens com idade entre 72 e 82 anos, fumaram por 20 a 50 anos, e pararam de fumar de 04 meses a 25 anos atrás; dois tiveram câncer (intestino e próstata).

Sabe-se que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana e de acidente vascular cerebral, aumentando o risco de doença vascular periférica e de aneurisma de aorta. O aumento da viscosidade sanguínea, dos níveis de fibrinogênio e da agregação plaquetária, aliados ao fumo, favorecem a ocorrência de trombose. O fumo deve ser interrompido em qualquer idade, considerando-se que seus efeitos nocivos permanecem com o envelhecimento (PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

Nenhuma das idosas entrevistadas consome bebida alcoólica atualmente. Todos os homens que consomem (04 idosos longevos), o fazem socialmente. Das pessoas que tiveram câncer (03), uma nunca consumiu álcool nem fumou; outra, atualmente, é usuária de álcool e fumou por 65 anos; o terceiro foi usuário de bebida alcoólica e fumou por 50 anos, tendo parado há 10 anos.

Apenas um homem pratica atividade física todos os dias – caminhada. As atividades de lazer citadas pelos idosos foram: assistir televisão, pescar, brincar com os netos, cuidar da casa, dormir, costurar, ler jornal, fotografar, fazer pequenos consertos domésticos, tocar violão, bordar, ir ao cinema e jogar cartas. Um dos idosos, apesar de ser do sexo masculino, referiu que cuidar da casa é um momento de lazer para ele. Outro idoso referiu que, na atualidade, não há nada que ele possa fazer como atividade de lazer, haja vista que sua doença o impede de sair. Este idoso é portador de diverticulite e quase não se alimenta, pois tem medo de episódios diarreicos ou de constipação; como consequência, já perdeu vários quilos e, por vezes, sente tonteira por não estar bem alimentado. Por isso, não se sente à vontade para sair de casa e não sente prazer em alguma coisa que possa distraí-lo ou satisfazê-lo em termos de atividades voltadas para o lazer.

O sedentarismo, bastante comum no mundo moderno, tornou-se uma preocupação da saúde pública por contribuir para uma série de doenças crônicas. Uma vida ativa, incluindo atividades físicas, no entanto, contribui para a manutenção da saúde e do bem-estar físico e mental. A prática desportiva vem sofrendo mudanças, pois, se antes era restrita a uma minoria, a partir dos anos 1970, passou a ser preconizada para todos, estendendo-se ao grupo etário dos idosos. Portanto, a prática de

atividades físicas contribui para uma boa QV, haja vista que a saúde, um dos itens apontados pelos idosos como parte integrante deste conceito, tem estreita relação com o estilo de vida – sedentário ou ativo.

As propostas de lazer para a faixa etária da população idosa devem preconizar os interesses, as competências e as identidades desses idosos, para que sejam atividades significativas para eles e não, um passatempo vazio. Além disso, devem-se considerar as barreiras construídas durante a vida de cada um, principalmente das imagens negativas em relação à velhice, e ainda considerar, de forma especial, os grupos menos favorecidos, que são os de baixa renda e baixa escolaridade (NERI, 2007).

Pontuação nos Índices de *Katz* e de *Lawton*

Além do questionário que caracterizou quem era o idoso que recebera tratamento na UTI, utilizou-se o Índice de *Katz* e o Índice de *Lawton*, a fim de mensurar a capacidade funcional dos partícipes e, assim, contribuir para melhor avaliação de sua Qualidade de Vida. O Diagrama 1 agrupa as pontuações alcançadas pelos idosos entrevistados.

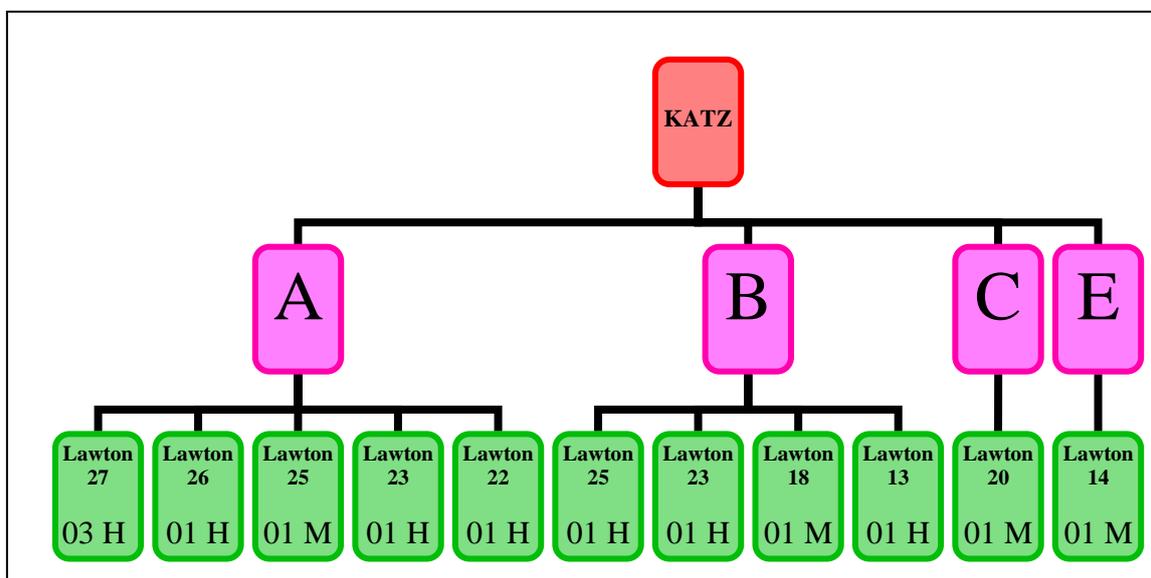


Diagrama 1: Índices de *Katz* e de *Lawton* alcançados pelos idosos que receberam tratamento na UTI, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. (H=Homem; M=Mulher). Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que os índices alcançados pelos idosos entrevistados variaram de A a E, na Escala de *Katz*, e a pontuação, na Escala de *Lawton*, variou de 27 a 13. Como Índice de *Katz* A, entende-se que estes idosos são independentes para todas as

Atividades Básicas de Vida Diária avaliadas na Escala; para Índice de *Katz* B, os entrevistados foram independentes para todas as atividades, exceto uma; para Índice de *Katz* C, o cliente foi independente para todas as atividades, menos para banho mais uma adicional. E finalmente, o entrevistado que teve Índice de *Katz* E, é independente para todas as Atividades Básicas de Vida Diária, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional. Não houve classificação nos Índices D – independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional; F – independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional; e G – dependente para todas as atividades (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Destaca-se que o maior *Katz* com o maior *Lawton* (A-22), refere-se a um idoso independente para as Atividades Básicas de Vida Diária, porém com algumas restrições para Atividades Instrumentais de Vida Diária. Este idoso esteve internado por três dias na UTI, há 10 meses do momento da entrevista, em pós-operatório imediato de ressecção de divertículo e realização de colectomia. Essa classificação (A-22) justifica-se, pois este cliente, após submeter-se a uma nova cirurgia, só vai a locais distantes com ajuda, mas realiza pequenas atividades em sua casa também com auxílio. Anteriormente assumia determinadas funções, como a de síndico do prédio onde reside, quando, à época, fazia pequenos consertos, subia e descia escadas com facilidade.

As pontuações mais baixas em *Lawton* foram 13 e 14, porém para *Lawton* 13, o *Katz* teve Índice B. Para *Lawton* 14, o índice *Katz* foi o mais baixo dentre os entrevistados (*Katz* E). Este fato explica-se porque tais escalas avaliam perspectivas diferentes das atividades de vida diária, como dito anteriormente – *Katz* está voltado para as ações de autocuidado e *Lawton*, para atividades da vida em comunidade.

O entrevistado com pontuação B-13 é do sexo masculino e esteve internado na UTI por 01 dia em pós-operatório imediato de ressecção ileal por estenose. Utiliza o telefone sem dificuldades, vai sozinho a lugares distantes e, para cuidar das finanças, precisa de ajuda. As outras atividades avaliadas na Escala de *Lawton* não são realizadas em efetivo por este idoso, haja vista ser a esposa a responsável por atividades de lavar roupa, fazer comida. Portanto, sua classificação *Lawton* baixa justifica-se mais pela falta de costume/inabilidade em realizar essas atividades do que por incapacidade ou dependência propriamente dita.

A cliente com pontuação E-14, realmente, apresenta dependência para realização de suas atividades. Trata-se de uma mulher acamada, que esteve na UTI por 16 dias,

com diagnóstico de bloqueio átrio-ventricular total, aguardando a colocação de marcapasso definitivo em outro nosocômio, já que o hospital cenário deste estudo não possui a especialidade cardiológica. É independente para usar o telefone, cuida de suas finanças com ajuda, enquanto o restante das atividades pesquisadas pelo índice de *Lawton*, a idosa não consegue realizar. Em relação ao Índice de *Katz*, esta cliente, também, recebeu baixa classificação (E), pois as únicas funções em que não precisa de auxílio totalmente são a de se alimentar e ter controle das funções fisiológicas, porém precisa receber apoio para posicionar-se adequadamente e desempenhar estas funções. Todas as outras atividades pesquisadas por *Katz*, a idosa não executa.

O idoso que recebeu pontuação C-20, é do sexo feminino, esteve na UTI por menos de 24 horas, em pós-operatório imediato de cirurgia de osteossíntese de fêmur, está se recuperando desta cirurgia, necessitando de auxílio, por enquanto, para banhar-se e vestir-se, atividades estas que a idosa acredita que, dentro em breve, estará realizando sozinha novamente.

Implicações da UTI na Qualidade de Vida do Idoso

A construção das categorias acerca da Qualidade de Vida em idosos que receberam tratamento na UTI foi efetivada a partir do método de Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas, onde emergiram cinco categorias temáticas:

- ✓ Categoria 1: Definição de Qualidade de Vida;
- ✓ Categoria 2: Percepção Positiva da Qualidade de Vida;
- ✓ Categoria 3: Percepção negativa da Qualidade de Vida;
- ✓ Categoria 4: Influência Positiva da UTI na Qualidade de Vida;
- ✓ Categoria 5: Influência Negativa da UTI na Qualidade de Vida.

Emergiram, ainda, subcategorias específicas para cada uma destas categorias.

Categoria 1: Definição de Qualidade de Vida

Esta categoria emergiu da apreensão e análise das respostas dadas pelos idosos à primeira pergunta da entrevista: “*Para o(a) Sr(a), o que é qualidade de vida*”, gerando 07 (sete) subcategorias que se associaram aos seguintes itens: “Saúde”, “Poder

Aquisitivo”, “Família”, “Sociedade”, “Tranquilidade”, “Felicidade” e “Independência” (Diagrama 2).

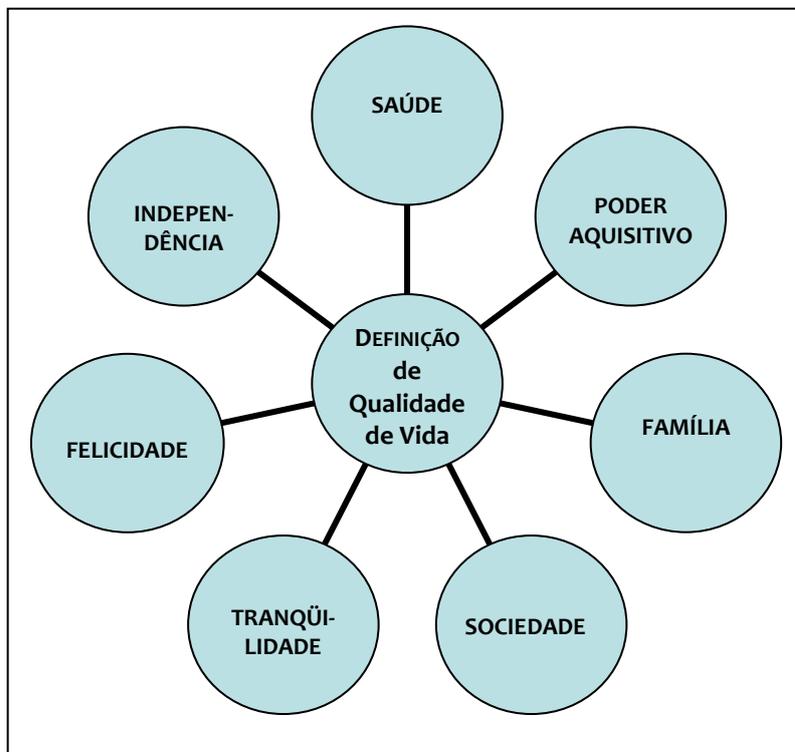


Diagrama 2: Definição de Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na UTI – RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

As subcategorias definidas pelos idosos como Qualidade de Vida foram embasadas pelas unidades de registro descritas no Quadro 3, a seguir:

CATEGORIA 1	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (nº. de repetições)
Definição de Qualidade de Vida	1.1 – SAÚDE	Ter saúde (05) Locomover-se (02) Acesso aos serviços de saúde (01) Poder sentir as coisas (01) Comer bem (01)
	2.1 – PODER AQUISITIVO	Condições de se manter (03) Finanças em dia (02) Situação financeira boa (01) Ter bens duráveis (01) “Nome limpo” (01) Bom salário (01) Aposentadoria (01) Casa para morar (01)
	3.1 – FAMÍLIA	Família (02) Amigos (02) Netos próximos (02) Filhos vivos (01) Filhos próximos (01)
	4.1 – SOCIEDADE	Respeito de todos (01) Honestidade/Vida honesta (01)
	5.1 – TRANQUILIDADE	Viver bem (02) Viver tranquilo (01) Vida boa (01) Viver dentro dos padrões da sociedade (01) Paz (01) Sossego (01) Segurança (01) Descansar (01)
	6.1 – FELICIDADE	Ser feliz / Ter alegria (04) Lazer / Diversão (01) Vontade de viver (01)
	7.1 – INDEPENDÊNCIA	Conseguir trabalhar (01) Realizar atividades domésticas (01)

Quadro 3: Distribuição das unidades de registro levantadas de acordo com a Análise de Conteúdo das entrevistas, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Subcategoria 1.1: Saúde

As principais unidades de registro relacionadas à saúde foram: “locomoção”, “acesso aos serviços de saúde”, “poder sentir as coisas” e “comer bem”. Mais de um terço dos idosos entrevistados, ao responder o que seria Qualidade de Vida, apontou a saúde como um definidor principal:

...QV é ter saúde. (E-8, E-9)

QV pra mim é a pessoa que tem saúde. (...) primeiro de tudo é saúde [...] porque sem isso ninguém vive bem. – (E-1)

Eu acho que QV é a gente ter condições de se manter, coisa que não estou tendo [...] é só remédio e ficar em casa. (E-13)

Estes três idosos receberam tratamento na UTI apenas por um dia – dois deles em pós-operatório de prostatectomia e 01 em pós-operatório de nefrectomia; todos são hipertensos e usam medicamentos anti-hipertensivos diariamente. Um destes pacientes é uma senhora de 85 anos, acamada, que implantou um marcapasso definitivo durante sua internação na UTI, além de ser portadora de outras comorbidades (insuficiência renal, labirintite e artrose). Talvez por apresentarem tantos problemas relativos à saúde é que estes idosos considerem que ter saúde é um dos caracteres definidores fundamentais de Qualidade de Vida.

Neste contexto, percebe-se que os enfermeiros estão em uma posição ideal para identificar os problemas de saúde entre seus pacientes e para trabalhar dentro do próprio nível de conhecimentos deles sobre seu estado, visando melhorar os comportamentos de saúde. Seguindo as fases da Teoria das Relações Interpessoais, pode-se chegar a um denominador comum na própria unidade de terapia intensiva. Quer dizer, enfermeiro e idoso se aproximam, as necessidades de assistência de enfermagem são levantadas e, em conjunto com o paciente, devem ser traçadas medidas que atuem no sentido de melhorar e manter a Qualidade de Vida no quesito Saúde. Neste relacionamento, o enfermeiro assume o papel de professor, pois compartilha saberes a partir dos conhecimentos apresentados pelo paciente.

Em síntese, o enfermeiro deve enfatizar que, se o componente Saúde é definido pelo idoso como essencial para se ter Qualidade de Vida, o ideal, portanto, é que este paciente adote medidas de proteção à sua saúde. No caso destes entrevistados, estas ações devem estar voltadas para sua recuperação pós-operatória, para o controle da pressão arterial e para o tratamento e acompanhamento da insuficiência renal, labirintite e artrose. Também orientações devem ser dadas no que diz respeito aos cuidados nas atividades diárias, relacionados ao uso do marcapasso.

“Locomover-se”, “ter acesso aos serviços de saúde”, “poder sentir as coisas” e “comer bem” também foram itens citados como composição para definição de Qualidade de Vida:

Qualidade de vida é poder andar... – (E-9)

Qualidade de vida é ter possibilidade de receber tratamento, num hospital. – (E-8)

Qualidade de vida é você comer bem... – (E-12)

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde, em sua Carta Magna, definiu saúde como sendo: “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 assim definiu saúde: “é a resultante de condições de alimentação, habitação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde; é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social”. Ou seja, praticamente todos os critérios de definição, em níveis nacional e mundial acerca do que é ‘saúde’, foram relacionados pelos idosos entrevistados (*THE WHOQOL GROUP*, 1994 e 1995; PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

Na atualidade, o objetivo da atenção ao idoso tem sido a manutenção de sua capacidade funcional e a preservação da autonomia, bandeira esta, também levantada pela Organização Mundial de Saúde. Portanto, todos os esforços devem ser evidenciados no sentido de garantir a capacidade funcional, e, por conseguinte, o envelhecimento ativo.

No relacionamento interpessoal visando à obtenção de uma boa Qualidade de Vida para o idoso que recebeu atendimento na UTI, informações relacionadas não apenas com esta internação, mas também com situações do cotidiano devem ser levantadas. Assumindo o papel de provedor de recursos, o enfermeiro pode oferecer assistência voltada para uma alimentação saudável – dentro dos recursos de que a família dispõe; indicar o local de mais fácil acesso para acompanhamento do quadro de saúde do paciente; e incentivar a independência e autonomia do idoso para locomover-se, ressaltando as medidas necessárias para evitar quedas – situação muito comum entre os idosos.

Subcategoria 2.1: Poder aquisitivo

As unidades de registro que embasaram esta subcategoria foram: “condições de se manter”, “finanças em dia”, “situação financeira boa”, “possuírem bens duráveis”, “não ter o nome cadastrado nas instituições de proteção ao crédito”, “ter um bom salário”, “aposentadoria” e “casa para morar”:

É você ter um salário melhor. Que você possa se manter, e assim é a qualidade de vida. Ter uma casinha pra morar... – (E-11)

Bom, a qualidade de vida pra mim que sou um... Simplesmente um... Baixa remuneração. Então só vivo daquilo que o INSS me dá, que é um salário-

mínimo, então pra mim e pra esposa está dando o suficiente. Eu tenho direito de comprar bens em crediário. Pago as minhas contas todas direitinho. A gente tem condições de comprar o material pra obra na nossa casinha e pagar a pessoa para vir fazer a obra. – (E-8)

Eu acho que qualidade de vida é a gente ter condições de se manter; é ter condições de se manter, coisa que não estamos tendo. – (E-2)

O que é qualidade de vida? Qualidade de vida pra mim é a pessoa que tem uma situação financeira boa, não é? Primeiro de tudo, saúde e depois as finanças. Porque se não tiver, não tem, como se diz, vida boa. É... Porque sem isso, uma situação financeira boa ninguém vive bem. – (E-1)

Agora eu já estou aposentado! Isso é qualidade de vida... – (E-10)

As unidades de registro descritas através das falas dos idosos, relativas a seu Poder Aquisitivo, na verdade descreve o nível de bem-estar desta parcela da população. Em estudo desenvolvido por Néri (2007), a autora sinaliza a preocupação relativa aos maiores gastos com a saúde e a diminuição da renda com o advento da aposentadoria. Aponta que, entre os itens em que os idosos mais gastam, a alimentação ficou em primeiro lugar, seguida pelas contas de luz, água e telefone, e, em terceiro lugar, com gastos em remédios; com o passar da idade, as despesas com alimentação diminuem e aumentam as despesas com remédios.

Ainda neste mesmo estudo, Néri descreve que 64% dos idosos entrevistados atingiram a aposentadoria; que as dificuldades de adaptação à rotina de aposentado atingem mais os homens que as mulheres; e que os idosos não receberam preparação específica para aposentadoria. Portanto, é evidente notar que a subcategoria Poder Aquisitivo, realmente, deveria ter sido destacada pelos idosos entrevistados, como um componente essencial para a manutenção da Qualidade de suas Vidas, tendo em mente todos os desdobramentos que a aposentadoria traz para o idoso e sua família.

No último relato listado, o idoso longo tempo ressalta que Qualidade de Vida é ser aposentado. Entende-se, portanto, que o idoso considere o fato de estar aposentado como sendo Qualidade de Vida, talvez porque tenha mais tempo livre para desenvolver atividades que não realizava quando estava trabalhando ou porque tenha mais tempo para a família e para si mesmo. Porém existem certas “nuances” que precisam ser destacadas, por exemplo: a aposentadoria marca a entrada na velhice, a saída da vida produtiva – uma etapa de finalização da vida pública, em que o indivíduo perde sua utilidade para a sociedade – e a sobrevivência com rendimentos mais escassos do que os recebidos na vida ativa. Por outro lado, o recebimento dos benefícios pode significar uma elevação do “status” desse idoso para o grupo no qual está inserido socialmente,

pois ele passa a colaborar financeiramente com a família ou a comunidade (SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006).

De modo geral, o enfermeiro deve incentivar o idoso a continuar exercendo qualquer tipo de atividade, uma vez aposentado, como forma de adaptação mais fácil à nova rotina. Como profissional experiente, deve usar princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais do cotidiano.

Subcategoria 3.1: Família

A família também ocupou um lugar de destaque nas entrevistas acerca da Qualidade de Vida, ressaltando-se a importância dos filhos, dos netos e dos amigos. As maiores expressões de felicidade aparecem quando os idosos se referem à família, com as manifestações mais significativas de satisfação. Eis as falas dos entrevistados:

É ter meus filhos vivos – (E-4)

O nosso filho, por exemplo, ele é muito atencioso. Ele vai todo dia lá em casa, não vai durante o dia. Durante o dia, só aos fins de semana. Mas quando ele chega do trabalho, praticamente aí é a primeira casa que ele vai; vai ver a mãe dele. Aí, ficam ali, duas a três horas. Às vezes, ele vai buscar os netos ou já vem da escola com eles... – (E-8)

Bom, contente é eu estar junto da minha família, ter as minhas netas. – (E-7)

Qualidade de vida é ter amigos. – (E-9)

Qualidade de vida é ter família, amigos. – (E-10)

A idosa que referiu que possuir Qualidade de Vida é “*ter meus filhos vivos*” teve 04 filhos, porém dois faleceram, o que lhe causou um quadro de profunda depressão e perda da vontade de viver, como veremos nas categorias mais adiante.

Vê-se, portanto, a importância que a família ocupa na vida destes idosos, pois ela é considerada o núcleo primeiro de dependência do idoso brasileiro. No tocante ao apoio intergeracional entre jovens e idosos nas famílias brasileiras, estudos evidenciam que quanto maior o número de filhos, maior a chance de receber apoio por parte dos idosos (SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006).

A família é uma importante fonte de apoio para as pessoas idosas. Porém, por conta do número reduzido das famílias, percebe-se que as futuras gerações terão de se

confrontar com números menores de irmãos para ajudar nas questões de cuidados aos pais, colocando assim os idosos em alto risco de institucionalização.

Em relação à amizade, sabe-se que ela acontece por escolhas pessoais, ao contrário das relações de parentesco, pontuadas pela idéia de obrigação e responsabilidade. Com a instabilidade dos laços conjugais observada na atualidade entre as gerações mais jovens, pode-se inferir que o suporte vindo da família nuclear precisa ser revisto. Por isso, as redes de amizade ocuparão papel preponderante nas relações interpessoais dos idosos das gerações futuras, numa dimensão muito maior se comparada à que existe hoje.

Neste contexto, a partir do momento que a relação enfermeiro-paciente começa a ser traçada, *Peplau* reforça que tanto o paciente como sua família – e inferimos também os amigos, devido à configuração atual da família na sociedade – trabalham em cooperação para definir os problemas existentes, planejar os tipos de serviços necessários, respeitando as percepções e expectativas de cada componente desta relação, além de esclarecerem, escutarem, aceitarem e interpretarem as necessidades do idoso (GEORGE, 1993).

Sendo assim, fica evidente que tanto a família quanto os amigos são peças essenciais para a configuração da Teoria das Relações Interpessoais, pois são eles que apóiam tanto o idoso quanto a enfermeira neste processo.

Subcategoria 4.1: Sociedade

A subcategoria Sociedade foi embasada nas unidades de registro “Honestidade/Vida honesta” e “Respeito de todos”, apoiadas nas seguintes falas:

Qualidade de vida é levar uma vida honesta, que é o mais difícil hoje em dia, que é a honestidade, porque eu fui criado num sistema de honestidade. O que é meu é meu; o que não é meu é do fulano. Então isso é que leva a qualidade de vida. Então qualidade de vida eu acho que é isso: honestidade, em primeiro lugar. Isso que eu considero como qualidade de vida. – (E-6)

Qualidade de vida é ter o respeito de todos. – (E-7)

Para o idoso, é importante a imagem que ele passa para a sociedade, a forma como ela o enxerga. Essa imagem deve retratar as ações e as conquistas positivas que são valorizadas socialmente. “Vida honesta” e “respeito de todos” foram definições

elaboradas para caracterizar o conceito de Qualidade de Vida desenvolvido por esses idosos. Ou seja, a questão da Qualidade de Vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente (MORAES; BARROS, 2007).

Não existe uma identidade única que contemple a complexidade e a multiplicidade da constituição do ser humano, principalmente quando ele atinge a velhice. A imagem que o idoso produz de si mesmo e a que a sociedade deve produzir acerca dele deveriam ser mediadas e entendidas como um somatório de fatores, como seus valores, sua história de vida, sua cultura, pois, de acordo com Orlandi (*apud* SIMSOM; NÉRI; CACHIONE, 2006, p.190), esta identidade “(...) não se constitui apenas no coletivo, mas também resulta das experiências singulares dos indivíduos, imersos num mundo de significados (...)” que pertence só a ele, indivíduo único e singular, e a mais ninguém.

Conclui-se a análise desta subcategoria, enfatizando que, para que o idoso se sinta respeitado por todos e pela sociedade, é essencial, acima de tudo, que ele próprio se respeite e se aceite, juntamente com as limitações que os anos vividos lhe trouxeram. Neste sentido, o enfermeiro que presta uma assistência embasada nos pressupostos de *Peplau* também deve aceitar o idoso como ele é, sem juízos nem críticas, levantando em conjunto com ele as medidas necessárias para se alcançar uma vida honesta perante a sociedade, contribuindo, assim, para a manutenção de sua Qualidade de Vida.

Subcategoria 5.1: Tranquilidade

As principais unidades de registro que embasaram esta subcategoria estão relacionadas a: “viver bem”, “viver tranquilo”, “descansar”, “sossego”, “paz”, “segurança”, “vida boa” e “viver dentro dos padrões da sociedade”, como fica evidente pelas falas:

É a pessoa viver bem. Desde que eu esteja vivendo bem, eu tenho qualidade da minha própria vida. Ter saúde, sossego e paz. – (E-13)

Qualidade de vida é você viver bem, tranqüilo, entendeu? É procurar viver dentro dos padrões normais da sociedade. É você descansar bem. – (E-12)

O bem envelhecer deve estar associado a imagens e significações da velhice associadas às questões de bem viver, tais como: integração social e cultural, além de

independência pessoal (SIMSOM; NÉRI; CACHIONE, 2006). Para ter tranquilidade, é preciso que o idoso viva num ambiente familiar estável, tenha acesso aos serviços de saúde, usufrua momentos de lazer, tenha condições de sustentar-se financeiramente, ou seja, as subcategorias acabam se entrelaçando, e, em conjunto, formam um arcabouço de componentes que apontam para a manutenção da Qualidade de Vida do idoso.

O componente “tranquilidade” é tão importante para a manutenção da Qualidade de Vida, que aparece em algumas escalas de avaliação de Qualidade de Vida, como a proposta por Flanagan, que aborda, em suas dimensões, o item “bem-estar”, que se refere necessariamente à boa disposição física, conforto e tranquilidade (HASHIMOTO; GUEDES; PEREIRA, 1996).

Na equipe multidisciplinar da UTI, o enfermeiro é um dos principais atores para a abordagem deste paciente. Seguindo o caminho traçado por *Peplau*, para assistência de enfermagem metódica, sistematizada e eficiente, ele deve seguir as fases de orientação, identificação, exploração e solução, levantando as dificuldades no dia-a-dia deste idoso, dentro e fora da UTI, que possam vir a interferir em sua tranquilidade e, conseqüentemente, comprometer sua Qualidade de Vida.

Subcategoria 6.1: Felicidade

As unidades de registro levantadas de acordo com a Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas, para a Subcategoria Felicidade, estão em consonância com as seguintes falas:

É a pessoa viver bem e feliz. Desde que eu esteja me achando feliz, eu tenho a qualidade da minha própria vida. – (E-13)

Qualidade de vida é você ter um posicionamento da vida, digamos assim alegre [...] é se divertir. – (E-12)

Eu acho que é a gente viver feliz! – (E-5)

Qualidade de vida é ter alegria. – (E-9)

O envelhecimento é um processo natural da vida, mas traz consigo potencialidades únicas e distintas de cada pessoa. Perdas, como o decréscimo físico e o surgimento de doenças, ocorreram, mas houve adaptação diante dessas alterações, além do reconhecimento de aspectos positivos desse processo como ganho de experiências e liberdade.

Na atualidade, a expressão Qualidade de Vida vem sendo equiparada a uma grande variedade de termos, tais como: “padrão de vida”, “satisfação com a vida”, “sentido na vida”, “boa vida”, “bem-estar”, “felicidade”, “estado funcional”, “ajustamento social”, “saúde”, “trabalho”, “lazer”, “autoestima”, “valores de vida”. Diferentes autores utilizam tais termos, como sinônimos, provocando uma grande indefinição e falta de clareza. Campbell, em meados de 1970, tentou mostrar as dificuldades que envolviam a conceituação do termo Qualidade de Vida, definindo-o como algo que muita gente verbaliza, mas não sabe ao certo o que é (ORLANDO; MIQUELIN, 2008; SEID; ZANNON, 2004).

Enquanto internado na UTI, o profissional de enfermagem deve definir em conjunto com o idoso, através do processo de relacionamento interpessoal, a realização de pequenas atividades que o deixem feliz e satisfeito, assim como no momento de sua alta hospitalar, visando seu convívio social na comunidade e em família. Para este fim é preciso entender que cada paciente tem suas particularidades e que, para entendê-las, é preciso conhecer seu ambiente, sua família e sua comunidade, mesmo que seja apenas através do diálogo durante a assistência dada ao idoso.

Subcategoria 7.1: Independência

Em relação a esta subcategoria, surgiram os seguintes relatos:

A gente o que pensar, fazer, sem estar preocupando ninguém. Eu sempre esperava por isso: ficar velha e decidir minhas coisas sozinha. – (E-5)

É viver independente. Isso é qualidade de vida. Poder fazer as coisas, poder sentir as coisas, independente de... Pessoas. É o que eu penso mesmo. – (E-3)

Família, amigos, poder trabalhar. Tudo, tudo, isso tudo. – (E-10)

É eu estar fazendo as minhas “artes”, outras coisas que eu tenho que terminar de fazer ou começar na minha casa. – (E-8)

Todos os idosos que citaram a independência como uma das definições para Qualidade de Vida, receberam as maiores pontuações nos Índices de *Katz* e de *Lawton* (A-25, A-27, A-23 e A-26, respectivamente), escalas estas, de avaliação da capacidade funcional, que contribuem também para a avaliação da qualidade de suas vidas. Desde que lhes sejam proporcionados apoio adequado, as pessoas idosas podem permanecer ativas e independentes por muito tempo. Esta capacidade de realizar atividades sem a

interferência ou influência de outras pessoas e, portanto, de se manterem independentes funcionalmente, é uma das questões mais significativas da velhice (VERAS, 1994).

O cuidado de enfermagem ao idoso deve basear-se na promoção e manutenção de seu estado funcional, ajudando-o a alcançar independência máxima. Se este tipo de intervenção é realizado precocemente, o profissional evita complicações adicionais ajudando a maximizar a Qualidade de Vida dos idosos.

Sabe-se que os enfermeiros asseguram a maior parte dos cuidados às pessoas idosas internadas. Estes profissionais têm um papel importante nas UTIs, pois contribuem substancialmente para a promoção da independência, da autonomia e da Qualidade de Vida das pessoas ali assistidas. Daí, a necessidade de se aplicar a melhor das evidências disponíveis, associada à sua perícia profissional; atender às expectativas e objetivos das pessoas e da família; envolver e promover a participação das pessoas; programar procedimentos facilitadores de recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas, que conduzam à maior autonomia possível (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Comenta-se ainda que, aos idosos, cabe uma série de ajustes devido ao momento de vida que estão passando, como, por exemplo: a aposentadoria; a diminuição na força física e desgastes na saúde; perda pela morte do cônjuge, familiares e amigos também idosos, entre outros. Portanto, cabe a este grupo etário a tarefa árdua de adaptar-se a novos papéis sociais e estabelecer arranjos de vida satisfatórios. Portanto, quando os idosos são tratados com dignidade e incentivados a manter a autonomia, grandes melhorias na qualidade de suas vidas são vislumbradas.

De acordo com *Hildegard Peplau* (GEORGE, 1993), o enfermeiro deve ser um provedor de recursos, auxiliando na compreensão das limitações do idoso, a fim de que todo o processo de relação interpessoal seja proveitoso principalmente para o paciente, e que atividades relacionadas com a independência sejam ao máximo enfatizadas e incentivadas, contribuindo para a qualidade de vida dele e de sua família.

Categoria 2: Percepção Positiva da Qualidade de Vida

Desta Categoria temática emergiram sete subcategorias, analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo das respostas dadas pelos idosos à segunda pergunta da entrevista: “O (a) Sr (a) se considera como uma pessoa que tem qualidade de vida? Por quê?”. Dez idosos longevos responderam que possuem Qualidade de Vida.

A percepção positiva da qualidade de vida dos idosos que receberam tratamento na unidade de terapia intensiva igualou-se às 07 (sete) Subcategorias da Categoria1, nas quais os idosos definiram que possuem Qualidade de Vida porque têm: “Saúde”, “Dinheiro”, “Família”, “Sociedade”, “Tranquilidade”, “Felicidade” e “Independência” (Diagrama 3).

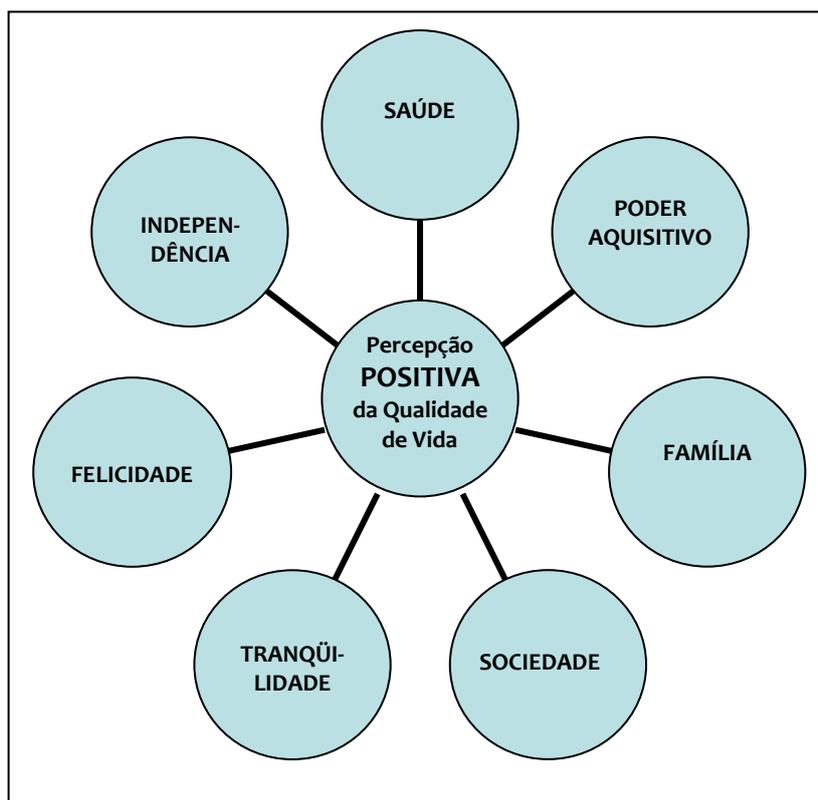


Diagrama 3: Percepção Positiva da Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na UTI – RIO DEJANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

As Subcategorias da Categoria 2 (Percepção positiva da qualidade de vida) foram embasadas pelas unidades de registro descritas no quadro 4.

CATEGORIA 2	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (nº. de repetições)
Percepção Positiva da Qualidade de Vida	1.2 – SAÚDE	Boa saúde (03) Boa alimentação (01) Locomover-se/Andar com as próprias pernas (01)
	2.2- PODER AQUISITIVO	Ter dinheiro (01) Ter casa (01)
	3.2 – FAMÍLIA	Ter família (03) Netos próximos (03) Filhos próximos (02) Amigos (01) Convívio com a família (01)
	4.2 – SOCIEDADE	Vida digna (01) Bom relacionamento interpessoal (01) Bom coração / Boa pessoa (01) Ajudar aos outros (01) Conquistas durante a vida (01) Adquirir conhecimento (01) Respeitado pelos outros (01) Igreja (01)
	5.2 – TRANQUÍLIDADE	Viver bem (01) Estar de bem com a vida (01)
	6.2 – FELICIDADE	Ser feliz (01) Diversão / Lazer (01)
	7.2 – INDEPENDÊNCIA	Ter trabalhado (01)

Quadro 4: Distribuição das unidades de registro levantadas de acordo com a Análise de Conteúdo das entrevistas, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Comparando o Quadro 4 com o Quadro 3, observa-se que as Subcategorias se repetem, pois elas estão apoiadas basicamente pelas mesmas unidades de registro, evidenciando que os idosos definiram Qualidade de Vida de uma forma que corresponde à percepção da mesma, ou seja, os idosos definem Qualidade de Vida e se percebem enquadrados exatamente dentro de suas próprias definições.

Subcategoria 1.2: Saúde

Nesta Subcategoria, os idosos apresentam as seguintes falas:

Por que eu nunca senti nada, então eu tenho qualidade de vida. – (E-13)

Eu me considero. Porque eu pratico tudo isso, me alimento bem... – (E-12)

Ando com minhas pernas. Graças a Deus, eu tenho saúde. – (E-5)

É, eu não tenho do que me queixar. Eu tenho uma boa qualidade de vida porque eu tenho saúde. – (E-3)

Verificou-se que estes idosos permaneceram na UTI apenas para acompanhamento do pós-operatório de suas respectivas cirurgias (nefrectomia, hepatectomia e herniorrafia, ressecção ileal por estenose). Todos possuem doenças crônicas (hipertensos, diabéticos), porém referem gozar de boa saúde. Ressalta-se, ainda, uma boa pontuação nos Índices de avaliação de capacidade funcional – *Katz e Lawton* – alcançados por estes idosos (B-25, A-27, A-25 e A-27), que refletem o bom nível de sua independência. Portanto, fica claro que o conceito de Qualidade de Vida não está necessariamente ligado a ter ou não ter saúde, mas sim à capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia, mesmo sendo portador, ou não, de alguma doença.

No processo de relação interpessoal, o profissional deve aproveitar estas concepções dos idosos acerca de qualidade de vida para traçar medidas de apoio que fortaleçam a capacidade deles em acreditar em si mesmos e em sua boa saúde, mesmo que alguns possuam doenças crônicas – como foi o caso citado. Para tanto, as medidas de controle da pressão arterial e dos níveis sanguíneos de glicose devem ser enfatizadas. E, primordialmente, devem ser destacadas as orientações acerca do uso regular de medicamentos, haja vista a condição de pacientes crônicos destes idosos.

Smeltzer, Bare, Hinkle e Cheever (2009) referem como cuidados específicos que devem ser dados pelo enfermeiro ao paciente idoso neste quesito – uso regular de medicamentos – as seguintes medidas:

- explicar as finalidades, os efeitos adversos e a dosagem de cada medicamento;
- fornecer o esquema de medicação por escrito;
- incentivar o uso de embalagens padronizadas;
- sugerir o uso de um dispensador de medicamentos de múltiplas doses, para vários dias;
- destruir ou jogar fora os medicamentos velhos não utilizados;
- incentivar o idoso a informar ao médico o uso de medicamentos populares e agentes à base de ervas, álcool e drogas ilícitas;
- incentivar o idoso a manter uma lista de todos os medicamentos no bolso ou carteira.

Contudo, para realizar esta tarefa de forma adequada, é preciso que este profissional assuma o papel de assessor/especialista técnico, ou seja, que possua conhecimento científico adequado para fornecer estas informações ao idoso. Além disso, é preciso cumprir todas as fases da Teoria de *Peplau*, a fim de que haja orientação, identificação, exploração e solução dos problemas apresentados pelos idosos em relação ao controle da pressão e dos níveis de glicose. Com essas orientações, o enfermeiro estará garantindo a saúde deste idoso e contribuindo de forma efetiva para a

preservação da Qualidade de Vida, haja vista que o controle das doenças crônicas minimiza suas repercussões maléficas para a saúde e possíveis internações da unidade de terapia intensiva, devido às complicações advindas do não acompanhamento e tratamento destas doenças.

Subcategoria 2.2: Poder aquisitivo

As unidades de registro que embasaram a Subcategoria Poder aquisitivo foram: ter dinheiro, especificamente, e possuir moradia:

O importante é minha casa e ter o meu dinheiro, Pra não depender de ninguém [...] O bom é a gente mesmo buscar o dinheiro da gente, porque agora eu faço isso, porque eu consegui um auxílio do governo. Até há alguns meses atrás eu não tinha dinheiro, porque eu não tinha essa ajuda do governo – (E-5)

Esta idosa é a única das entrevistadas que recebe um salário proveniente de um auxílio do governo, embora não seja aposentada nem pensionista, apesar de já ser viúva. Na realidade, trata-se de um Benefício de Prestação Continuada, associado à Lei Orgânica de Assistência Social, programa este que transfere 01 salário mínimo mensal para aqueles com deficiência ou idade acima de 65 anos, extremamente pobres, ou seja, com renda inferior a um quarto do mínimo mensal. Este auxílio, ela recebe há pouco tempo e, anteriormente, recebia ajuda financeira dos filhos.

Dados estatísticos mostram que, no Brasil, existem cinco vezes mais idosas sem nenhuma fonte de renda do que idosos; mais homens aposentados do que mulheres e mais mulheres pensionistas do que homens. Outro dado interessante aponta que a grande maioria dos idosos tem controle de sua própria despesa, contrastando com o senso comum, segundo o qual os idosos são dependentes nesta área (NERI, 2007).

Ao atender esta idosa, na fase de orientação, a enfermeira deve aproximar-se dela e criar uma atmosfera em que a paciente sinta-se à vontade para expor sua angústia quanto à questão financeira. Na fase de identificação, a enfermeira deve levantar os problemas que mais a afligem, fazendo com que ela seja capaz de lidar com seu problema. Na fase de exploração, a enfermeira pode trazer-lhe mais informações adicionais importantes, como, por exemplo, a existência do empréstimo consignado para aposentados com desconto diretamente na folha de pagamento do INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social – dentre outras medidas.

Por fim, na fase de solução, enfermeiro e paciente devem sentir-se satisfeitos com os resultados alcançados quando, então, o idoso se afasta, rompendo suas ligações com o profissional, porque suas necessidades e dúvidas relativas à sua situação financeira foram amenizadas com a intervenção e assistência de enfermagem.

Subcategoria 3.2: Família

A família também ocupa um lugar de destaque nesta Categoria temática 2, na Análise de Conteúdo das entrevistas acerca da Qualidade de Vida, ressaltando-se a importância dos filhos, dos netos e dos amigos.

Eu acho. Eu tenho filho e isso é uma qualidade de vida pra mim maior do que dinheiro. Tenho os meus netos também – (E-11)

Eu tenho. Porque eu tenho uma família. É... Meus filhos estão próximos da gente, os netos estão próximos. É... Eu não tenho do que me queixar. Eu tenho uma boa qualidade de vida. – (E-3)

Meu netinho me faz feliz! Porque esse menino é tudo pra mim. Porque ele não me deixa sozinha. As minhas filhas... Eu até já tenho bisneta – (E-5)

Claro que eu tenho qualidade de vida! Porque eu tenho amigos. – (E-9)

Para esses idosos, a preservação dos vínculos familiares é uma possibilidade de garantia de Qualidade de Vida. A análise das falas permite concluir que os idosos mantêm uma vida familiar ativa. Além disso, eles cultivam e valorizam as relações sociais de livre escolha, que são as amizades.

Cardoso, Oliveira e Loyola (2006, p. 719) referem que a atuação profissional da enfermagem deve estar “baseada num relacionamento interpessoal, interdisciplinar, comunitário e vinculado à família”. Reforça ainda este conceito, dizendo que é preciso conhecer o ambiente interpessoal de cada paciente, sua família e sua comunidade. Por isso, considera-se que a função básica do enfermeiro é de estabelecer um relacionamento integrado e dinâmico com a família do idoso durante sua permanência na UTI, como forma de colocá-la no processo terapêutico de maneira efetiva. Quando da alta hospitalar, não apenas os idosos, mas também suas famílias, devem ser preparadas com informações objetivas que contribuam para o seu restabelecimento e sua Qualidade de Vida.

Subcategoria 4.2: Sociedade

A Subcategoria Sociedade foi embasada em várias unidades de registro, de acordo com as seguintes falas:

Acho. Porque tenho. Eu sempre levei uma vida digna por mim próprio, sem ajuda de ninguém. Então eu acho que minha qualidade de vida vem por aí, da honestidade – (E-13)

Porque eu procuro estar bem com todo mundo. – (E-12)

Eu sou uma pessoa boa de coração. Eu ajudo as pessoas. Eu acho que por isso eu tenho qualidade de vida – (E-9)

O que eu lutei o que eu sei, ninguém me tira, entendeu? Então eu acho que isso é uma qualidade de vida – (E-6)

Eu acho que não acontece mais coisa comigo porque eu vivo feliz na igreja. Graças a Deus. [...] A igreja é importante. – (E-5)

O ser humano não possui, apenas, necessidades concretas como respirar, comer e dormir, mas, também, necessidades subjetivas, à vezes pouco conhecidas e reconhecidas. Ouvir o paciente é um detalhe fundamental enfatizado por *Peplau* na construção de sua teoria. Alcança-se este princípio, colocando em prática um dos conceitos do relacionamento interpessoal - ouvir o outro. No intuito de possibilitar ao idoso um convívio pacífico em sociedade, é preciso que o trabalho da enfermagem seja pensado no sentido das trocas entre idoso, sua família e sua comunidade (McEWEN; WILLS, 2009).

Numerosos trabalhos trazem dados importantes sobre o aumento da religiosidade na vida do idoso; religiosidade esta, maior do que em qualquer outra fase da vida. Para muitas pessoas, a religião fundamenta suas crenças, rituais, símbolos e tradições, o que as ajuda a articular uma percepção positiva sobre o significado da vida. Outras pesquisas apontam que a religiosidade/espiritualidade é decisiva na recuperação da saúde das pessoas: pacientes “espiritualizados” respondem melhor ao tratamento e recuperam-se mais rapidamente do que os “não espiritualizados”.

Na realidade, estas considerações vêm de encontro aos eventos negativos da velhice, suavizando o impacto do processo de envelhecimento, além de oferecer subsídios para o enfrentamento de situações estressantes tão comuns nesta fase da vida, como a perda de pessoas queridas, a perda de papéis sociais, e as perdas financeiras pela aposentadoria, entre outras (WITTER, 2006).

Compreender melhor o comportamento religioso do idoso é primordial para lidar com suas motivações e para dar suporte ao seu bem-estar psicológico e à sua Qualidade de Vida.

Subcategoria 5.2: Tranquilidade

As principais unidades de registro que embasaram a Subcategoria Tranquilidade estão relacionadas com “viver bem” e “viver de bem com a vida”, evidenciadas nas falas:

Eu me considero. Porque procuro estar de bem com a vida, com todo mundo, entendeu? Eu acho que qualidade de vida é isso aí – (E-12)

O importante é eu viver bem – (E-5)

Entende-se que uma vida longa é apreciada, se puder ser vivida intensamente. A ênfase contemporânea é de que a velhice esteja voltada para o prazer pessoal – prazer aqui entendido como bem-estar. Portanto, quando o idoso refere que Qualidade de Vida é estar de bem com a vida, entende-se que ele se inclui numa das referências mais preconizadas pela sociedade (NERI, 2007).

Alguns autores apontam que, para se viver bem e com tranquilidade, são necessários requisitos fundamentais: a possibilidade de morar em local com saneamento adequado, em residências limpas, com alimentação balanceada, acesso a serviços de saúde eficientes, rede de transporte coletivo eficiente, entre outros. Idosos que desfrutam destes privilégios têm melhores condições de viver com qualidade (PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006).

No processo de relação interpessoal, o enfermeiro deve levantar, junto ao paciente e aos seus familiares, as questões e situações que possam trazer tranquilidade ao idoso, e, em conjunto, traçar os meios factíveis de se “viver de bem com a vida”, apoiando-se na estrutura comunitária, familiar e financeira que este idoso possui. Dessa forma, o enfermeiro desempenha um dos papéis descritos por *Peplau* em sua teoria – conselheira – pois auxilia no reconhecimento dos recursos disponíveis ao idoso para o alcance da tranquilidade e conseqüentemente, da Qualidade de Vida (GEORGE, 1993).

Subcategoria 6.2: Felicidade

Para esta subcategoria, as unidades de registro levantadas de acordo com a entrevista dos idosos, estão em consonância com as seguintes falas:

Tenho qualidade de vida. Porque eu sou feliz. – (E-7)

Eu me considero uma pessoa que tem qualidade de vida. Porque eu pratico inclusive o divertimento – (E-12)

Para se alcançar um envelhecimento saudável e satisfatório ou saudável com Qualidade de Vida, é essencial a prática de atividades, quaisquer que sejam. O divertimento é primordial ao desenvolvimento e à manutenção das forças físicas, da competência cognitiva e das habilidades sociais. Portanto, considera-se o divertimento como uma das ferramentas para o alcance da felicidade e, conseqüentemente, da Qualidade de Vida (NERI, 2007).

“Na velhice, o ser humano prossegue envelhecendo” (PY; PACHECO; SÁ; GOLDMAN, 2006, p. 112). Entretanto, esse mesmo ser humano que alcança a velhice quer ser importante, quer estar junto às pessoas, quer sentir-se feliz. Para que seu desenvolvimento tenha continuidade e para superar as dificuldades inerentes à velhice, o idoso precisa estar envolvido em tarefas que lhe tragam satisfação e regozijo (WITTER, 2006).

Atingir esta meta, porém, não é fácil. As quatro fases da Teoria de *Hildegard Peplau* podem ser assim definidas, para a subcategoria Felicidade:

Na fase de orientação, o paciente apresenta sua dificuldade e pede ajuda a fim de que possa se sentir mais feliz frente às situações que está vivenciando. O enfermeiro, com outros membros da equipe, orienta o paciente acerca do problema e suas implicações. Na fase de identificação, deve-se proporcionar ao paciente a liberdade de escolha do profissional que lhe oferecerá ajuda, porém, na maioria das vezes, é o próprio enfermeiro o responsável pela aprendizagem construtiva do paciente, pois ele se identifica mais facilmente com este profissional que permanece mais tempo ao seu lado, prestando-lhe cuidados.

A fase de exploração acontece quando o idoso obtém os melhores benefícios possíveis da relação interpessoal, fazendo uso pleno dos serviços que lhe foram oferecidos. A última fase, chamada de fase de resolução, caracteriza-se pelo momento

em que o idoso sente-se mais confortável, satisfeito e feliz com a assistência prestada e pronto para desfazer os laços adquiridos com o enfermeiro (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

Subcategoria 7.2: Independência

Em relação à Subcategoria Independência, os idosos relatam:

...eu penso que tenho qualidade de vida... Porque eu sempre trabalhei – (E-13)

...ando com minhas pernas. Não preciso de ajuda pra isso. – (E-5)

O trabalho é um importante produtor de subjetividades. Os idosos se reconhecem como independentes, incorporam seus papéis sociais e se identificam. A produção dos significados sobre o envelhecimento está intimamente ligada ao mundo produtivo. A velhice é significada como a época da diminuição da força de trabalho dos sujeitos, como a época em que os indivíduos tornam-se incapazes de produzir e contribuir para a sociedade (SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006).

Porém, não se pode esquecer que, durante toda uma vida, o idoso já contribuiu de forma efetiva para esta sociedade. Portanto, nada mais justo que ele se orgulhe de sua contribuição dada e que desfrute, nos últimos anos que lhe restam, de uma vida com qualidade. O enfermeiro deve, então, assumir o papel de conselheiro, auxiliando o idoso a reconhecer sua contribuição na sociedade e ajudando-o a aceitar sua nova condição, solucionando problemas que interfiram em sua capacidade de viver feliz e eficientemente.

Além disso, os idosos relataram que se percebem como possuidores de qualidade de vida porque ainda conseguem realizar atividades do dia-a-dia, como “andar com minhas pernas”. O enfermeiro deve, desde o momento da admissão do idoso na UTI, estimular a deambulação precoce e atividades de autocuidado a fim de que o idoso sinta-se útil e menos dependente, assumindo, dessa forma, o papel de substituto, conforme citado por *Peplau*. Ou seja, o enfermeiro deve definir o momento em que o paciente assumirá frente a ele uma relação de dependência, interdependência e, por fim, de independência completa para deambular.

Para alcançar este objetivo, o relacionamento entre paciente e enfermeiro seguirá os seguintes passos (GEORGE, 1993): fase de orientação: fase em que o idoso procura

o enfermeiro e apresenta sua necessidade; fase de identificação: o idoso identifica o enfermeiro como o profissional apto a ajudá-lo e orientá-lo na deambulação precoce; fase de exploração: o paciente começa a sentir-se parte do processo interpessoal, colaborando com a assistência planejada; fase de solução: a relação terapêutica chega ao fim, pois o objetivo almejado – a deambulação independente – foi alcançado.

Categoria 3: Percepção Negativa da Qualidade de Vida

Desta Categoria temática, emergiram 03 (três) Subcategorias, em que os idosos definiram que não possuem Qualidade de Vida porque não têm “Saúde”, “Poder aquisitivo” e “Família” (Diagrama 4). Ressalta-se que 03 idosos responderam que não possuem Qualidade de Vida.

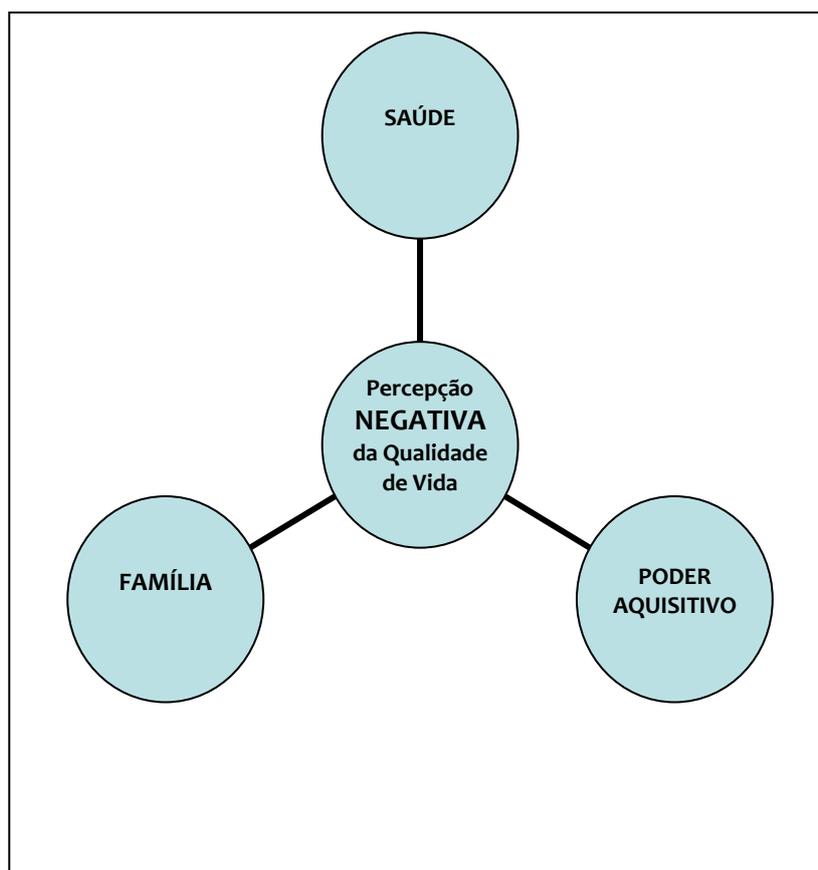


Diagrama 4: Percepção Negativa da Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na UTI – RIO DEJANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

As Subcategorias da Categoria 3 (Percepção Negativa da Qualidade de Vida pelos idosos que receberam tratamento na unidade de terapia intensiva) foram levantadas a partir das unidades de registro descritas no quadro 5.

CATEGORIA 3	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (n°. de repetições)
Percepção NEGATIVA da Qualidade deVida	1.3 – SAÚDE	Constantemente no médico (02) Não ter saúde (01)
	2.3 – PODER AQUISITIVO	Não ter dinheiro (02) Dinheiro para remédio (01)
	3.3 – FAMÍLIA	Perder um filho (01)

Quadro 5: Distribuição das unidades de registro levantadas de acordo com a Análise de Conteúdo das entrevistas, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Subcategoria 1.3: Saúde

Em relação à Subcategoria Saúde, os idosos que disseram que não a têm, apontaram os seguintes motivos:

Eu não, porque não. Porque se eu tivesse uma boa qualidade de vida eu não estaria sempre no hospital, eu estaria em casa trabalhando. É... Eu vou vivendo, mas a gente sempre pensa. Ninguém quer ficar doente, mas eu vou levando. Eu não tenho nem uma coisa, nem outra: nem saúde e nem dinheiro. – (E-1)

Não. Tem vezes que você ganha uma média de mil e duzentos reais e vai metade pra remédio. Qual a qualidade de vida que você tem? O meu lazer é ir ao médico, há um ano já. – (E-2)

Sem dúvida, despesas com saúde e outros cuidados especiais assumem um lugar de destaque no orçamento dos idosos. Observa-se nas falas que a percepção da Qualidade de Vida na velhice mostrou-se associada a aspectos negativos. Para Py; Pacheco; Sá; Goldman (2006), as doenças ou debilidades físicas são o principal sinal de que a velhice chegou. Desânimo e perda da vontade de viver são percebidos como forte sinal de que se ficou idoso. O objetivo da promoção da saúde e da prevenção de doenças nos pacientes idosos inclui a redução da mortalidade prematura causada pelas doenças crônicas e agudas, a manutenção da independência funcional, aumentando a expectativa de vida com manutenção ou melhora da Qualidade de Vida.

A fim de se atingir os objetivos propostos pelas Nações Unidas para as pessoas idosas, concorda-se com estes mesmos autores, quando referem que a independência,

participação, cuidado, auto-satisfação e dignidade são metas cruciais a serem alcançadas. Para tanto, são necessários esforços conjuntos impetrados não só pela família, mas de ações tomadas por ela, pelo governo e pela sociedade para auxiliar o idoso a melhorar e preservar sua Qualidade de Vida.

Entretanto, as pessoas reagem de forma diferente frente a problemas de saúde, pois cada ser humano é um ser único. Nestas ocasiões, para facilitar o processo terapêutico, o enfermeiro deve assumir o papel de substituto, ou seja, colocar-se no lugar do outro para entender não apenas a questão da ausência de saúde, mas, principalmente, todo o arcabouço social, econômico, familiar e emocional que acompanha o idoso. A partir daí, pode, em conjunto com este paciente, traçar metas plausíveis de serem alcançadas, a fim de que pequenos esforços realizados possam ser comemorados.

Subcategoria 2.3: Poder aquisitivo

Para a Subcategoria Poder Aquisitivo as unidades de registro levantadas foram: “Dinheiro pra remédio” e “Não ter dinheiro”.

Não... Tem vezes que você ganha uma média de mil e duzentos reais e vai metade pra remédio. O que se pode fazer na vida com essa situação? – (E-1)

Este relato evidencia o quanto a questão financeira/econômica relaciona-se intimamente com a questão da saúde. Numa fase da vida onde, teoricamente, o idoso deveria estar desfrutando dos benefícios de sua aposentadoria, a realidade mostra-se dura e cruel, revelando poucos recursos e o aparecimento de doenças que demandam altas quantias de investimento em medicações a fim de que o idoso possua o mínimo de qualidade de vida.

O enfermeiro deve preocupar-se com os problemas econômicos dos idosos, e procurar proporcionar cuidados de forma a integrar socialmente este indivíduo, dentro das possibilidades financeiras que ele possui, e da assistência que sua família possa prestar. Contudo, estudos revelam que, em relação ao fluxo de apoio entre jovens e idosos nas famílias brasileiras, quanto maior a renda e a saúde do idoso, maior a chance de receber apoio (SIMSON; NERI; CACHIONI, 2006).

Fica claro, portanto, a infinidade de papéis que o profissional deve estar apto a desempenhar, dentro deste relacionamento interpessoal, quando o idoso traz à tona questões que envolvam ter ou não recursos financeiros adequados para suprir suas necessidades. Seja no papel de conselheiro, provedor de recursos, professor, líder ou de especialista técnico, o enfermeiro deve se colocar sempre no lugar do idoso, a fim de desconstruir esta concepção que ele possui, de marginalização da sociedade pela falta de recursos, e que contribui para a percepção negativa de sua Qualidade de Vida.

Subcategoria 3.3: Família

Nesta subcategoria, os idosos longevos referem que não possuem Qualidade de Vida por questões relacionadas à família.

...Não tem nada mais... Perdi dois filhos em três anos. Minha filha morreu faz seis meses. Nada, nada me deixa contente. – (E-4)

Um componente essencial na vida do idoso são as suas relações com a família e com a comunidade. À medida que a idade avança, a família converte-se, de fato, no centro principal de suas relações, proporcionando ajuda e cuidados, além de companhia. A família converte-se no ponto de referência da sua estrutura social (RUIPÉREZ; LLORENTE, 2000). Portanto, para esta idosa entrevistada, ter recebido tratamento numa UTI não lhe trouxe qualquer preocupação ou ansiedade, mas, sim, as perdas familiares que aconteceram recentemente em sua vida.

O enfermeiro deve entender que, nestas situações, ele deve exercer seu papel maior, que é o de estabelecer o processo de comunicação e o relacionamento terapêutico com o objetivo principal de estimular esta idosa a enfrentar suas dificuldades e problemas, almejando uma vida saudável, pois este sentimento de luto não pode ocupar o principal lugar em suas concepções, haja vista que ela ainda possui outros filhos e muitos netos vivos e, ainda, transpôs o grande obstáculo de receber alta de uma unidade de cuidados intensivos. Enfim, devem ser realçados todos os aspectos positivos que existem em sua vida apesar das perdas que ocorreram.

Considerando a Categoria 3 como um todo, três idosos que responderam que não possuem Qualidade de Vida estão entre os mais longevos entrevistados, com idades entre 82 e 84 anos. Além disso, todos possuem doenças que trazem interferências

constantes no seu dia-a-dia - insuficiência cardíaca congestiva, câncer de bexiga e diverticulite.

A enfermagem é uma arte curativa, pois auxilia o doente de forma terapêutica e embasada em conhecimentos científicos. Frente aos problemas encontrados em cada uma destas subcategorias relativas à Percepção negativa de qualidade de vida, é preciso que haja uma ação coordenada e metódica com a finalidade de proporcionar a estes idosos cuidados e orientações que visem ao alcance da melhoria da qualidade de suas vidas.

O enfermeiro, em contato com estes pacientes, deve estimulá-los a expressar todos os sentimentos relacionados à saúde, família e poder aquisitivo, trabalhando em conjunto com eles de forma que ambos adquiram mais conhecimento neste processo e também amadureçam nele. Neste processo interpessoal, *Peplau* (GEORGE, 1993) aponta como um momento em que a enfermagem constitui uma experiência de aprendizagem do eu, e principalmente de aprendizagem da outra pessoa envolvida na ação interpessoal.

Desta forma, evidenciaram-se as quatro fases sequenciais das relações interpessoais (MACÊDO; SILVA; ARAÚJO; GALVÃO, 2006):

- A fase de orientação, na qual o enfermeiro deve apresentar os propósitos daquele relacionamento terapêutico, criando um ambiente de receptividade a fim de que o paciente sinta-se à vontade para expressar suas angústias; além disso, desempenhar um papel de provedor de recursos à medida que a interação vai ocorrendo, e, assim, dar possibilidade ao paciente de confiar nele e sentir respeito por ele.
- A fase de identificação, em que o paciente reage de maneira a conseguir satisfazer suas necessidades, adotando uma das seguintes posturas em relação ao enfermeiro: dependência, interdependência ou independência dele, haja vista que algumas soluções já foram dadas e alguns problemas resolvidos, no tocante às questões levantadas acerca da saúde, da família e do poder aquisitivo.

Nesta fase, o enfermeiro pode ainda assumir o papel de líder, pois deve ajudar o idoso a observar e entender as situações que o afetam, não esquecendo da ênfase dada pela Teoria das Relações Interpessoais que refere que, nesta relação, deve haver, acima de tudo, cooperação e participação ativa, de forma que as necessidades do paciente sejam satisfeitas. Neste processo, ambos, enfermeiro e paciente idoso, deixam-se conhecer e respeitam-se mutuamente.

- Na fase de exploração, é interessante que o enfermeiro assuma o papel de professor, oferecendo ajuda e ensinamentos a fim de que o idoso possa entender a situação que está vivenciando. Para isso, é preciso que o profissional leve em consideração o ambiente, a família, a renda, as condições de saúde e moradia, a rede de suporte que envolve este idoso.
- Na fase de solução, gradualmente é desfeito o relacionamento terapêutico, pois durante todo o momento foi criada uma estrutura de fortalecimento e capacitação para que o idoso possa agir por si mesmo, sem a presença do enfermeiro.

Ressalta-se que o início deste relacionamento terapêutico deve se dar ainda enquanto o idoso se encontra na unidade de terapia intensiva e, caso haja necessidade, deverá ser continuado mesmo após sua alta hospitalar. O critério mais importante em torno deste processo é a presença da família, do cuidador, do amigo, da pessoa mais próxima, dos vizinhos, do centro comunitário, enfim, do máximo de pessoas que o enfermeiro possa contactar a fim de ajudar este idoso a alcançar o máximo de Qualidade de vida dentro das possibilidades que estão disponíveis em seu entorno social.

Portanto, deve-se promover a saúde por meio de medidas que contemplem a formação e o acompanhamento de recursos humanos e também de recursos especializados para atender às reais necessidades da pessoa idosa - pois melhores condições sociais e de saúde darão definições mais positivas sobre o envelhecer.

Categoria 4: Influência Positiva da UTI na qualidade de vida

Esta Categoria emergiu de acordo com a Análise de Conteúdo das respostas dadas pelos idosos à terceira pergunta da entrevista: “*De que forma a UTI influenciou em sua qualidade de vida?*”. Sete idosos responderam que a UTI influenciou de forma positiva em suas vidas.

Da análise das entrevistas realizadas emergiram 03 (três) Subcategorias: “Momento para reflexão”, “Segurança” e “Solidariedade” (Diagrama 5).

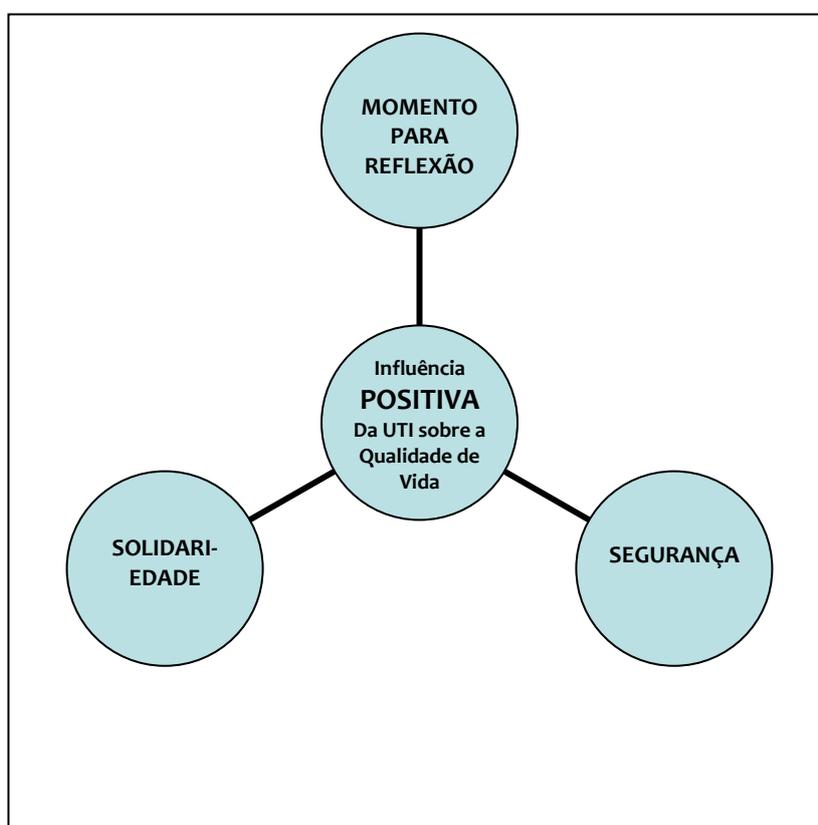


Diagrama 5: Influência Positiva da UTI na Qualidade de Vida dos idosos que receberam tratamento na unidade – RIO DEJANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

As Subcategorias da Categoria 4 (Influência Positiva da UTI na qualidade de vida) foram levantadas a partir das unidades de registro descritas no quadro 6.

CATEGORIA 4	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (nº. de repetições)
Influência POSITIVA Da UTI sobre a Qualidade De Vida	1.4 – MOMENTO PARA REFLEXÃO	Mudança de estilo de vida (01) Mudança dos hábitos alimentares (01) Momento para reflexão (01) Dá mais valor à vida (01)
	2.4 – SEGURANÇA	Segurança (01) Bem-estar (01) Sentir-se bem após a cirurgia (01) Salvou a vida (02) Controlou a pressão (01) Contribuiu na recuperação (01)
	4.4 – SOLIDARIEDADE	Poder ajudar (01) Poder consolar (01) Ajuda mútua (01) Fui bem tratada (03) Eram minha família (01) Só tem elogios à UTI (01) Fomos amigos (01)

Quadro 6: Distribuição das unidades de registro levantadas de acordo com a apreensão da Análise de Conteúdo das entrevistas, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Subcategoria 1.4: Momento para reflexão

Com relação à Subcategoria Momento para reflexão, procurou-se transcrever os depoimentos que apresentavam mais objetividade:

...Influenciou, bastante. Porque primeiro eu deixei um vício que era absurdo... porque desde a época da faculdade eu não conseguia parar de fumar. Consegui mudar o modo de alimentação também... Entrar num ritmo mais tranquilo de alimentação (E-8).

...eu acho que foi em todos os sentidos bom pra mim. Vi os médicos tentando salvar alguns... Alguns, não sei, não tinham condições de continuar. E aquilo me chocou muito, eu vi que tinha que mudar a qualidade da minha vida. – (E-12)

Influenciou. Influenciou porque quando eu estava internado a gente pensa muito no que é a vida, a gente dá muito mais valor à vida. E toda essa mesquinha que tem aqui fora, a gente passa por cima disso tudo, passa a ter outro pensamento do que é a vida. É uma reflexão. – (E-6)

A unidade de terapia intensiva caracteriza-se como um setor no qual se dá ênfase ao conhecimento técnico-científico e a procedimentos invasivos que visam à manutenção da vida do paciente, onde as rotinas são rígidas e inflexíveis, os ruídos constantes e as situações de emergência são muito comuns. Devido a estas características, torna-se um ambiente de insegurança, medo, de desconforto, impessoalidade, falta de privacidade e isolamento social, onde a morte – no imaginário de muitas pessoas – torna-se um imperativo (MARTINS; NASCIMENTO, 2005).

É de se esperar, portanto, que, envolvido com todas estas questões, a UTI propicie para o paciente que ali deu entrada, muitos momentos para reflexão, principalmente o paciente idoso, que, por sua própria característica, é mais frágil. Ele pensa sobre sua vida e os motivos que o levaram a chegar até aquele estado de doença, refletindo que apenas os cuidados intensivos poderiam salvá-lo. Além disso, o afastamento do convívio da família e dos amigos contribui para algumas felizes reconciliações, pois, como em algumas situações seu estado de saúde é grave, reforçado pelas comorbidades que possui, o idoso imagina que poderá não ter outra oportunidade de encontro com as pessoas que fizeram parte do cenário de sua vida.

Muitos idosos, ao alcançarem o feito de receberem alta da unidade, adotam uma mudança em seu estilo de vida, como parar de fumar e de consumir bebidas alcoólicas, praticar exercícios físicos, ser uma pessoa com sentimentos mais voltados para a espiritualidade. Enfim, a unidade intensiva mexe profundamente com a estrutura e a mente do idoso, pois, como muitos deles vivenciaram ou presenciaram momentos em que a vida e a morte estavam representadas por uma “linha” tênue, passam a se preocupar mais intensamente com a qualidade que estão oferecendo às suas vidas.

Um estudo realizado por Simson, Neri, e Cachioni, (2006) acerca da análise de conteúdo de textos publicados entre 1995 e 2002, no jornal “A Folha de São Paulo”, relata que a boa longevidade é apontada como fruto da combinação de genética favorável e de um estilo de vida saudável. A grande maioria destes textos diz que os males da velhice podem e devem ser prevenidos por um adequado estilo de vida, que mescla cuidados, atividade, otimismo e disposição pessoal.

Ao construir a Teoria das Relações Interpessoais, *Hildegard Peplau* objetivou o cuidado humano centrado no processo terapêutico entre a enfermeira e o paciente. Baseada no modelo psicodinâmico, a teoria busca atender às necessidades do paciente, identificando suas dificuldades e ajudando-o a superá-las, por meio de um cuidado de enfermagem individualizado.

Considerando este momento de fragilidade do idoso, o enfermeiro deve, na fase de orientação, estabelecer o processo de comunicação e relacionamento interpessoal. Neste primeiro contato, identifica e compreende as necessidades dos problemas existentes. Durante a fase de identificação, o próprio paciente seleciona o enfermeiro para expor suas angústias e receios. Havendo um relacionamento interpessoal satisfatório nesta fase, os idosos sentem-se motivados a enfrentar suas necessidades, tendo a sensação de poderem, eles próprios, lidarem com seus problemas.

Na terceira fase, fase de exploração, todos os serviços que o enfermeiro possa oferecer ao paciente são explorados, e ela acaba por assumir vários dos papéis descritos por *Peplau* no processo de relacionamento terapêutico. Neste momento, o enfermeiro estimula o enfrentamento de suas dificuldades, pois deseja que o paciente permaneça saudável e que supere seus problemas. Na quarta e última fase, a de solução, é desfeito o elo entre enfermeiro e paciente, pois o idoso já está consciente de que mudanças precisam ser realizadas em seu estilo de vida a fim de que ele possa viver com mais qualidade (MORAES, LOPES, BRAGA, 2006).

O tratamento da pessoa idosa em uma UTI assume um sentido particular pela possibilidade de intensificação da fraqueza e vulnerabilidade que a caracteriza. Qualquer agressão à integridade da pessoa idosa, ainda que mínima, pode ter como consequência um desequilíbrio global irreparável (SILVA; GONÇALVES, 2010). Portanto, o fato deste idoso referir que seu tratamento na UTI lhe proporcionou um momento para reflexão, deve ser considerado como um ponto positivo, haja vista que nesta fase ele enfrentou momentos de desalento e desesperança, mas que contribuíram para uma mudança da perspectiva de sua Qualidade de Vida.

Subcategoria 2.4: Segurança

Os idosos longevos também consideraram que a UTI é um ambiente seguro, e que, por este motivo, houve influência positiva em sua Qualidade de Vida:

Isso pra mim foi gratificante. Porque foi mais uma segurança para o meu bem-estar que eu estou hoje. Tem mais de seis meses que eu fui operado e me sinto bem. Também não sinto nada referente à cirurgia. Por isso, foi gratificante eu ter ficado na UTI – (E-8)

Ah! ... Eu gostava mais de estar na enfermaria, mas a UTI que me ajudou a salvar-me, pois eu pensei que iria morrer que não passava, não passava daquele dia. – (E-10)

Eu acho que foi bom. Porque foi bom. Porque do jeito que eu estava, a pressão não abaixava de jeito nenhum. Ter passado na UTI foi bom, foi bom. Ajudou-me. Controlou a pressão. – (E-5)

O ambiente hospitalar, e principalmente o ambiente de terapia intensiva, significam para alguns um lugar especial, um lugar seguro, pois a equipe protege o paciente. O idoso sente-se satisfeito em estar ao lado da equipe que cuida dele, é uma atitude que traz tranquilidade e segurança. Portanto, considera-se que, quando a unidade

de terapia intensiva transmite para o idoso esta sensação de segurança, está ao mesmo tempo contribuindo para a qualidade de vida dele.

Orlando e Miquelin (2008) referem que os “produtos” procurados pelos pacientes que estão internados na unidade de cuidados intensivos incluem: a cura da doença que motivou a internação, o alívio de uma situação aguda, o prolongamento da vida, a profilaxia de complicações e apoio psicológico. Entende-se que o idoso procura sobreviver com a melhor qualidade possível.

As medidas de apoio ao idoso para a melhoria da Qualidade de Vida após a alta da UTI visam responder à imperiosa necessidade de prestar melhor assistência ao paciente grave, concentrando recursos humanos e materiais capazes de possibilitar racionalização, rapidez e eficiência no trabalho. Alguns fatores contribuíram para o desenvolvimento de métodos especiais no atendimento ao paciente hospitalizado, dentre os quais a procura do melhor meio de cuidado dispensado ao paciente crítico, não só para sua sobrevivência, mas para a sua reintegração a uma existência normal, com o mínimo de desconforto (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Considerando a Teoria de *Peplau*, o enfermeiro deve, no momento de interação terapêutica, reforçar junto ao idoso as informações de que a UTI é uma unidade diferente das demais, por ser um setor fechado, com visitas limitadas, por contar com uma equipe especializada e equipamentos de alta complexidade e que tem como objetivos reduzir a mortalidade e fazer uma observação individualizada, contínua e integral do paciente. Essas informações são essenciais, pois proporcionarão um sentimento de segurança e de expectativas atendidas frente ao seu problema de saúde. Neste momento, o principal papel assumido pelo enfermeiro é de especialista técnico, além de provedor de recursos e de líder (GEORGE, 1993).

Subcategoria 3.4: Solidariedade

Os idosos referiram que a UTI era um ambiente amistoso, de solidariedade.

...veja bem, você passa a lidar com um ser humano que está sofrendo igual a você. Está lá no leito. Aí você fica olhando para o teto, vendo o sofrimento de aquele ser humano que é igual a você, e às vezes está em pior situação de saúde que você. Então você se sente bem em ajudar e colaborar. Eu colaborei muito quando estive internado. Eu ajudei muito na nossa maneira de consolar quem está desesperado. Então você pode mostrar pro enfermo que existe um Deus que é a coisa mais maravilhosa dessa vida! – (E-6)

Verifica-se neste depoimento que, no momento em que uma pessoa se interna na UTI, depara-se com um ambiente desconhecido e impessoal em que tudo acontece e se altera rapidamente. Além da dor física, causada pela própria doença e pela terapêutica muitas vezes invasiva, também está sujeita à dor causada pela invasão de sua intimidade por pessoas estranhas e pelo afastamento da família e amigos. No tocante à pessoa idosa, que já se encontra numa fase da vida caracterizada pela fragilidade e vulnerabilidade, estes aspectos tornam-se mais intensificados, haja vista que na fase em que necessitam de mais carinho e atenção de seus entes próximos, o idoso encontra-se isolado, num ambiente que pode gerar sofrimento e ansiedade (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Outros depoimentos importantes foram destacados no que concerne à solidariedade existente na UTI:

Influenciou positivamente. Altamente positivo. Fui muito bem servido. Na UTI eu fui muito bem atendido – (E-3)

...Contribuiu muito e muito... Eu fui bem tratada... As pessoas que pareciam ser minha família... Elas eram minha família lá. Influenciou pra melhor, pra melhor! – (E₁₁)

Bem só tenho a dizer bem da UTI, fui muito bem tratado aí. Gostei muito. Mas graças a Deus eu tenho a dizer e repito, gostei muito daí. Vocês foram muito meus amigos. Médicos enfermeiros... – (E₁₀)

As unidades intensivas requerem um apoio logístico diferenciado e um apoio humano qualificado. A utilização de recursos tecnológicos avançados e a competência no domínio da técnica são elementares para o cuidado desenvolvido nesta unidade, entretanto, não podem ser mais significativos que a essência e o calor humano - a pessoa começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor do cuidado.

Ao desempenhar suas atividades assistenciais na UTI, o enfermeiro assume todos os papéis descritos por *Peplau* – conselheiro, provedor de recursos, professor, líder, substituto e especialista técnico – ao interagir com o paciente e com a sua família (GEORGE, 1993; MACÊDO; SILVA; ARAÚJO; GALVÃO, 2006). Na fase de orientação, o paciente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. O enfermeiro deve aproveitar esta oportunidade e oferecer informações acerca do setor de terapia de intensiva e dos componentes da equipe, propiciando maior confiança. Todas as indagações e ansiedades inerentes ao setor devem ser sanadas a fim de que se abra caminho para interações futuras.

Peplau (1993) refere que o ambiente hospitalar é propício para o desenvolvimento desta etapa, pois o paciente fica envolto em seu próprio pensamento imaginário, com os sentidos bastante aguçados, considerando suas limitações de espaço e liberdade de movimentos, o que pode levá-lo a expressar várias necessidades, que, mesmo irrelevantes, devem ser atendidas, de forma que a atividade investigativa do enfermeiro seja estimulada à procura das reais necessidades do idoso.

No tocante à teoria das Relações Interpessoais, na fase de interação, enfermeiro e paciente são dois estranhos, contudo existe a procura do idoso por ele a fim de que a relação terapêutica seja iniciada. Na fase de identificação, o enfermeiro deve auxiliar o paciente a concentrar-se na solução dos problemas mediante seus próprios esforços, dando-lhe tempo suficiente para que complete as atividades, de forma que, aos poucos, vá ganhando independência em relação aos cuidados prestados.

Na fase de exploração, a interação enfermeiro-paciente deve alcançar os melhores benefícios possíveis. Se o paciente apresentar novas demandas, elas devem ser sanadas, porém o processo terapêutico deve ir avançado a tal ponto que diminua a identificação do idoso com a pessoa que lhe prestou ajuda.

Chega-se então à fase de solução onde os laços da relação interpessoal são desfeitos, pois o paciente já consegue lidar sozinho com suas necessidades, solucionando-as sem ajuda de terceiros.

Categoria 5: Influência Negativa da UTI na qualidade de vida

Esta Categoria temática emergiu de acordo com a Análise de Conteúdo das respostas dadas pelos idosos à terceira pergunta da entrevista: “*De que forma a UTI influenciou em sua qualidade de vida?*”. Seis idosos afirmaram que a UTI influenciou negativamente em sua qualidade de vida.

Da análise das entrevistas realizadas emergiram 03 (três) subcategorias: “Sofrimento”, “Internação curta” e “Negação da doença” (Diagrama 6).

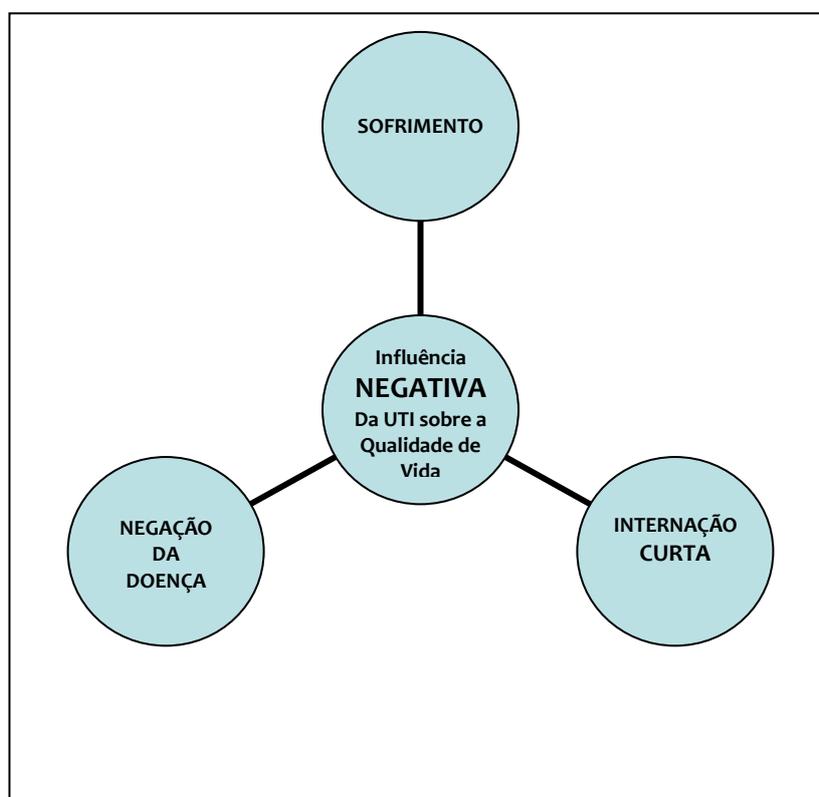


Diagrama 6: Influência Negativa da UTI na Qualidade de Vida dos idosos que receberam tratamento na unidade – RIO DEJANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

As Subcategorias da Categoria 5 (Influência Negativa da UTI na qualidade de vida) foram levantadas a partir das unidades de registro descritas no quadro 7.

CATEGORIA 4	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (nº. de repetições)
Influência NEGATIVA Da UTI sobre a Qualidade De Vida	1.5 – SOFRIMENTO	Vida sofrimento (01)
	2.5 – CURTA PERMANÊNCIA	Um dia de UTI (02) A recuperação deve-se à enfermaria (01)
	3.5 – NEGAÇÃO DA DOENÇA	Não estar doente (01) Ser feliz (01) Conhecer a UTI (01)

Quadro 7: Distribuição das unidades de registro levantadas de acordo com a apreensão da Análise de Conteúdo das entrevistas, RIO DE JANEIRO, RJ, 2010. Fonte: Dados da pesquisa.

Subcategoria 1.5: Sofrimento

Quanto à Subcategoria Sofrimento, os depoentes foram enfáticos:

Eu devia ter morrido naquela época que eu tive na UTI. Não sofreria tanto.–
(E-4)

...eu não tenho mais aquela disposição que tinha: correr atrás de qualquer coisa. Porque depois dessa doença fiquei automaticamente paralisado. Minha vida parou. Essas operações, a UTI, quer dizer salvaram minha vida, mas... O modo de viver a vida ficou muito ruim... (Chora) – (E-2)

Os idosos referem que seu tratamento na UTI influenciou em sua Qualidade de Vida, havendo um retrocesso. A hospitalização pode representar, para muitos idosos, um momento de fragilidade, insegurança e medo, intensificados quando ocorre em um ambiente de terapia intensiva, no qual se dá ênfase ao conhecimento técnico-científico e a procedimentos técnicos para o atendimento biológico, buscando manter o ser humano vivo; local em que a possibilidade de morte se faz mais presente pela gravidade dos indivíduos; e setor cujas rotinas, muitas vezes, são constantes e as situações emergenciais estão sempre presentes (ORLANDO, 2001). Essas e outras características da UTI fazem com que a referida unidade seja considerada um dos ambientes mais estressantes do hospital e totalmente diferente do ambiente residencial do idoso.

Historicamente é sabido que a Enfermagem pós-nightingaleana se afastou de suas bases fundamentais, em que a assistência com finalidade terapêutica, pautada na doença, sobrepõe-se ao foco de atenção centrado na pessoa. Numa unidade onde reina a tecnologia e o conhecimento técnico-científico, o profissional de enfermagem deveria sentir-se sensibilizado com a realidade vivida pela pessoa idosa, que, a partir do momento em que dá entrada na UTI, perde sua individualidade e onde o controle sobre

si mesma fica nas mãos dos profissionais que a assistem (SILVA; GONÇALVES, 2010).

Soma-se a estas características o fato de as pessoas idosas serem consideradas mais vulneráveis, requerendo mais atenção, paciência, carinho e dedicação, isto devido ao fato de possuírem uma capacidade diminuída à adaptação de novas realidades, pela carência afetiva e pelas limitações impostas pela idade.

Além disso, a humanização deve ocupar uma posição central neste processo de cuidar do idoso longo. Este cuidar deve ter um olhar mais humano, otimista e integrador, visando não apenas à cura, mas procurando recuperar a máxima Qualidade de Vida, autonomia e independência da pessoa idosa. Este cuidado também implica uma continuidade, um processo que deve envolver sensibilidade, solicitude, presença, atenção, enfim, sentimentos que favoreçam este processo de viver. Portanto, o papel da enfermagem na UTI deve ser o de reafirmar o potencial da pessoa idosa, ajudando-a a encontrar um novo sentido para a vida e promovendo nela o cuidado de si.

É necessário que, ao se estabelecer o relacionamento interpessoal com este paciente, o enfermeiro cumpra as fases da Teoria de *Hildegard Peplau*, baseada na premissa de reafirmar o potencial da pessoa idosa, ajudando-a a encontrar um novo sentido para a vida, cultivando pensamentos mais positivos. O profissional auxilia a pessoa a perceber que ela ainda é capaz de superar novos desafios. Nestas situações, vê-se, claramente, que o enfermeiro assume um papel de conselheiro, conforme descrito por *Peplau* (GEORGE, 1993).

Subcategoria 2.5: Curta permanência

... eu acho que não. É meio difícil. Eu passei um dia na UTI. Tem pessoas que passam quatro, cinco dias. Eu não eu só passei uma noite. – (E-7)

... não influenciou. Porque eu sentia dor todo dia. Vim para a UTI, sofri naquele dia, naquela hora só e nunca mais senti nada. E fiquei feliz. Fiquei feliz dali pra cá, vivo mais feliz, mais alegre. Podendo fazer aquilo que eu mais gosto. Eu não podia fazer mais nada. Sentava um pouquinho num lugar, tinha que estar levantando. A UTI não influenciou em minha QV, mas a internação sim. Com a internação no hospital, na enfermaria que eu melhorei... Só fiquei um dia na UTI. – (E-13)

Martins e Nascimento (2005) referem que um dos principais motivos que ocasionam a internação do idoso na UTI é o pós-operatório imediato ou tardio de cirurgias de emergência ou de grandes cirurgias eletivas - além das afecções

cardiovasculares, afecções respiratórias e traumas. Pelo fato de terem permanecido apenas um dia na UTI, em pós-operatório de suas cirurgias, estes idosos não conseguem dimensionar a importância desse fato para sua Qualidade de Vida, haja vista que consideram que grave é o paciente que permanece por muitos dias neste setor.

Um paciente em pós-operatório pode apresentar complicações graves, e se ele não for monitorado minuciosamente, como acontece na UTI, uma simples alteração fisiológica pode até mesmo levá-lo à morte, principalmente se tratando de um paciente idoso, com estrutura orgânica detentora de certas particularidades que, em relação ao paciente jovem, está em posição de desvantagem.

Portanto, para o idoso ser assistido e recuperar-se do desequilíbrio causado pelo ato cirúrgico, torna-se essencial que o enfermeiro cuide não apenas dos aspectos biológicos de sua internação, mas esclareça a importância daquele cuidado mais minucioso, isto é, a assistência na UTI, mesmo que só por um dia, preocupando-se com as necessidades do paciente e não simplesmente ocupando-se delas. Ou seja, neste processo de interação terapêutica enfermeiro-paciente, dentro dos preceitos preconizados pela teoria de *Peplau*, o enfermeiro deve assumir o papel de substituto, colocando-se no lugar do paciente idoso.

Subcategoria 3.5: Negação da doença

A reflexão acerca da influência da UTI em sua Qualidade de Vida foi a negação da doença vista por duas partícipes:

... eu estava bem. Aí me levaram pra UTI... Não sei o motivo. Nunca tinha entrado numa UTI nem pra visitar ninguém [...] até gostei de uma coisa me que fizeram lá, pois eu não queria comer de jeito nenhum. Então resolveram colocar uma sonda no meu nariz... Aí eu falei [...] pode deixar que eu vou comer. Aí num instantinho eu voltei a me alimentar. (E-1)

Eu acho que não, que não influenciou. Eu não fui para a UTI porque eu estava doente. Eu fui colocar um marcapasso. Eu estava bem. Eu já era feliz e continuei assim. (E-9)

Nenhum dos idosos entrevistados aceitou o fato de que, por um momento, suas condições clínicas não eram estáveis o suficiente a ponto de serem mantidos na enfermaria. Não importa se nossa concepção da realidade não é a mesma que a deles. O que importa é o modo como eles, os idosos, interpretam sua realidade. Na concepção de

Simson, Neri e Cachioni, (2006, p. 198), o que interessa é que “essa memória é real porque é dita, porque baseia essa representação construída e, portanto, repercute no sujeito da fala, fornecendo-lhe os significados”.

Pelos relatos, percebe-se que os idosos não sabiam exatamente as razões pelas quais foram conduzidos à unidade de terapia intensiva. Caberia ao enfermeiro, prontamente, já em suas admissões na unidade, explicar-lhes o motivo e apresentar-lhes o setor, assumindo os papéis de provedor de recursos – proporcionando respostas específicas às ansiedades do paciente – e de líder, pois executa o processo de início e manutenção do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente.

Em relação ao primeiro relato, por exemplo, observa-se que o idoso apresentava dificuldades para alimentar-se. Pedreira (2000) revela que, muitas vezes durante sua internação, o idoso apresenta comportamentos que normalmente não ocorreriam em pacientes de outras idades, como desorientação e não aceitação do tratamento. É importante que, então, o enfermeiro esteja atento para o que está velado: o paciente idoso pode estar apenas apresentando dificuldades de adaptação em um ambiente não-familiar, ao lado de pessoas estranhas e, além disso, está vivenciando situações que desconhece. Não se pode, portanto, concordar com o senso comum que o rotula como sendo uma pessoa desorientada ou esclerosada.

Pesquisas nacionais e internacionais dizem que, para os idosos, a doença e a morte não assustam, mas sim as condições que podem anteceder a morte, como a dependência, a perda de dignidade, a solidão e o sofrimento (NERI, 2007). E o tratamento na UTI traz consigo a possibilidade do estabelecimento de uma destas condições. Então, nada mais plausível que esperar deste idoso que se encontra na unidade intensiva, reações de negação acerca de seu momento de saúde.

Em síntese, a Análise de Conteúdo acerca das entrevistas sobre Qualidade de Vida se configurou como forte produtora de subjetividades, pois instituiu visões sobre a realidade de acordo com a dimensão simbólica de cada idoso que recebeu tratamento na UTI. Num processo dinâmico, a definição e conceituação de Qualidade de Vida dada por estes idosos poderão se modificar no tempo e, mesmo agora, modificam a realidade, pois constroem e reconstruirão os significados sobre a velhice para a sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES

FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos propostos, procurou-se conhecer o conceito de Qualidade de Vida delineado pelos idosos que receberam tratamento na UTI, por meio da análise de dados objetivos – perfil sócio-demográfico, perfil clínico, índices de *Katz* e de *Lawton* – e de dados subjetivos – Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas. Além dos pressupostos da Teoria das Relações Interpessoais de *Peplau*, foram sugeridas medidas de apoio entre o enfermeiro e estes idosos.

Pela análise dos dados clínicos, verificou-se que a maioria dos idosos entrevistados foi internada na UTI em pós-operatório imediato e são portadores de doença cardiovascular. Observou-se que as mulheres, na atualidade, não fumam nem consomem bebidas alcoólicas e que alguns homens deixaram de fazê-lo; a atividade física cotidiana é realizada somente por um dos entrevistados.

Com relação à pontuação dos índices de *Katz* e de *Lawton*, que avaliam a capacidade funcional nas atividades de autocuidado e de convívio na comunidade, os idosos alcançaram boas pontuações. Porém, os que alcançaram as mais baixas pontuações, não necessariamente consideravam sua própria Qualidade de Vida como ruim, mas como boa.

O estudo indicou que o conceito de Qualidade de Vida construído pelos idosos é embasado fortemente nas questões relacionadas a “Poder aquisitivo”, “Família”, “Sociedade”, “Tranquilidade”, “Felicidade” e “Independência”, além de “Saúde”. Para o reconhecimento da construção deste conceito foi efetuado um levantamento a fim de captar a percepção do idoso longo acerca de sua própria Qualidade de Vida. A maioria tem dela uma percepção positiva, apontando para isso os mesmos componentes enumerados quando conceituaram este termo. Entretanto, os que consideraram que não possuem Qualidade de Vida, apontaram para esta percepção negativa apenas três categorias: não ter saúde, não possuir um poder aquisitivo satisfatório e a perda de familiares. Estes idosos estão entre os mais longevos da pesquisa.

“Momento para reflexão”, “Segurança” e “Solidariedade” foram unidades de registro reveladas nas subcategorias levantadas quanto às possíveis implicações positivas que a UTI possa ter causado na Qualidade de Vida desses idosos. Entretanto, quase a metade dos idosos entrevistados relatou que houve influência negativa da UTI

em sua Qualidade de Vida, expressando este posicionamento pelas unidades de registro nominadas como “Sofrimento”, “Negação da doença” e “Internação curta”.

Medidas de apoio devem ser tomadas no sentido de garantir ao idoso uma boa Qualidade de Vida, e, dentro deste contexto, considera-se importante o papel do enfermeiro no sentido de orientar adequadamente o idoso internado na UTI, esclarecendo-lhe todos os motivos pelos quais ele precisou receber tratamento na unidade e que, após a sua alta, medidas devem ser tomadas no sentido de corroborar com sua recuperação e com o retorno às suas atividades habituais dentro de suas possibilidades físicas e clínicas.

Neste estudo também verificou-se a importância das teorias de enfermagem para a prática profissional – desmistificando o seu uso como algo fora da realidade – com destaque para a Teoria das Relações Interpessoais de Enfermagem, de *Hildegard Peplau*. A autora enfoca as fases de orientação, identificação, exploração e solução/resolução, nas quais o enfermeiro desenvolve diferentes papéis para auxiliar o paciente no desenvolvimento de suas necessidades, até que esteja apto a assumir uma situação de independência em relação a ele.

Portanto, para que os Enfermeiros possam tornar-se autônomos e independentes, é necessário que a assistência esteja pautada nas teorias, pois elas promovem a sua identidade profissional. No caso da Teoria utilizada neste estudo, para que o enfermeiro alcance um relacionamento interpessoal satisfatório, é preciso que esteja atento às suas próprias necessidades e desenvolva um processo de autoconhecimento, a fim de que consiga, também, compreender o outro e ajudar o ser humano numa das fases mais delicadas de sua vida, que é a do envelhecimento.

Acredita-se, ainda, que este estudo possa despertar o interesse pela Teoria das Relações Interpessoais, pois são escassos os estudos em torno dela, talvez porque tenha sido desenvolvida no contexto da Psiquiatria, ainda na metade do século passado, com publicação em 1952. Porém, como já foi dito anteriormente, sua utilização traz muitos benefícios para a prática de enfermagem, contribuindo para uma assistência que proporciona Qualidade de Vida ao paciente.

Sabe-se que, na definição de Qualidade de Vida das futuras gerações, o envelhecimento, ou a velhice propriamente dita, será fortemente influenciada pelas condições político-econômicas e pelas novas configurações dos laços familiares e dos contratos de gênero. Novos desafios para o Estado, para a sociedade e para a família

ocorrerão devido às mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, no sentido de atender às necessidades dos idosos e, principalmente, dos mais longevos.

Porém, não se pode esquecer que, em qualquer sociedade, os jovens devem garantir condições necessárias à boa qualidade de vida dos idosos. Por isso, é necessário que políticas favoráveis a uma velhice saudável atinjam não somente os idosos, mas também priorizem a infância e a juventude, porque é preciso prepará-las para a velhice. Enquanto isso, é preciso dar conta das necessidades dos que já atingiram esta faixa de idade, que devem ser vistos como cidadãos investidos de plenos direitos de uma vida digna e com qualidade.

Espera-se que este estudo possa contribuir efetivamente para aumentar o volume do debate em torno dessas questões, trazendo desdobramentos acerca do papel social do idoso na família, nos grupos de convívio ou em outros espaços sociais, abrindo-lhes novas perspectivas que permitam transformar a terceira idade numa etapa da vida em que se possa efetivamente dela usufruir, com dignidade e com novas possibilidades de realização.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, v. 20, p. 153-64, 2004.

ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 39, n. 2. p. 202-210, jun. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

_____. _____. Ed rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BORGES, M. R. **A História da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 819 p.

BOUMENDIL, A. ; MAURY, E.; REICHARD, I. et al. Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 30, p. 647-654, 2004.

BOWLING, A.; GABRIEL, Z.; DAKES, J. et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **International Journal of Aging and Human Development**, v. 56, n. 4, p. 269-306, 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde**. Bioética, Brasília, v. 4, n. 2 – Suplemento, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, Poder Executivo, DF, 02 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

CARDOSO, T. V. M.; OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p.718-724, DEZ. 2006.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). **Revista Brasileira de Pneumologia**, v. 39, n. 3, p. 143-50, abr./jun. 1999.

COHEN, C. On the quality of life: some philosophical reflections. **Circulation**, v. 66, p. 29-33, 1982.

COSTA, L.V.A. Apresentação. In: ANAIS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: uma agenda para o final do século; 1996. julho 1-3; Brasília; Brasil, 1996.

FERRANS, C. E.; POWER, M. J. Psychometric assesment of quality of life index. **Revista Nurse Health**, v. 15, p. 29-38, 1992.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.

HASHIMOTO, H.; GUEDES, S. L.; PEREIRA, V. C. **O ostomizado e a qualidade de vida**: abordagem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

HEINOMEN, H.; ARO, A. R.; AALTO, A. M.; UTELA, A. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? **Quality of Life Research**, v. 13, n. 8, p. 1347-56, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1980-2050, Revisão 2004.

_____. _____. **Censo 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 09 dez. 2010.

ISANG, E. Y. L.; LIAMPUTTONG, P.; PIERSON, J. The views of order chinese people in Melbourn about their quality of life. **Ageing & Society**, p. 51-74, 2004.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. 310 p.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers**. 1999. Tese (Livre-docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, mai./jun. 2003.

MACÊDO, K. N. F.; SILVA, G. R. F.; ARAÚJO, T. L.; GALVÃO, M. T. G. Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. **Investigación y Educación em Enfermería**. v. 24, n. 1, p. 78-85, mar. 2006.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 34. n. 2, p.49-55, 2005.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução de Ana Maria Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MORAES, L. M. P.; LOPES, M.V.O.; BRAGA, V. A. B. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 2, p. 228-233, 2006.

MORAES, M.; BARROS, L. de (Orgs.). **Velhice ou terceira Idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. reimp. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 236 p.

NAGAPPAN, R.; PARKIN, G. Geriatric Critical Care. **Critical Care Clinical**. v. 19, n. 2, p. 253-70, 2003. Review.

NERI, A. L. (org.) **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 1. reimpr. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, 288 p.

ORLANDO, J. M. C. **UTI muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo**. São Paulo: Atheneu, 2001. 900 p.

_____. ; MIQUELIN, L. **UTIs Contemporâneas**. São Paulo: Atheneu, 2008. 761 p.

PASCHOAL, S. M. P. **Autonomia e independência**. In: Papaleo Neto, M., editor. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-23.

PEDREIRA, L. C. **Ser idoso: vivência de internação em unidade de terapia intensiva**. 2000. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

PEPLAU, E. H. **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica**. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

PY, L.; PACHECO, J. L.; SÁ, J. L. M.; GOLDMAN, S. N. **Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais**. 2. ed. Holambra, SP: Setembro, 2006, 340 p.

RORIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.; ROSSET-CRUZ, I.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set. 2007.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. Guias práticos de enfermagem: Geriatria. Tradução de Maria Teresa Ramalhal Teixeira. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2000. 392 p.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M.; Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE do RIO DE JANEIRO – BR. **1ª. Pesquisa sobre condições de saúde e vida dos idosos da cidade do Rio de Janeiro/2006**. Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Rio de Janeiro, 2008. 286 p.

SEID, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, A. L.; GONÇALVES, L. H. T. (orgs.). **Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 272 p.

SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. 250 p.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Fernando Diniz Mundim e José Eduardo de Figueiredo. 11. ed. vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 461 p.

SZOSTAK, M. **Solução tecnológica para medição e avaliação de índices prognósticos**. 2005. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde). Pontifícia Universidade do Paraná, Curitiba, 2005.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer-Verlag; 1994. p. 41-60.

_____. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position from the World Health Organization. **Society Scientific Medicine**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas S.A., 2008. 175 p.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VELARD, J. E.; ÁVILA, S. C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública Méx**, v. 44, n. 4, p. 349-61, 2002.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos** – a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224 p.

VOSYLIUS, S.; SIPYLAITE, J.; IVASKEVICIUS, J. Determinants of outcome in elderly patients admitted to the intensive care unit. **Age Ageing**, v. 34, p. 157-162, 2005.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal Advance Nurse**, v. 17, p. 795-800, 1992.

WITTER, G. P. (org). **Envelhecimento**: referenciais teóricos e pesquisa. Campinas, SP: Alínea, 2006. 300 p.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where are we going. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 4, n. 52, p. 355-63, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do Estudo “Qualidade de vida do idoso pós-alta da UTI: Reflexões para enfermagem”. Esta pesquisa tem como objetivos: Conhecer o conceito de Qualidade de Vida construído pelos idosos que receberam tratamento na unidade de terapia intensiva; levantar as implicações que interferem na Qualidade de Vida do idoso causadas pela internação nesta unidade; sugerir medidas de apoio ao idoso que recebeu tratamento na UTI, fundamentadas na Teoria de *Hildegard Peplau*.

O estudo se baseia no preenchimento de um questionário e numa entrevista. Você terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, sem punição alguma e sem prejuízo de sua atividade profissional. Sua participação não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração na sua rotina. Além disso, a pesquisa é anônima, de forma a garantir a sua privacidade, de forma que seu nome não estará associado a nenhum tipo de informação ou resultado da pesquisa. Os resultados poderão vir a ser apresentados em congressos ou publicados, respeitando-se sempre o sigilo e a confidencialidade das informações. Deixamos ainda os telefones de contato para quaisquer esclarecimentos (Pesquisadora: Maria Helena Amaral (2264-4248 / 92269105); Comissão de Ética em Pesquisa do HUGG (2264-5177)).

Eu, _____,
li o esclarecimento acima e compreendi os objetivos do estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não serei remunerado por participar do estudo. Portanto, eu concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do voluntário: _____.

Assinatura do pesquisador responsável: _____.

APÊNDICE B**INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DE DADOS****PARTE I – Dados Sócio-econômicos**

1) **Nome:** _____ (Apenas as letras iniciais).

2) **Sexo:** Masculino Feminino

3) **Idade:** _____ anos.

4) **Estado Civil:**

Solteiro/a Casado/a Separado/a Viúvo/a Outros

5) **Raça/cor:** Branca Parda Preta Amarela Indígena

6) **Religião:**

Católica Evangélica Espírita Kardecista Umbanda
 Candomblé Judaica Crê em Deus, mas não tem religião
 É ateu / Não acredita em Deus É agnóstico / Não acredita em nada

7) **Escolaridade:**

Nunca foi à escola Ensino Fundamental Ensino Médio
 Ensino Superior Pós-Graduação

8) **Renda Familiar:**

até 1 salário mínimo Mais de 1 a 2 salários mínimos
 Mais de 2 a 5 salários mínimos ≥ 5 salários mínimos
 Não sabe / Recusa

9) Propriedade da Residência:

- Própria Alugada Cedida Mora com parente
 Financiada Já paga Herança Não sabe / Recusa
-

10) Ocupação:

- Trabalha Aposentado Não trabalha Dona-de-casa
 Desempregado Pensionista Sem atividade fixa e sem remuneração
-

11) Número de filhos: Nenhum 01 02 03 04 ≥05**12) Chefe da família:**

- O/A entrevistado(a) Marido/Esposa/Parceiro(a) Filho(a)
 Genro/Nora Irmão/ã Outros Parentes
-

13) Quantidade de Pessoas com quem vive:

- Vive só Duas Três Quatro Cinco Seis Mais de seis
-

14) Idade das Pessoas com quem vive:

- Até 5 anos Mais de 5 a 10 anos Mais de 10 a 20 anos
 Mais de 20 a 30 anos Mais de 40 a 50 anos Mais de 50 a 60 anos
 Mais de 60 anos Mora sozinho
-

15) Pessoa mais próxima/cuidador:

- Marido/Esposa/Parceiro(a) Filho(a) Neto(a) Genro/Nora
 Empregada Outros parentes Todos cuidam igualmente
 Outro que não mora em casa Nenhuma
-

Parte II – Dados Clínicos

1) O Sr(a) tem alguma doença? Qual?

2) Em relação ao hábito de fumar:

a) Nunca fumou

b) Fuma atualmente. Quantos maços?

c) Já fumou, mas parou há _____ anos. Fumou por _____ anos.

3) Em relação ao hábito de tomar bebidas alcoólicas:

a) Nunca bebeu

b) Bebe atualmente: Todos os dias; 2-3vezes/semana; Fim de semana; Outras frequências

c) Já bebeu, mas parou há _____ anos. Bebeu por _____ anos.

4) O Sr(a) pratica atividades físicas? Qual? Quantas vezes por semana?

5) Qual atividade de lazer o Sr(a) pratica?

APÊNDICE C

ENTREVISTA

- 1) Para o Sr.(a) o que é qualidade de vida?
- 2) O(a) Sr(a) se considera como uma pessoa que tem qualidade de vida?
Por quê?
- 3) De que forma a UTI influenciou em sua qualidade de vida?

ANEXOS

ANEXO I**ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (AVD) –****ÍNDICE DE KATZ**

Banho		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é utilizada usualmente 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.
Vestir		
<input type="checkbox"/> 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.
Banheiro		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência ou utiliza comadre ou urinol sozinho, 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.
Transferência		
<input type="checkbox"/> 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.
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” ocasionais (perdas urinárias ou fecais).	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação		
<input type="checkbox"/> 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.

Índice de Katz :

ANEXO II**ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)****Lawton (1969)**

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