

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Pamela de Oliveira Soares

Qualidade de Vida e Vulnerabilidade Social na Percepção do Idoso

Botucatu
2011

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Pamela de Oliveira Soares

Qualidade de Vida e Vulnerabilidade Social na Percepção do Idoso

Monografia de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem. Faculdade de Medicina de
Botucatu- UNESP.

Orientador: Profa. Dra Maria Helena
Borgato

Botucatu
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.

DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Soares, Pamela de Oliveira.

Qualidade de vida e vulnerabilidade social na percepção do idoso / Pamela de Oliveira Soares. – Botucatu : [s.n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado – Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Helena Borgato

Capes: 40400000

1. Idosos – Aspectos sociais. 2. Assistência à velhice. 3. Qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos; Qualidade de vida; Vulnerabilidade social.

Ao meu amor, Wesley Martins de Oliveira, companheiro de todas as horas. Obrigada por sempre fazer da minha tempestade um dia de sol.

Aos meus pais, Newton e Eliane, que me enxergam melhor do que eu sou, que me olham devagar em uma vida onde todos me olham depressa demais. Aos meus irmãos, Murilo, Danilo e Julia, pelos momentos de descontração e alegria.

Aos meus avós Denisia e Vicente (in memoriam) por me presentearem com o tempo em que passaram ao meu lado, por me fazerem descobrir o amor pela enfermagem e pelo cuidado ao idoso. Aos meus avós e padrinhos, Thereza e Newton, pela sabedoria, pelo conhecimento e principalmente por me ensinarem o amor pela vida.

A Profa. Dra. Maria Helena Borgato, por possibilitar a realização do estágio curricular supervisionado no Hospital Estadual Bauru, bem como orientar esta pesquisa.

A enfermeira Karina Abdalla pela disponibilidade e por todas as experiências concedidas durante o estágio curricular supervisionado; de grande importância para minha formação profissional.

Às enfermeiras Roselaine, Aline, Nádia e Daniela, pela colaboração e orientação concedida durante o estágio curricular supervisionado.

A enfermeira Regina Maldonado, pela atenção e disponibilidade concedidas durante o estágio curricular supervisionado.

A equipe de enfermagem do Hospital Estadual Bauru do quarto andar direito, por todo apoio, paciência e disponibilidade ao decorrer do estágio curricular supervisionado.

Aos idosos, participantes desta pesquisa, por me permitirem buscar conhecimento através de suas falas.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Este é o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

'O tempo é muito lento para os que esperam, muito rápido para os que tem medo, muito longo para os que lamentam, muito curto para os que festejam, mas, para os que amam, o tempo é eterno.' William Shakespeare.

| | |
|----------------------------------|----|
| Resumo..... | 8 |
| Abstract..... | 9 |
| Introdução..... | 11 |
| Objetivo..... | 15 |
| Métodos..... | 16 |
| Evidenciando as entrevistas..... | 19 |
| Conclusão..... | 33 |
| Referências Bibliográficas..... | 35 |
| Anexo..... | 38 |
| Apêndice..... | 39 |

Resumo

Introdução: Entre 1950 e 2025, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a população presente na chamada terceira idade crescerá cerca de 16 vezes, contra 5 vezes o crescimento populacional, esse período chamado pela ONU como a “Era do Envelhecimento”, colocando o Brasil na sexta posição em contingente de idosos no mundo, significando um número superior a 32 milhões. Levando-se em consideração como são importantes as temáticas de qualidade de vida e vulnerabilidade social, tendo em vista a crescente população idosa, se faz necessário aprofundar tais temas, entendendo-os como variáveis importantes tanto para uma melhor prática clínica, como pra pesquisa científica. Objetivo: Descrever a vulnerabilidade social e avaliar a qualidade de vida dos idosos de uma população internada na enfermaria de clínica médica do Hospital Estadual Bauru. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas com análise do discurso de Bardin. Este trabalho usou como critério de inclusão pessoas com 60 anos com capacidade mental para responder as perguntas propostas. Resultados e Discussão: Surgiram a partir das entrevistas duas categorias, no que se referiam Qualidade de Vida e Vulnerabilidade Social. Da temática Qualidade de Vida surgiu “A vida como algo importante” e subcategorias que envolviam sentir-se útil na sociedade, ter família como suporte, autonomia, otimismo e alegria e sobrevivência. Da temática Vulnerabilidade Social surgiu “Reconhecimento negativo da pessoa velha pela sociedade” e subcategorias que envolviam falta de respeito, incapacidade funcional, indiferença familiar, porto-inseguro no que se refere à moradia, sistema de saúde ineficiente e solidão. Conclusão: Qualidade de vida e Vulnerabilidade social são duas temáticas muito discutidas no contexto atual. Nesta pesquisa foi possível perceber que a população envelhecida necessita de subsídios, de suporte social, de políticas públicas de saúde que sejam efetivas, de familiares/cuidadores que saibam se relacionar com os idosos, respeitando suas diferenças e agindo em prol destas. Percebemos que diferentemente do que se pensa o importante para o idoso é ter atenção, e mais do que isso, é ser visto como pessoa portadora, de história significativa por essa sociedade que se molda ainda em padrões jovens.

Descritores: idosos, qualidade de vida, vulnerabilidade social.

Abstract

Introduction: According to data from the World Health Organization, the older population will grow sixteenfold from 1950 to 2025 in comparison to a fivefold population growth in the same period, which is referred to by UNO as the “Ageing Era”. This places Brazil in the sixth position in the contingent of older individuals worldwide, with a number that is higher than 32 million. Considering how topics such as quality of life and social vulnerability are important in face of the growing older population, these topics must be furthered studied so that they can be understood as important variables for both better clinical practice and scientific research. **Objective:** To describe the social vulnerability and evaluate the quality of life of older individuals in a population hospitalized in the internal medicine ward of Bauru State Hospital. **Methods:** This is a descriptive qualitative study that was conducted by means of interviews and using Bardin’s discourse analysis. The inclusion criteria used in this study were: individuals at 60 years of age who were mentally capable of answering the proposed questions. **Results and Discussion:** Two categories concerning Quality of Life and Social Vulnerability emerged from the interviews. The following emerged from the theme Quality of Life: “Life as something important” and subcategories that involved feeling useful in society, having a supportive family, independence, optimism and joy and survival. Also, the following emerged from the theme Social Vulnerability: “Negative recognition of older individuals in society” and subcategories that involved lack of respect, functional disability, family indifference, housing-related insecurity, an inefficient health care system and loneliness. **Conclusion:** Quality of Life and Social Vulnerability are largely discussed themes in the present scenario. In this study, it was possible to perceive that the older population needs social support, effective public health care policies, relatives/caregivers who know how to relate to the elderly by respecting their differences and acting in their favor. It was observed that, differently from general belief, it is important to older individuals to have attention, and more than that, it is important to them to be seen, by a society that is still based on young standards, as people who have a significant history.

Key words: elderly, quality of life, social vulnerability.

1- Introdução

O aumento da longevidade da população brasileira vem crescendo consideravelmente, no Brasil, em 2009, os idosos representavam cerca de 10% da população. Entre 1950 e 2025, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a população presente na chamada terceira idade crescerá cerca de 16 vezes, contra 5 vezes o crescimento populacional, esse período chamado pela ONU como a “Era do Envelhecimento”, colocando o Brasil na sexta posição em contingente de idosos no mundo, significando um número superior a 32 milhões.

(1-3)

Um dos fatores que contribuem para o aumento da população idosa é o aumento da expectativa de vida. Segundo dados do IBGE em 2005 a expectativa de vida era de 71,9 anos passando a ser 72,9 anos em 2010. Assim, com esse aumento da expectativa de vida criou-se na contramão um aumento das doenças crônico-degenerativas, o que gera desgaste familiar não apenas pelo processo de cuidar do idoso, mas também pelo gasto financeiro que alguns medicamentos demandam. A meta então se tornou não apenas o aumento da idade populacional, mas um envelhecimento saudável, onde se preserve a autonomia e dignidade da pessoa idosa. ⁽⁴⁾

Esses dados mostram-se expressivos e demonstram que a sociedade necessita de subsídios e aprimoramentos para atuar em benefício dessa população crescente, pois se por um lado, o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro, trouxe um novo perfil de morbimortalidade, gerando impactos e novas demandas para o Sistema de Saúde e para a família. No Brasil, a atenção à saúde do idoso é uma especialidade em

expansão que ainda carece de profissionais, recursos materiais e tecnológicos. ⁽⁵⁻⁷⁾

O envelhecimento, assim, pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo é uma realidade que não pode ser ignorada pelas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento. As alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter o equilíbrio natural do corpo, quando submetido a um estresse fisiológico, predispondo, por exemplo, a quedas. Por isso tais alterações, especialmente quando associadas à idade avançada, determinam maiores chances à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte. ^(2, 8, 9,10)

Nesse contexto a enfermagem tem atuado de maneira efetiva para mudar tal realidade. Atua nos aspectos do processo de envelhecimento, como, capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção da saúde; e da senilidade, como condições crônicas de saúde (doenças crônico-degenerativas: diabetes, hipertensão...), situações de urgência e emergência e até mesmo o atendimento domiciliar. ⁽¹¹⁾

Incapacidade funcional e problemas físicos, cognitivos e sensoriais são consequências evitáveis do envelhecimento. A taxa de pessoas com incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não significa incapacidade. Envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia deve ser a meta de toda ação de saúde. O envelhecimento bem sucedido apresenta três componentes: menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional física e mental, e engajamento social ativo com a vida. ⁽¹²⁾

1.2 Vulnerabilidade Social e Qualidade de vida

A vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, IPVS, decorre de fenômenos diversos, com causas e consequências distintas. Em termos conceituais, é uma síndrome multidimensional, ou seja, uma combinação de fatores que possam produzir uma deterioração de seu nível de bem-estar, em consequência de sua exposição a determinados tipos de riscos. A vulnerabilidade social do idoso decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano pela população envelhecida. Tais circunstâncias referem-se aos aspectos relacionados a questões culturais, sociais, econômicas, de saúde, entre outros. Um exemplo de vulnerabilidade, no Brasil, é o baixo valor das aposentadorias, pois expõe não apenas a pessoa idosa, mas todo o grupo familiar que sobrevive com esse recurso. ⁽¹³⁾

É notório que a qualidade de vida dos idosos está potencialmente sob risco, não apenas porque existem alterações fisiológicas com o passar da vida, mas pelo fato da maior condição de vulnerabilidade decorrente de baixa escolaridade e condições adversas do meio físico, social ou de questões afetivas. Segundo a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, um conceito marcado pela subjetividade e multidimensionalidade, pois aborda vários aspectos humanos. ⁽¹⁴⁻

16)

No que diz respeito à percepção do indivíduo, especificamente do idoso, é importante ressaltar que a qualidade de vida aborda aspectos múltiplos, incluindo habilidades sociais, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras,

participação social, morte e morrer e questões relacionadas à intimidade à pessoa idosa. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Os idosos fazem parte da parcela da população vulnerável ao estado de pobreza, isso devido à dificuldade de inserção ao mercado de trabalho, o que faz com que eles dependam de outras fontes de renda, da qual a aposentadoria é a principal. Ressaltando que em 70% dos casos o INSS, Instituto Nacional de Seguro Social, paga apenas um salário mínimo, o que não representa garantias de direito e inclusão social que deveria representar a aposentadoria, não atendendo satisfatoriamente as necessidades de sobrevivência, principalmente para aqueles com doenças e incapacidades. ⁽¹⁷⁾

Envelhecer com saúde depende não apenas dos fatores biológicos, ou seja, das doenças que atingem essencialmente os idosos, mas dos fatores sociais e econômicos, que englobam as doenças da pobreza e do pouco acesso aos serviços de promoção e prevenção a saúde. Estudos epidemiológicos têm evidenciado que doenças e algumas limitações dos idosos não são consequências inevitáveis do envelhecimento, pelo contrario são evitáveis com adoção de medidas simples, tal como mudança no estilo de vida o que elimina fatores de risco e proporciona vida e envelhecimento saudáveis. ⁽¹⁸⁾

Assim levando-se em consideração como são importantes as temáticas de qualidade de vida e vulnerabilidade social, tendo em vista a crescente população idosa, se faz necessário aprofundar tais temas, entendendo-os como variáveis importantes na pesquisa científica para compreender os anseios dessa população, e embasar a prática do cuidado.

2- Objetivo

2.1- Objetivo Geral

Descrever a vulnerabilidade social e avaliar a qualidade de vida dos idosos de uma população internada na enfermaria de clínica médica do Hospital Estadual Bauru.

2.2- Objetivos Específicos

Descrever a qualidade de vida em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Descrever a vulnerabilidade social, embasada nos fatores socioeconômicos, assim como o ciclo familiar.

3- Métodos

3.1- Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, com abordagem qualitativa.

O método qualitativo privilegia a análise de micro pessoas sociais, individuais e grupais, permite trabalhar com um universo de dados. Diferentemente da pesquisa quantitativa, a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada ao longo de seu desenvolvimento, não busca enumerar ou medir eventos. ⁽¹⁹⁾

3.2 Local do Estudo

O estudo será realizado na enfermaria de Clínica Médica de um Hospital de referência em uma cidade do interior de São Paulo.

O Hospital Estadual dispõe de internação, UTI, Unidade de Tratamento de Queimaduras, Unidade Coronariana e Centro Cirúrgico. No serviço hospitalar, conta com 318 leitos. Desses, 270 são para especialidades gerais, 13 para queimados e 35 para terapia intensiva.

3.3- Sujeitos do Estudo

Este trabalho usou como critério de inclusão pessoas com 60 anos ou mais que com capacidade mental para responder as perguntas propostas. Foram entrevistados 9 idosos, com idade entre 60 e 93 anos, internados na enfermaria de Clínica Médica. Dentre esses idosos, três eram homens e seis mulheres. Para facilitar a análise dos discursos foram dados aos participantes nomes fictícios, preservando assim a identidade de cada um dos entrevistados.

Todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice 1)

3.4- Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa foi iniciada após receber parecer favorável do Comitê de ética em Pesquisa (CEP). (Anexo 1)

Após o consentimento, entrevista foi realizada pela autora deste texto, tendo como foco a vulnerabilidade social e a qualidade de vida dos idosos, a partir de questões norteadoras, sendo elas:

- 1- Como você define sua vida pensando no que seria uma vida boa?
- 2- O que o torna vulnerável, na sua casa e no ambiente em que vive?

As entrevistas foram gravadas e transcritas e após análise, deletadas.

3.5- Análise dos dados

O tratamento dos resultados foi realizado seguindo a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo possibilita que uma “leitura profunda” das comunicações ocorra, indo além da “leitura aparente”. Segundo Bardin a análise de conteúdo definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens. ⁽¹³⁾

A análise de conteúdo se organiza em três momentos, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A primeira etapa, pré-análise, consiste na organização do material, de escolher os documentos que serão analisados, de formular hipóteses norteadoras que fundamentem a interpretação final. A segunda etapa, exploração do material, é a mais longa, pois é a realização das decisões tomadas na pré-análise. Por fim, a descrição e análise das categorias emergentes de acordo com seu grupo temático. ^(19,20)

4- Evidenciando as entrevistas.

4.1- Vulnerabilidade

Categoria 1: Reconhecimento negativo da pessoa velha pela sociedade.

A sociedade do terceiro milênio ainda precisa se conscientizar que mudanças são necessárias. Essa sociedade ainda tem aquele preconceito, como o próprio nome já diz, de que a pessoa com 60 anos ou mais já não serve para o mercado de trabalho, como se a idade rotulasse o ser ou não capaz de realizar alguma atividade. Porém este não é o único empecilho que a terceira idade enfrenta no Brasil, ou em outros países, como os desenvolvidos.

A vulnerabilidade social do idoso surge a partir de várias circunstâncias vivenciadas no cotidiano pela população envelhecida. Tais circunstâncias referem-se a questões sociais, culturais, econômicas, de saúde, podendo ser exemplificado pela falta de respeito, presença de incapacidade funcional, indiferença familiar, falta de moradia, e sistema de saúde ineficiente. ⁽⁵⁾

Entender a vulnerabilidade de conjuntos populacionais possibilita mobilizar tanto os profissionais de saúde, como demais parcelas da população, por meio de processos educativos, para assim prover mudanças sociais. ⁽⁵⁾

É necessário que esse tabu imposto de que “ser velho é ser inútil”, “ agora que ele é velho não entende mais de nada” ou outros ainda seja quebrado, a velhice tem sim suas desvantagens, assim como ser jovem também o tem, porém mais que desvantagens devem ser levadas em consideração histórias de vida, os ensinamentos, os conhecimentos, as culturas, favorecendo o envelhecimento com saúde e respeito não apenas por essa parcela que hoje esta envelhecida, mas por toda uma parcela que amanhã estará.

Subcategorias:

A- Falta de respeito

A falta de respeito é uma forma de abuso. O abuso segundo a American Medical Association é qualquer ato de comissão ou omissão que resulta em lesão ou ameaça à saúde e ao bem-estar da pessoa idosa. Pode ser físico, psicológico, emocional, sexual ou financeiro. ⁽²¹⁾

O abuso psicológico são condutas que podem resultar em lesões psicológicas, como manipulação, intimidação, chantagens, desprezo, humilhações. Foi evidenciado nas entrevistas que grande parte dos idosos se sentem tristes ou ofendidos, sendo assim vulneráveis, quando são maltratados, sendo esses maltratos tanto por parte da família, como por parte de outras pessoas, “Se eu for em algum lugar e não for reconhecida a minha presença (...) *eu fico mal quando fazem pouco caso de mim sabe, humilhação sabe?*” - Francisca – 63 anos, “(...) *as vezes a filha me deixa triste, as vezes agente fala alguma coisa e responde mal (...)*” - Denisia – 93 anos. ⁽²¹⁾

O abuso social é exercido por parte dos governos e instituições que não criam políticas públicas adequadas para assegurar aos idosos a boa vida. É entendido como uma forma de discriminação falta de recursos para atender as necessidades assistenciais. As aposentadorias, muitas delas de um salário mínimo, podem ser definidas como um tipo de abuso, a vulnerabilidade financeira, porém em nenhuma das entrevistas os idosos se queixaram financeiramente. Todos eles possuíam uma vida simples, possuindo o mínimo necessário para se

viver, ou nesse caso sobreviver. *“Uma vida boa é quando agente tem de tudo.”* – Francisca – 63 anos. ⁽²¹⁾

Falta de respeito e preconceito contra o idoso são atitudes de desrespeito, podendo ser verbal e ou emocional, caracterizando-se como uma atitude social negativa para com o idoso. Essas atitudes são na maioria das vezes repetitivas, causando sentimentos de culpa e vergonha e até mesmo autoestima reduzida. ⁽²¹⁾

Como fatores de risco para o abuso ou a falta de respeito podemos citar a idade avançada, escassos recursos econômicos sociais, baixos rendimentos, condições de salubridade precárias, isolamento social, reduzido nível educacional. ⁽²¹⁾

Se fizéssemos um chek-list e avaliássemos quais os riscos dos entrevistados sofrerem algum tipo de abuso através desses fatores obteríamos nota máxima, pois a maioria deles possui cada uma dessas características citadas acima.

B - Incapacidade Funcional

O processo de envelhecimento traz várias repercussões para a sociedade do século XXI, evitar o aparecimento de doenças crônicas e a incapacidade funcional é hoje um dos maiores problemas, pois se consegue evitar a morte, mas não, por exemplo, o aparecimento da doença de Alzheimer.

A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade de realizar determinadas atividades da vida diária, em razão de alguma deficiência física ou mental. Assim o simples ato de arrumar a cama ao se levantar ou uma simples ida ao mercadinho da esquina se tornam tarefas dificultosas, *“(...) quando to em casa eu vo quase toda semana, se eu não for é porque eu não to bem mesmo, pra andar (...)”* Maria – 60 anos. ⁽²²⁾

Em um estudo realizado no município de São Paulo, os pesquisadores calcularam através dos censos demográficos e dos óbitos das pessoas idosas, a expectativa de vida livre de incapacidade funcional, chegando à conclusão de que à medida que aumenta a idade, a chance de viver anos de vida livres de incapacidade funcional diminui. Como causas do declínio funcional pode-se citar a melhoria da tecnologia médica, mudanças comportamentais, desenvolvimento de aparelhagem específica para pessoas com problemas de saúde, melhoria do status socioeconômico e mudanças no padrão epidemiológico da população. ^(23,24)

A incapacidade funcional, nas entrevistas, é mais percebida nos idosos octogenários. Essa incapacidade tem como diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, relacionada à força muscular diminuída. Em uma das entrevistas isto fica bem evidenciado na seguinte fala, “(...) *fica parando o ônibus no meio da rua, ruim pra gente desce (...) já me derrubaram três vezes (...)*” João – 85 anos.

Vale ressaltar que os problemas de saúde enfrentados pelos idosos são resultados de acúmulo de experiências, de oportunidades vividas ou perdidas, dos cuidados com a saúde, de condições de moradia, educação, alimentação, da prática de atividade física. A sociedade ainda enxerga o velho como um produto de validade vencida, esquecido em alguma prateleira velha, não o enxergam com o devido valor e respeito, não o enxergam como uma pessoa cheia de particularidades, cheia de experiências de vida a serem compartilhadas. Essa sociedade ainda precisa a ser educada, educada no sentido de compreender que a velhice chegará para todos, independente de classe social, raça ou cultura. A incapacidade funcional se tornou um desafio a ser enfrentado, pelo fato de que ao

aumentar a expectativa de vida, aumenta-se subsequentemente o número de idosos com incapacidade funcional. ^(23,25)

C- Indiferença familiar

O envelhecimento e em particular a velhice, podem ser consideradas fases de crise no ciclo vital, isso não apenas devido aos problemas de saúde, mas as adaptações no âmbito familiar, que serão mais ou menos fáceis, dependendo das relações afetivas desenvolvidas pelos seus membros. ⁽²⁵⁾

O artigo 3 do Estatuto do Idoso diz que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida. Assim recai sobre a família a responsabilidade do cuidado da pessoa idosa, sem ser fornecido para a mesma um preparo, de modo a fornecer os subsídios adequados tanto para a família como para o idoso. O processo do envelhecimento é desconhecido pela maior parcela da sociedade, sabe-se que um dia a velhice chegará, mas não se sabe como, não se sabe como vivê-la da melhor maneira possível, não se sabe mudar alguns hábitos de vida para assim “recebê-la” melhor. Talvez se houvesse conhecimento, seria mais fácil atender as necessidades apresentadas pelos idosos, e com isso o cuidado seria com maior qualidade. ^(25,26)

A indiferença familiar gera não apenas tristeza, mas baixa autoestima, incompreensão algumas vezes e sentimentos de impotência. Em uma entrevista isso é bem evidenciado, na qual a idosa chora ao discursar sobre o filho, e os netos por parte desse filho, que não a vem visitar, “(...) *quase morri e nem vieram me ver (...) já vê que não gosta da gente né (...)*” - Thereza – 86 anos.

D- Porto inseguro: moradia

Com o envelhecimento, a perda da capacidade funcional, a necessidade de cuidados mais intensos, ou ainda por alguma dificuldade financeira, alguns idosos, principalmente os que já são octogenários, passam a morar na casa dos filhos ou de outros parentes, gerando estresse tanto pra família como para o idoso que passa a depender de outra(s) pessoa(s). Essa dependência gera tristeza e segundo RAMOS (2002), a dependência pode gerar também a depressão por falta de autoestima, muitas vezes causadas pelo reconhecimento, por parte da pessoa idosa, de sua dependência, causando a percepção de falta de autonomia e inabilidade para retribuir as ajudas recebidas. ⁽²⁷⁾

Apenas uma das entrevistadas mencionou morar com a filha, essa senhora de 93 anos é viúva a mais de 40 anos e depois dos filhos todos casarem, sempre dependeu deles, quando mencionou morar com a filha ficou com vergonha e sorriu de maneira tímida - “(...) *eu moro com a filha, moro com a outra, moro em vários lugares (...)*”. Existe nessa fala não apenas a falta de um porto-seguro, mas a inexistência de um lar, porque ela não mora sempre na mesma casa, ela apenas habita uma ou outra casa por certo período de tempo, sempre mudando da casa de uma filha para outra - “(...) *quando eu vejo que a dona da casa tá meio assim, ai eu mudo.*” - Denisia – 93 anos.

E- Sistema de saúde ineficiente

O direito universal e integral a saúde foi conseguido pela Constituição Federal em 1988 e pela Lei Orgânica da saúde no 8.080/90. Entende-se, por esse direito, acesso universal e equânime aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo dessa maneira integralidade das ações. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa assegura ao idoso direitos sociais, oferecendo condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Contudo ainda muito necessita ser feito para garantir a melhoria de atenção a saúde da pessoa idosa. ⁽²⁸⁾

O envelhecimento da população desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que atendam às necessidades das pessoas idosas. Ressaltando que cada um deriva da história de vida vivida, das oportunidades que lhe foram oferecidas, da sua promoção à saúde durante toda uma vida. Sabemos que muito já foi mudado no que se refere às políticas públicas de saúde no Brasil, porém ainda se faz necessário um órgão que fiscalize a implementação dessas ações. ⁽¹²⁾

Nesta pesquisa quando um dos participantes foi questionado sobre como é fornecido seu atendimento à saúde quando necessitado ele respondeu da seguinte maneira: *“Olha depende do estado viu, o estado em que eu cheguei aqui era lamentável!”* - Vicente – 68 anos, dessa maneira percebemos a não promoção do envelhecimento ativo e saudável. A sociedade e os profissionais de saúde devem entender que a promoção e a prevenção da saúde não é privilégio apenas dos jovens, não termina quando a pessoa faz 60 anos.

F- Solidão

Com rápido processo de envelhecimento no Brasil, os esforços tendem a manter o idoso inserido na comunidade, com apoio social junto à família da forma mais digna possível. House e Umberson, afirmam que nos EUA existe uma literatura substancial que enfatiza a relevância da relação entre saúde dos idosos e relacionamento sociais. Através do suporte social espera-se que as pessoas sintam-se amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta autoestima. ⁽²⁷⁾

Dos idosos participantes da pesquisa, 4 eram casados, 4 viúvos e 1 divorciado. Era perceptível a diferença que existia entre esses grupos. Os que eram casados sorriam com as respostas, referiam que seus companheiros eram pessoas amáveis e carinhosas, que lhe davam sempre muito apoio, *“Meu marido é um homem muito bom, (...) sempre me tratou com muito carinho, com muito amor”* - Iolanda – 63 anos. Já os outros sorriam com certa tristeza, um deles mencionou *“Se eu tivesse minha mulher aqui seria bom né?”* - Newton – 68 anos.

Vale ressaltar que desses idosos solitários, apenas 2 deles moravam sozinhos, sem nenhum familiar, os restantes moravam com os filhos. Poderíamos caracterizá-los como portadores de uma falsa alegria, pois driblavam com um sorriso os motivos da vida os deixarem tristes. Uma idosa culpa a doença por hoje morar sozinha, *“(...) ai eu fiquei doente e precisaram levar minha mãe embora.”* - Maria – 60 anos, todavia mesmo ela falando isso em seguida afirma não se queixar, porque a mãe dela agora mora com sua irmã e que isso não a deixa triste. O idoso que é divorciado da mulher, diz ter boa relação com os amigos, ter

boa relação com os filhos, porém no período da sua internação não foi visto pela pesquisadora nenhuma visita, o que coloca em dúvida, assim, a sua resposta.

A relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais é uma relação recíproca. A doença pode ser causada não apenas por um processo natural, mas também por uma falta de qualidade das relações sociais e vice-versa. *“O que me deixa mais triste é se não tiver alguém pra me dizer pelo menos um Oi”* - Newton – 68 anos. ⁽²⁹⁾

4.2- Qualidade de vida

Categoria 1: A vida como algo importante.

Com o declínio das taxas de fecundidade, nas últimas três décadas, a população brasileira vem envelhecendo em um ritmo mais rápido. Assim deve-se ressaltar a importância de um envelhecimento ativo e saudável, prevenindo o aparecimento de doenças muitas vezes comum nessa idade.

É importante destacar que a população idosa não reconhece a doença como empecilho à sua qualidade de vida, o estar doente é uma fase que assim como outras será ultrapassada, o viver é mais importante.

A qualidade de vida e a satisfação na velhice pode ser associada com o fato de se sentir útil na sociedade, de ter família como suporte e de ter preservada a sua autonomia, por exemplo. Acima de tudo, a qualidade de vida para o idoso deriva do sentimento de felicidade e o maior determinante para este sentimento é simplesmente o fato de estar vivo.

Subcategorias:

A- Sentir-se útil na sociedade

Havighurst no início da década de 1960 referiu que segundo a gerontologia o significado de uma velhice bem sucedida sugeria que envelhecer bem era produto da participação em atividades, entendendo que essas atividades são associadas à satisfação, manutenção da saúde e participação social. Todavia o significado de qualidade de vida varia de indivíduo para indivíduo, o importante é fazer a pessoa sentir-se bem consigo mesma, com a sociedade, e com a vida que leva. Podemos evidenciar isso a partir dos resultados encontrados nas entrevistas. ⁽³⁰⁾

Dos nove idosos entrevistados, quatro, dois homens e duas mulheres, associaram a qualidade de vida ao fato de poderem sentir-se útil, e esse sentir-se útil variava desde ao fato de poder sair de casa para ir ao mercado, a poder cuidar de uma casa onde morava marido, filhos, netos e irmão - *“E eu fico cuidando da casa e deles (...) eu adoro trabalhar, se ficar parada você fica mais doente (...)”* - Adelaide – 63 anos. Outro participante associou a qualidade de vida ao fato de ainda poder trabalhar, *“(...) Eu trabalho ainda, sou mecânico (...) eu adoro (...) não gosto de ficar parado”* - João – 85 anos, segundo a acompanhante desse idoso, ele comprava carros quebrados apenas para ficar consertando, disse que se não precisasse comer e tomar algumas medicações ele ficaria “embaixo” de um carro o dia inteiro.

B- Ter família como suporte

Os idosos definem o envelhecimento como algo negativo, isso devido ao fato de nessa época da vida surgirem algumas doenças características da própria idade, assim a família tem grande importância no processo de cuidar. Porém esse processo deve ser visto cautelosamente, pois quando os idosos percebem uma troca não balanceada se sentem insatisfeitos. O cuidado familiar deve ser característico a cada idoso, ou seja, esse cuidado deve ser na dose certa não causando uma resposta negativa. ⁽²⁵⁾

Uma das entrevistadas era casada há 69 anos, uma octogenária que ainda morava com o seu marido em sua casa, tinham total independência mesmo os dois já sendo idosos com idade avançada, contudo essa independência era controlada tendo em vista que uma de suas filhas era sua vizinha, isto sendo visto de forma positiva pela idosa que sorriu ao mencionar tal fato. *“Mora só nós dois, como aposentado, mas a filha mora encostada com a gente (...)”* - Thereza – 86 anos.

Alguns idosos expressaram claramente a associação entre qualidade de vida e família. *“(...) então eu me dou muito bem com a minha família né, eu tenho uma vida boa.”* - Iolanda – 63 anos. Percebemos que a definição de família envolve algumas variáveis como a afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ser encontrados até mesmo fora dos laços consanguíneos. As adaptações no meio familiar, as suas relações, traz grande significado para a vida de cada uma dessas idosas - *“Acho que minha vida é boa, sou dona de casa, vivo com meu marido, filhos, netos, todos na mesma casa (...)”* - Iolanda – 63 anos. ⁽³¹⁾

C- Autonomia

Um dos grandes desafios na atualidade é manter a autonomia para os indivíduos com 60 anos ou mais. Percebemos que a autonomia esta em grande parte associada com a perda ou não da capacidade funcional. Assim uma pessoa que consegue realizar suas atividades básicas da vida diária, possuir boa mobilidade física, estar em plenas condições mentais, mantém em todos os níveis de entendimento sua autonomia.

Percebe-se nas entrevistas sentimentos de satisfação com relação à vida, tendo os idosos entrevistados em sua maioria autonomia em sua vida. *“Se ficar parada, você fica mais doente. Eu fazia tudo minhas coisas devagarzinho sabe, deixava minhas gavetas em ordem, tudo tudo, e assim eu deixava a casa (...)”* - Adelaide – 63 anos.

D- Otimismo e Alegria

O envelhecer provoca mudanças, mudanças essas que podem ser fáceis de suportar por alguns e difíceis para outros, dependendo das relações sociais presentes na vida de cada idoso.

Otimismo e alegria estão relacionados quando se percebe no idoso autonomia e saúde, levando-se em consideração a capacidade funcional. Dos idosos entrevistados 8 deles possuíam ótimas relações sociais, com boa relação com os amigos e com os familiares, e devido a essa característica todos eles se mostravam otimistas e com boas perspectivas quanto ao futuro que os

aguardavam. *“A minha vida é feliz. Eu sou feliz (...) sou casada há 36 anos”* - Adelaide – 63 anos.

Dessa maneira podemos fazer outra relação, os relacionamentos sociais levam a qualidade de vida, grande parte da literatura americana enfatiza que as relações sociais levam a um melhoramento da saúde, tanto física como mental. Sendo efeitos positivos as pessoas se sentirem amadas, seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta autoestima. ⁽²⁷⁾

E- Sobrevivência

Desigualdade social no Brasil já é um termo velho e muito discutido, porém ainda muito presente no meio em que vivemos. Possuir qualidade de vida para os idosos deveria significar não apenas moradia e bens de consumo, mas lazer, como viagens e passeios. Porém o que se percebe nas entrevistas, é que ter qualidade de vida significa apenas ter o básico para se viver, relacionando assim subsistência e qualidade de vida. O idoso brasileiro, de classe médio-baixa, não vive apenas sobrevive. Observe o discurso a seguir:

“Pago aluguel, água, luz, mas da pra viver sem passar necessidade, comida assim eu não passo, às vezes posso passar assim de algum remédio, de alguma coisa, mas o básico não falta” - Maria – 60 anos.

Percebe-se no trecho acima que remédios não são considerados básicos para essa senhora, sendo que são esses remédios que mantêm sua vida um pouco mais saudável, tendo em vista que essa senhora é portadora de diabetes melitus e insuficiência renal crônica.

4.3- Entre a vulnerabilidade e a qualidade de vida

4.3.1 Enfermidade da doença- Processo Natural

Alguns idosos expressam claramente a ideia de que a doença é um momento transitório em sua vida, não colocam a doença em primeiro lugar e tampouco fornecem muito importância a ela. Estar doente o deixa vulnerável e devido a essa vulnerabilidade estão sujeitos a perda da autonomia, conseqüentemente a perda da autoestima, do otimismo, da alegria e principalmente em alguns casos da capacidade funcional caracterizando dessa maneira a perda da independência. É comum nas entrevistas, as idosas, principalmente, referirem suas casas, o como esta sobrecarregado para um dos filhos e o que acontecerá quando elas voltarem - *“(...) mas agora eles falaram que não vão deixar eu fazer mais nada, que vou virar uma princesa (...) mas eu não vou fazer isso, não aguento. Eu adoro trabalhar.”* - Adelaide – 63 anos.

A doença é vista como algo negativo, pois coloca em risco a independência do idoso, porém o que se percebe é a aceitação por parte dos participantes do “estar doente”, pois eles o entendem como um momento transitório e sendo este momento transitório não colocará em risco a sua qualidade de vida.

5- Conclusão

Qualidade de vida e Vulnerabilidade social são duas temáticas muito discutidas nesse atual contexto. Contexto este que envolve incremento do envelhecimento populacional. Evidenciamos nesta pesquisa duas categorias no que se refere a essas temáticas na percepção do idoso.

A primeira categoria foi “O reconhecimento negativo da pessoa velha pela sociedade”, que ainda não está preparada para acolher todo esse contingente envelhecido. Faz-se necessário não apenas suporte social, mas medidas educativas para os profissionais de saúde, como para a população, principalmente para os familiares, que segundo o estatuto do idoso são os responsáveis pela pessoa idosa. Como subcategorias encontramos a falta de respeito, a incapacidade funcional, indiferença familiar, porto-inseguro no que se refere à moradia, sistema de saúde ineficiente e solidão. Nesta pesquisa foi possível perceber que a população envelhecida necessita de subsídios, de suporte social, de políticas públicas de saúde que sejam efetivas, de familiares/cuidadores que saibam se relacionar com os idosos, respeitando suas diferenças e agindo em prol destas.

A segunda categoria, “A vida como algo importante”, para o idoso não importa o quanto doente ele está, ou o quanto doente ele pode ficar, o importante é viver, é ter a vida acima de tudo. Como subcategorias, encontramos o fato de sentir-se útil na sociedade, de ter família como suporte, ter autonomia, otimismo e alegria e sobrevivência. Percebemos que diferentemente do que se pensa o importante para o idoso é ter atenção, e mais do que isso, é ser visto como pessoa

portadora, de história significativa por essa sociedade que se molda ainda em padrões jovens.

Vale ressaltar que as relações familiares estão presentes tanto na qualidade de vida, como na vulnerabilidade social, suporte familiar como indiferença familiar. A felicidade do idoso, em grande parte, vai depender das suas relações sociais, e nesse momento analisamos a importância que a família tem para essas pessoas. O apoio, o carinho, faz com que as pessoas sintam-se amadas e seguras para lidar com os problemas que vierem a surgir.

Destacamos o papel da enfermagem junto a população idosa, identificando problemas do idoso junto ao contexto familiar e social, aplicando intervenções na pesquisa, na assistência e no ensino, favorecendo melhores cuidados para com essa população, respeitando assim suas particularidades.

Referências Bibliográficas

- 1- Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc Anna Nery Enferm. 2007 Set; 11 (3): 520 - 5.
- 2- Santo ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Texto & contexto enferm. 2008 Jan-Mar; 17 (1): 141 - 9.
- 3- Moreira MD, Caldas CP. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? Texto & contexto enferm. 2005 Jun-Set; 14 (3): 398 – 402.
- 4- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), [acesso em 28 de setembro de 2011] disponível em www.ibge.gov.br/home.
- 5- Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm 2006; 19 (3): 338 - 42.
- 6- Santos AA, Pavarini SCL, Brito TRP. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Esc Anna Nery 2010 Jul-Set; 14 (3): 496 – 503.
- 7- Paula FL. Perfil dos Idosos Internados em Hospitais do SUS de Niterói por Quedas. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Instituto Oswaldo Cruz; 2009.
- 8- Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev Bras Enferm. 2010 Março-Abril; 63 (2): 279 – 84.
- 9- Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. Revista Eletrônica de Enfermagem 2007 Jan-Abr; 9 (1): 64 - 78.
- 10- Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciênc. saúde coletiva 2008; Jul-Ago; 13 (4): 1265 – 1273.
- 11- Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques L, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007; Jul-Set; 16(3): 536-45.
- 12- Ministério da Saúde (BR). PORTARIA No 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006.
- 13- Inouye k, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SC. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. Psicologia: Reflexão e Crítica 2010; 23 (3): 582 – 592.
- 14- Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010 Out-Dez; 14 (35): 867 – 77.

- 15- Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *ActaSciHealthSci* 2010; 32 (2): 119-26.
- 16- Ribeiro JP, Rocha SA, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Esc. Anna Nery* 2010; 14 (4): 765-771.
- 17- Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de Enfermagem de Idosas Carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2008 jun; 12 (2): 278 - 84.
- 18- Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRS. Diagnóstico de enfermagem do idoso acamado em domicílio. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; jul-ago; 61(4): 464-9.
- 19- Neves JL. Pesquisa qualitativa – características usos e possibilidades. *Cadernos de pesquisa em Administração.* 1996 Jul-Dez; 1 (3).
- 20- Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo de saúde. *Rev Bras Enferm* 2004 Set-Out; 57 (5): 611-4.
- 21- Gonçalves CA. Idosos: abuso e violência. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:739-45..
- 22- Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município no interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm* 2007 Jan-Mar; 16(1): 32-9.
- 23- Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005; 17(5/6):379–86.
- 24- Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 967-74.
- 25- Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007 maio-jun; 60(3): 263-7.
- 26- Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Brasília (DF); 2003.
- 27- Ramos ML. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* 2002 jan-jun; 7(4): 156-75.
- 28- Travassos C, et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 133-49.
- 29- Almeida AK, Maia EMC. Amizade, Idoso e Qualidade de Vida: Revisão Bibliográfica. *Psicologia em Estudo* 2010 out-dez; 15(4): 743-50.

30- SILVA HS, LIMA AMM, GALHARDONI R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010: 401-11.

31- Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos, familiares e profissionais. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out-dez; 17(4):556-62.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu- Faculdade de medicina
Departamento de Enfermagem
BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/6802-6004 - FAX (014) 3813- 5264

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA (APÊNDICE I)

Projeto de Pesquisa: "Vulnerabilidade Social e Qualidade de vida na percepção do Idoso."

Convido o senhor(a) para participar de uma entrevista, respondendo perguntas sobre o que o deixa ofendido e triste no dia a dia e a qualidade de sua vida. Essa entrevista, que terá duração de aproximadamente 30 minutos, será gravada utilizando um gravador mp3, em seguida transcrita e após destruídas. Tem como **objetivo** descrever, através da sua percepção, a vulnerabilidade social e a qualidade de vida, ao qual o senhor (a) está exposto. Para isso, será feito duas perguntas, sendo elas: 1- Como você define sua vida, pensando no que seria uma vida boa? 2- O que o deixa ofendido e triste na sua casa e no ambiente em que vive?

Suas informações serão utilizadas de forma anônima e confidencial Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Eu, _____, tendo sido informado sobre a pesquisa sob responsabilidade da graduanda em enfermagem¹, aluna regular do curso de graduação em enfermagem e de sua orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Helena Borgato², do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista.

Bauru, ___ de _____ de 2011.

Pamela de Oliveira Soares¹
Pesquisadora

Prof. Dr^a Maria Helena Borgato²
Orientadora

Assinatura do entrevistado

¹End: Rua Nelo Pedreti, 309 – Botucatu/SP
Fone: (14)8181 -5443 / Email: pamy-enf@hotmail.com

²End: Distrito de Rubião Júnior s/n – Botucatu-SP
Fone: (014) 9171- 2496 / Email: mhborgato@fmb.unesp.br



Botucatu, 04 de Abril de 2011.

Of. 113/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Borgatto
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^ª. Maria Helena,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3815-2011) "**Vulnerabilidade Social e Qualidade de Vida na percepção do Idoso**", a ser conduzido por Pâmela de Oliveira Soares, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04 de abril de 2.011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,



Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.