

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FRANCINE MELO DA COSTA

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS IDOSOS PARA MORAREM
SOZINHOS**

**Porto Alegre
2013**

FRANCINE MELO DA COSTA

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS IDOSOS PARA MORAREM
SOZINHOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliane Pinheiro de Moraes

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Francine Melo da
Estratégias desenvolvidas pelos idosos para
morarem sozinhos / Francine Melo da Costa. -- 2013.
80 f.

Orientadora: Eliane Pinheiro de Moraes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Idoso. 2. Comportamento. 3. Habitação. I.
Moraes, Eliane Pinheiro de, orient. II. Título.

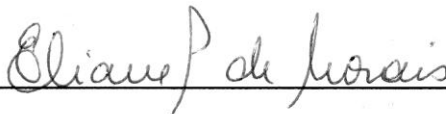
Francine Mello da Costa

Estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 24 de junho de 2013.


BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

Presidente da Banca – Orientadora


PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Célia Pereira Caldas

Membro da Banca

UERJ/UNATI



Profa. Dra. Idiane Rosset Cruz

Membro da Banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da Banca

PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho à minha família,
especialmente à minha avó, Mabília.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos idosos participantes desta pesquisa, que motivaram minha busca por conhecimento, receberam-me em seus domicílios e possibilitaram este estudo.

Aos professores e estudantes do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC) pelas oportunidades de aprendizado e crescimento acadêmico.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, especialmente à enfermeira Silvete Schneider, à técnica de enfermagem Rose e às agentes comunitárias de saúde Marília e Magali. Obrigada pelo auxílio na operacionalização desta pesquisa, pois sem a parceria e o reconhecimento de vocês isso não seria possível.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Eliane Pinheiro de Moraes, agradeço pela caminhada de alguns anos, pela confiança depositada em mim e pelos momentos de dedicação à orientação deste estudo e das atividades acadêmicas que realizei até esse momento.

À Prof^a Dr^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, por ter iniciado minha trajetória acadêmica em pesquisa, pela colaboração essencial à construção deste trabalho e pelo apoio oferecido.

À Prof^a Dr^a Idiane Rosset Cruz pela participação na banca de qualificação e pelas oportunidades de crescimento que me proporcionou durante a minha trajetória no curso de mestrado.

Às colegas e amigas Daiany Valer, Carolina Day e Mariana Timmers pelo incentivo e pelo companheirismo em diferentes momentos dessa caminhada.

À amiga Priscila Nakata pelos anos de parceria em pesquisa, pela amizade, pelas palavras de carinho e pelo apoio sempre presentes. À colega Luana Possamai Menezes pelo companheirismo e pelo incentivo à realização deste estudo.

Às amigas Carla Becker Kottwitz e Aline Acosta um agradecimento especial por terem contribuído de forma tão importante para a conclusão não só deste trabalho, mas também para a conclusão desta etapa. Obrigada pela amizade, pelo carinho, pela parceria e pelo apoio que foram fundamentais.

Às colegas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por fazerem parte de um novo momento na minha caminhada como enfermeira. Obrigada pela amizade construída.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo ensino público de excelência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, o qual possibilitou minha dedicação exclusiva durante o primeiro ano do curso de mestrado.

A meus pais, meus irmãos e minha avó pelo incentivo a uma educação de qualidade, pelo apoio incondicional às minhas atividades e pelo imenso orgulho que sentem por minhas conquistas.

COSTA, Francine Melo da. **Estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos**. 2013. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013

RESUMO

O estudo teve como objetivo geral analisar as estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos. O número de pessoas idosas que vivem sozinhas cresce constantemente, contudo este pode ser um fator de risco para morbidade, mortalidade e pior qualidade de vida. É necessário conhecer quais são as estratégias desenvolvidas pelos idosos para que possam morar sozinhos frente às dificuldades que surgem com o processo de envelhecimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Participaram 14 idosos residentes na comunidade pertencente à área de abrangência de uma unidade básica de saúde do município de Porto Alegre. As informações foram coletadas por meio de entrevista com perguntas abertas e fechadas e analisadas por meio de análise de conteúdo temática, com o apoio do software Nvivo 8.0. Os idosos tinham idade entre 60 e 91 anos, sendo 11 mulheres e moravam sozinhos em média há 19 anos ($DP \pm 14,2$). O principal motivo para morarem sozinhos era em razão da morte das pessoas com as quais conviviam. Para a análise das estratégias foram constituídas três categorias de acordo com os comportamentos identificados. Estratégia 1: comportamentos em busca de apoio social, ou seja, buscar o apoio da família, dos amigos e vizinhos; ser fonte de apoio para a família; morar próximo daqueles que fornecem o apoio e manter proximidade/bom relacionamento nas relações afetivas. Estratégia 2: comportamentos em busca de manter-se ativo, incluindo praticar atividades de lazer e participar de atividades da comunidade. Estratégia 3: comportamentos em busca de religiosidade, como rezar/orar para ter saúde e rezar/orar para evitar a solidão. Os achados indicaram que as estratégias desenvolvidas pelos idosos mostraram-se adequadas, pois, apesar do estilo de vida independente, eles apresentavam limitações inerentes ao processo de envelhecimento, necessitando de apoio para realizar as atividades da vida diária e não se sentir sozinhos. Essas necessidades eram supridas exclusivamente pela rede de apoio informal. Mais alternativas de apoio formal deveriam ser desenvolvidas, qualificando a prática assistencial e permitindo o planejamento de ações de saúde voltadas a esses indivíduos, em uma perspectiva de avaliação individual e de apoio social.

Palavras - Chave: Idoso. Comportamento. Habitação.

COSTA, Francine Melo da. **Strategies developed by the elderly to dwell alone.** 2013. 80f. Dissertation (Master's in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013

ABSTRACT

The following research aimed to analyze the strategies developed by the elderly while living alone. The number of elderly people living alone has been growing steadily, although this may be a risk factor for morbidity, mortality, and poor quality of life. It is essential to understand what the strategies developed by the elderly are so that they can live on their own with the difficulties that arise with the aging process. This is a qualitative exploratory research. Participants were 14 elderly, residents in the community belonging to the area covered by a basic health unit in the city of Porto Alegre. Data were collected through interviews with open and closed questions and analyzed applying thematic content analysis, with the support of the software Nvivo 8.0. Elderly were aged between 60 and 91 years old, being 11 women and they had lived alone for 19 years on average (SD \pm 14.2). The main reason for them to live alone was that the person they lived with had died. In order to analyze strategies, three categories were established according to the identified behaviors. Strategy 1: behavior in seeking social support, or seeking support from family, friends and neighbors, being a source of support for the family; living near those who provide support and maintain proximity/good relationship. Strategy 2: behavior seeking to remain active, including practicing leisure activities and participating in community activities. Strategy 3: Seeking for religious behaviors, like praying for health and praying to avoid loneliness. The findings indicated that the strategies developed by the elderly were suitable since, despite the independent lifestyle they had limitations inherent to the aging process, requiring support to carry out the activities of daily life and not feel alone. These needs were supplied exclusively by the network of informal support. More alternative formal support should be developed, describing the essential practice allowing planning health actions to these individuals in a perspective of individual assessment and social support.

Keywords: Aged. Behavior. Housing

COSTA, Francine Melo da. **Estrategias desarrolladas por los ancianos para que vivan solos**. 2013. 80f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo general hacer un análisis de las estrategias desarrolladas por los ancianos para que vivan solos. El número de personas mayores que viven solas crece constantemente, sin embargo este puede ser un factor de riesgo para morbilidad, mortalidad y peor calidad de vida. Es necesario conocer cuales son las estrategias desarrolladas por los ancianos para que puedan vivir solos delante de las dificultades que se manifiestan con el proceso de envejecimiento. Se trata de una investigación cualitativa de tipo exploratoria. Participaron 14 ancianos residentes en la comunidad perteneciente al área de alcance de una unidad básica de salud del municipio de Porto Alegre. Las informaciones fueron colectadas por medio de entrevista con preguntas abiertas y cerradas y analizadas por medio de un análisis de contenido temático, con el apoyo del software Nvivo 8.0. Los ancianos tenían entre 60 y 91 años, siendo 11 mujeres y vivían solos alrededor de 19 años (DP±14,2). El principal motivo para que vivieran solos era en razón de la muerte de las personas con las cuales convivían. Para el análisis de las estrategias se constituyeron tres categorías de acuerdo con los comportamientos identificados. Estrategia 1: comportamientos en búsqueda de apoyo social, o sea, buscar el apoyo de la familia, de los amigos y vecinos; ser fuente de apoyo para la familia; vivir cerca de aquellos que concedan el apoyo y mantener proximidad/buena relación afectiva. Estrategia 2: comportamientos en búsqueda de mantenerse activo, incluyendo la práctica de actividades de ocio y la participación en actividades de la comunidad. Estrategia 3: comportamientos en búsqueda de religiosidad, como rezar/orar para tener salud y rezar/orar para evitar la soledad. Los hallazgos indicaron que las estrategias desarrolladas por los ancianos se mostraron adecuadas, pues, aunque el estilo de vida sea independiente, ellos presentaban limitaciones inherentes al proceso de envejecimiento, necesitando de apoyo para realizar las actividades del cotidiano y que no se sientan solos. Esas necesidades eran suprimidas exclusivamente por la red de apoyo informal. Más alternativas de apoyo formal deberían de ser desarrolladas, calificando la práctica asistencial y permitiendo el planeamiento de acciones de salud volteadas a esos individuos, en una perspectiva de evaluación individual y de apoyo social.

Palabras - clave: Anciano. Conducta. Vivienda.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos de acordo com os comportamentos identificados, Porto Alegre, 2013.....	44
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos que moram sozinhos, Porto Alegre, 2013.....	39
Tabela 2 - Descrição do tempo de residência sozinho dos idosos que moram sozinhos, Porto Alegre, 2013.....	40
Tabela 3 - Descrição do estado de saúde autorreferido dos idosos que moram sozinhos, Porto Alegre, 2013.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	-	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	-	Atividades Instrumentais da Vida Diária
DP	-	Desvio Padrão
HCPA	-	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
NEESFAC	-	Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PALA	-	Porto Alegre Longitudinal Aging
PNI	-	Política Nacional do Idoso
PNSI	-	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RS	-	Rio Grande do Sul
SM	-	Salários Mínimos
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	-	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	CONTEXTO TEÓRICO	21
3.1	Processo de envelhecimento individual e coletivo	21
3.2	As políticas públicas e os idosos que moram sozinhos	24
3.3	Idosos que moram sozinhos: uma realidade	27
4	CAMINHO METODOLÓGICO	30
4.1	Delineamento do estudo	30
4.2	Contexto e local do estudo	30
4.3	Participantes do estudo	31
4.4	Coleta das informações	33
4.5	Análise das informações	34
4.6	Considerações bioéticas	35
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES	37
5.1	Caracterização dos idosos que moram sozinhos	37
5.2	Estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos	43
5.2.1	Estratégia 1 - Comportamentos em busca de apoio social	44
5.2.2	Estratégia 2 - Comportamentos em busca de manter-se ativo	55
5.2.3	Estratégia 3 - Comportamentos em busca de religiosidade	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista	73
	APÊNDICE B - Termo de compromisso para a utilização das informações	75
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos da coorte Porto Alegre Longitudinal Aging	76
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos da UBS Santa Cecília	77

ANEXO A - Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS	78
ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	79
ANEXO C - Autorização da coordenadora do estudo Porto Alegre Longitudinal Aging para utilização das informações	80

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo dessa dissertação de mestrado são as estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos. Pesquisas que versam sobre o processo de envelhecimento são cada vez mais necessárias, pois se trata de um fenômeno mundial de crescimento notável que suscita questões importantes do ponto de vista científico, social e de políticas públicas.

Estima-se que em 2050 existirão, aproximadamente dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, sendo 80% nos países em desenvolvimento. O Brasil será o sexto país em termos de população idosa absoluta em 2025. Além disso, a parcela da população de 80 anos ou mais, chamados de idosos “mais velhos”, é o segmento que mais cresce atualmente, resultando em uma população idosa mais envelhecida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

O envelhecimento populacional é consequência de dois processos: a queda da fecundidade, que modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser cada vez mais expressiva, e a redução da mortalidade, que trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

A redução da fecundidade e o aumento da longevidade, além de resultarem no envelhecimento populacional, contribuem para a diminuição do tamanho das famílias e para o aumento no número de idosos que moram sozinhos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). No Brasil, entre 2000 e 2010, os domicílios unipessoais passaram de 9,2% para 12,1%, respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). No ano de 2010, a proporção de domicílios unipessoais era de 12,1%, dos quais 39,4% eram representados por idosos, valores que tendem aumentar ao longo dos anos. Ainda, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) há evidências de correlação positiva entre a proporção de idosos e a proporção de unidades domésticas unipessoais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

As definições adotadas neste estudo para domicílios e domicílios unipessoais seguem o critério preconizado pelo IBGE. Nesse sentido, o termo “domicílio” é o local de moradia estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas. O termo “domicílio unipessoal” refere-se à

pessoa que mora sozinha em um domicílio, sendo idosa ou não (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

O município de Porto Alegre possuía em 2010 21,2% de domicílios unipessoais desses, 15,1% eram formados por idosos sendo a 15ª cidade brasileira com maior proporção de idosos que moram sozinhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). Ressalta-se que o aumento no número de idosos que moram sozinhos é uma ocorrência mundial, conforme mostram alguns estudos internacionais (SUN et al., 2007; PORTACOLONE, 2011). No contexto mundial a Organização das Nações Unidas (ONU) analisou os arranjos domiciliares dos idosos, apresentando dados comparativos de 130 países, e identificou que cerca de uma em cada sete pessoas idosas (90 milhões) vivia sozinha e cerca de dois terços delas eram mulheres (UNITED NATIONS, 2005).

No cenário científico internacional, diversas pesquisas vêm sendo desenvolvidas para investigar as condições de vida e saúde dos idosos que moram sozinhos, porém o mesmo procedimento não é constatado no cenário nacional. Esses estudos afirmam que, para as pessoas idosas, residir sozinho pode ser um fator de risco para morbidade, mortalidade e pior qualidade de vida, gerando grandes demandas para os serviços de saúde (SOK; YOUN, 2011; KANDLER et al. 2007).

Isso ocorre porque as pessoas idosas são naturalmente fragilizadas pelo processo de envelhecimento. Esse é um fenômeno universal e progressivo, cujo conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas determina a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (PAPALÉO NETTO, 2006).

Esse conjunto de alterações vivenciadas pelos idosos resulta em crescente dependência, que se traduz por uma necessidade de ajuda para a realização das atividades da vida diária; logo, para o idoso, morar só pode ser considerado uma circunstância complexa. Entretanto, a dependência não é um estado permanente, já que ela “pode ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados” (CALDAS, 2003, p. 775). Tal fato justifica a implementação de programas e práticas que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), visando à manutenção da autonomia e da independência durante o processo de envelhecimento.

Cabe aqui fazer uma breve definição de autonomia e independência, uma vez que ambos os conceitos estão intimamente ligados à circunstância de morar só. A autonomia é a habilidade de tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com as próprias regras e preferências. A independência, de modo geral, é entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda dos outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

O maior grau de dependência a que os idosos estão propensos tende a torná-los mais carentes de cuidado e, conseqüentemente, mais suscetíveis a residir com alguém que o forneça (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011). Mesmo que a família possa prover algum apoio ao idoso que mora só, a possibilidade de exercer esse papel torna-se cada vez mais deficitária, devido à tendência na redução do número de filhos, ao ingresso da mulher no mercado de trabalho e ao surgimento de novos arranjos familiares decorrentes de novas formas de união conjugal (CAMARGOS, 2008).

Essas são questões importantes, que vão ao encontro do fato dos idosos estarem morando sozinhos e vivendo mais tempo. Além disso, suscitam questionamentos sobre como se estrutura o seu dia a dia, em que condições estão vivendo e se recebem algum tipo de apoio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Frente à complexidade de fatores envolvidos no morar só para os idosos, é necessário conhecer quais as estratégias desenvolvidas por eles para se manterem em tal situação, sendo essa uma opção ou circunstância de vida. No presente estudo, consideram-se estratégias:

[...] os comportamentos, manifestos ou não, que têm como objetivos minimizar a ação das condições ambientais que causam danos e perdas ao indivíduo e, simultaneamente, aumentar a sua possibilidade de recuperação e bem-estar (TAVARES; TRAD, 2010, p. 1351).

De acordo com Tavares e Trad (2010), as estratégias desenvolvidas materializam-se em comportamentos que são definidos como o conjunto de reações

de um indivíduo aos estímulos e são observáveis objetivamente.¹ Silva e Lautert (2010), em sua pesquisa sobre a manutenção de comportamentos promotores de saúde em idosos, afirmam que a adoção de um comportamento envolve vários fatores, individuais e coletivos, que variam de pessoa para pessoa e que a manutenção desse comportamento está vinculada à expectativa de êxito.

Estudos nacionais sobre o tema abordam as estratégias de enfrentamento do estresse entre idosos (*coping*), as quais englobam pensamentos e ações utilizados para lidar com demandas internas ou externas típicas de um evento estressante específico. O estresse, nos estudos identificados, é entendido como o próprio processo de envelhecimento e as situações específicas que surgem nessa fase da vida, como, por exemplo, a perda de posição social, as perdas físicas e os sintomas depressivos, bem como a repercussão dessas estratégias para o bem-estar do idoso e da família. Para avaliar as estratégias de enfrentamento utilizam a aplicação de escalas como, por exemplo, a Escala de Estratégias de Enfrentamento, o Inventário de Enfrentamento da Califórnia, ou de categorias pré-definidas provenientes dessas escalas (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008; GUEDEA et al. 2006; HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Em relação aos idosos que moram sozinhos, foi identificada uma produção no cenário científico nacional que investigou diferentes aspectos condicionantes da vida desses idosos, abordando, entre outras questões, as suas estratégias de sobrevivência. Os achados evidenciaram a espiritualidade e a atividade social como estratégias para lidar com a solidão. Para as situações práticas do cotidiano, os idosos recebiam ajuda principalmente de seus familiares e, em menor número, de amigos e vizinhos. Não houve menção de auxílio oferecido por órgãos do Estado (CAMARGOS, 2008).

Em estudo que verificou as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos com dificuldades funcionais institucionalizados, o autor afirma que os idosos lançam mão de diferentes estratégias para lidar com determinadas situações, sendo necessário investigar aquelas utilizadas em diferentes contextos e eventos de vida, o que pode vir a auxiliar os profissionais da saúde na análise dessas situações e na adoção de possíveis intervenções para a adequação da estratégia escolhida (VIVIAN; ARGIMON, 2009).

¹ Segundo definição do Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Ferreira. Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 5.ed. Editora Positivo. 2010.

Tendo em vista tais circunstâncias, questiona-se: quais são as estratégias desenvolvidas pelos idosos para que possam morar sozinhos frente às dificuldades físicas, econômicas, emocionais e de saúde que possivelmente surgem com o processo de envelhecimento?

Este estudo justifica-se primeiramente pelo evidente aumento no número de idosos que moram sozinhos no Brasil, sendo essa uma situação que ainda carece de investigações na realidade nacional. Além disso, a caracterização dos participantes poderá amparar a análise das estratégias desenvolvidas por eles.

No que se refere à relevância e às possíveis contribuições, os resultados deste estudo poderão fornecer subsídios para qualificar a prática assistencial dos profissionais da saúde e especificamente dos profissionais da enfermagem, que trabalham com essa população, permitindo o planejamento de ações de saúde voltadas a esses indivíduos, adotando-se uma perspectiva de avaliação individual e apoio social.

A motivação para a realização desta pesquisa iniciou a partir do interesse pela saúde do idoso. Durante minha trajetória acadêmica, tive a oportunidade de participar do Programa de Iniciação Científica, em que me inseri em projetos de pesquisa nessa área, especialmente relacionados ao atendimento domiciliar, prestado por serviços de saúde ao idoso e ao seu cuidador. Essas pesquisas foram desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade (NEESFAC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Concomitantemente à pesquisa, durante minha formação, desenvolvi atividades assistenciais em serviços de atenção primária à saúde. No contato com os idosos, famílias e profissionais da saúde, foi possível observar o número significativo de idosos que residem sozinhos na comunidade e que apresentam limitações próprias ao envelhecimento, não havendo ações específicas voltada a esse público. Portanto, inquietações referentes às características desses idosos e às estratégias desenvolvidas por eles para morarem sozinhos motivaram a realização desta pesquisa.

2 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos geral e específicos deste projeto.

2.1 Objetivo geral

Analisar as estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) Caracterizar os participantes do estudo segundo aspectos socioeconômicos, demográficos, relacionados ao estado de saúde, ao tempo de residência sozinho e aos motivos pelos quais moram sozinhos;
- b) Identificar os comportamentos desenvolvidos pelos idosos para morarem sozinhos.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Neste capítulo, será apresentado o contexto teórico que sustenta o desenvolvimento da pesquisa, estruturado nos seguintes tópicos: processo de envelhecimento individual e coletivo, as políticas públicas e os idosos que moram sozinhos, idosos que moram sozinhos: uma realidade.

3.1 Processo de envelhecimento individual e coletivo

O processo de envelhecimento das populações é um fenômeno mundial bastante evidenciado nas investigações nacionais e internacionais. No Brasil, o número de pessoas idosas cresce de forma sistemática e consistente ao longo dos anos, ocorrendo em um ritmo maior do que o número de pessoas que nascem. Essa configuração acarreta grande impacto em termos de gastos e políticas públicas dos países (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Por essas razões, o envelhecimento tem-se mantido como um tópico de extrema relevância a ser investigado.

Em estudo realizado para avaliar o fenômeno do envelhecimento no Brasil, abordaram-se as razões que levaram o país à sua atual configuração etária. O crescimento da população idosa é consequência da alta fecundidade observada nas décadas de 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e da redução da mortalidade da população idosa, devido aos avanços tecnológicos de modo geral e aos avanços na área da saúde de modo particular (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

O Brasil tem apresentado, ao longo dos anos, redução da população de crianças e jovens e aumento da população idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Na cidade de Porto Alegre, por exemplo, observou-se um incremento de 32% no número de idosos em 10 anos, passando-se de 160.540 em 2000 para 211.896 em 2010, enquanto a população jovem (de 0 a 24 anos) apresentou um decréscimo de 13,68% nesse mesmo período (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Observa-se, além disso, um aumento da longevidade. O grupo etário que apresenta maior crescimento é o de 80 anos ou mais, o que causa certa preocupação, pois entre eles encontra-se a maior proporção de portadores de doenças crônico-degenerativas e pessoas com dificuldades para lidar com as atividades do cotidiano (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). A longevidade humana está relacionada à capacidade de controlar o ambiente e também com o seu legado genético. Assim, “o apoio familiar e a integração social são fatores importantes na continuação dos ganhos de esperança de vida da população brasileira” (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004, p. 84).

O envelhecimento da população é acompanhado pelo envelhecimento do indivíduo. Parte-se do princípio de que ele está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, assim como às fragilidades psicológicas e comportamentais. Nesse sentido, estar saudável passa a ser entendido mais como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana do que propriamente com a idade (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Pesquisa que investigou a percepção dos idosos sobre qualidade de vida observou grande ênfase nas questões associadas à saúde, principalmente no que se refere à manutenção da independência e da autonomia e não necessariamente na ausência de doenças (PASKULIN et al. 2010). Executar as atividades cotidianas sem necessitar da ajuda de outros parece ter uma relação importante com a percepção da qualidade de vida nessa faixa etária.

Uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja capaz, de verificar se a necessidade de ajuda é parcial ou total é a avaliação funcional. Para isso, em geral se utiliza a avaliação no desempenho das atividades da vida diária, que são didaticamente subdivididas em atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As ABVDs estão relacionadas ao autocuidado: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas. As AIVDs estão relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente na comunidade, incluindo: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças (BRASIL, 2006b).

Além das questões físicas, especialmente de declínio das capacidades funcionais, há aquelas associadas ao âmbito social e psicológico, que também apresentam consequências importantes. Condições específicas da velhice determinam perda de papéis e afastamento, como a morte de pessoas da mesma idade (parentes e amigos), ou perdas de papéis sociais com a retirada da atividade econômica, muitas vezes gerando limitações financeiras. Assim, o isolamento e a solidão tornam-se experiências mais comuns nesse momento da vida (CAPITANINI, 2000).

Para lidar com as questões específicas da velhice o apoio social torna-se fundamental. Ele pode ser definido como a totalidade de recursos oferecidos por outras pessoas constituindo trocas mútuas nas quais tanto quem recebe quanto quem oferece o apoio é beneficiado (ROSA, 2004). A rede de apoio social refere-se à organização do vínculo das pessoas umas com as outras. A rede de apoio formal é composta pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos e órgãos da previdência social, entre outros. A rede de apoio informal é caracterizada por aspectos como espontaneidade e reciprocidade, que auxiliam o idoso a manter vínculos e proporcionam bem-estar, sendo composta pela família, pela comunidade, pelos amigos e vizinhos (ROSA, 2004).

Cabe ressaltar que esse segmento etário é composto não só por pessoas incapazes de lidar com as atividades do cotidiano, economicamente inativas ou sem rendimento próprio, mas também, mesmo que em menor número, por aqueles com total autonomia e independência, que desempenham papéis importantes na família e na sociedade, ou seja, por um grupo heterogêneo e com necessidades diferenciadas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

O processo de envelhecimento ocorre diferenciadamente entre idosos da mesma idade, seja devido a questões biológicas, seja devido a condições desiguais de vida e de trabalho a que estiveram submetidos ao longo dos anos (FERREIRA et al., 2010). Discute-se que esse processo é diferenciado por sexo, grupo social, etnia e localização geográfica, estando inter-relacionado com as facilidades ou dificuldades criadas pelo meio ambiente e pelo desenvolvimento econômico. Além disso, pode ocorrer de forma mais favorável caso se disponham de políticas públicas adequadas e efetivas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

3.2 As políticas públicas e os idosos que moram sozinhos

Sabe-se, que nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional ocorreu progressivamente e em um ambiente socioeconômico mais favorável, o que permitiu a adaptação dos seus sistemas a essa realidade. Nos países em desenvolvimento, especialmente no Brasil, esse processo está ocorrendo de forma acelerada e em um meio não tão favorável quando comparado aos países desenvolvidos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Os programas sociais direcionados à população idosa nos países desenvolvidos tornaram-se mais evidentes na década de 1970 e direcionavam-se à manutenção do papel social dos idosos e de sua autonomia. Em 1982, foi realizada pela ONU, em Viena, a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, considerada um marco para as políticas públicas voltadas aos idosos em âmbito mundial, que propôs um plano de ação conhecido como Plano de Viena. Entre seus objetivos e resultados, destacou-se a concepção de idoso como ator social, com necessidades e especificidades, e a promoção da independência e da autonomia. Também se reforçou a ideia da família como unidade mantenedora e protetora dos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, igualmente organizada pela ONU, ocorreu em Madri no ano de 2002 e elaborou um plano de ação no qual se destacam os seus princípios básicos, a saber: a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento social e na luta contra a pobreza; o fomento da saúde e do bem-estar na velhice; a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Como uma contribuição para essa Assembleia, em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Política do Envelhecimento Ativo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), tendo em vista fornecer aos países membros informações que subsidiassem discussões e formulações de planos de ação que promovessem um envelhecimento saudável e ativo. Manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento foi destacado nesse documento como uma meta fundamental para indivíduos e governantes. O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países, dentre os quais se encontram os valores

culturais e as tradições que determinam como uma sociedade considera as pessoas idosas e o processo de envelhecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, em 1976, um primeiro documento do governo federal com diretrizes para uma política social voltada à população idosa foi editado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Entre as principais propostas contidas no documento, constava a manutenção do idoso na família; a revisão de critérios para a concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos; a criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar e formação de recursos humanos para o atendimento desse grupo (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Alguns anos após, a Constituição de 1988 representou um avanço em termos de políticas de proteção social aos idosos brasileiros: o artigo 230 ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e seu bem-estar e garantir o seu direito à vida (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Na década de 1990, o envelhecimento passou a ocupar uma posição de maior destaque nas políticas públicas dos países em desenvolvimento. No Brasil, em 1994, a Lei nº 8.842 aprovou a Política Nacional do Idoso (PNI), que estabelece a competência dos órgãos e entidades públicas nas áreas de assistência aos idosos. Um de seus princípios estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos à cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida. Essa política também prioriza o atendimento ao idoso em suas próprias famílias (incluindo o atendimento às necessidades básicas) em preferência ao atendimento asilar. Quando desabrigados ou destituídos de família, os idosos devem receber atendimento de órgãos públicos e privados prestadores desses serviços (BRASIL, 1996b).

Em 1999, a Portaria nº 1.395 aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), cujas diretrizes propõem a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais e o

apoio a estudos e pesquisas. A família também é apontada como uma das responsáveis pelo cuidado ao idoso (BRASIL, 1999).

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, que contém muitas das leis e políticas já aprovadas em uma única peça legal. Propõe uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam a proporcionar o bem-estar dos idosos e a sua identificação como um subgrupo populacional que demanda regras específicas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Após a revisão e a atualização da PNSI, em 2006, foi aprovada a Portaria nº 2.528, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Sua finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desse grupo etário. Entre suas estratégias de ação, pode-se citar a edição e distribuição do guia prático do cuidador, a criação e implantação do programa nacional de formação de cuidadores de idosos, a implementação do programa de atenção domiciliar e o fomento à pesquisa na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Entre suas diretrizes, destaca-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006a).

A breve análise das políticas brasileiras voltadas à pessoa idosa evidencia o estímulo do poder público à permanência do idoso no domicílio. Corresponsabiliza-se a família pelo cuidado e determina-se o amparo por meio de programas de assistência domiciliar, quando necessário. No entanto, o apoio formal (fornecido por serviços de atenção à saúde e instituições jurídicas) é frágil e não supre todas as necessidades, exigindo a ação daqueles que fornecem o apoio informal (fornecido pela família, pela comunidade, por amigos e vizinhos) (PASKULIN et al. 2011; ROSA, 2004). Além disso, as políticas não oferecem alternativas no que tange ao idoso que mora sozinho e que não conta com o apoio familiar para auxiliá-lo nessa “tarefa”.

Pesquisa realizada na Suécia mostra que, em comparação a pessoas idosas que residiam com outros, aqueles que viviam sozinhos recebiam menos apoio informal; em compensação, recebiam mais apoio formal (cuidado domiciliar), sugerindo uma dinâmica compensatória entre as duas fontes de cuidados (LARSSON; THORSLUND, 2002). Estudo realizado no Japão caracterizou o atendimento prestado por 998 clínicas de *home care* a idosos fragilizados que moravam sozinhos. Os achados sugerem que, entre os fatores favoráveis ao atendimento domiciliar a esse grupo estão a visita domiciliar de enfermagem e a

disponibilidade de equipamentos de assistência médica (AKIYAMA; HANABUSA; MIKAMI, 2011).

Independentemente das políticas públicas internacionais, os países desenvolvidos apresentam ações práticas mais evidentes voltadas ao envelhecimento populacional. Além das pesquisas mencionadas, podemos citar como exemplo o Canadá, onde há uma maior disponibilidade de rede de apoio formal à população idosa por meio de serviços como *home care*, casas de convivência e hospital-dia, possibilitando a permanência das pessoas idosas em seu domicílio (PASKULIN et al. 2011).

No âmbito nacional, apesar de os idosos que moram sozinhos constituírem um grupo significativo, ainda existem lacunas tanto nas políticas públicas nacionais quanto em sua aplicação prática. Essa é uma situação preocupante, visto que se trata de um grupo com limitações inerentes ao processo de envelhecimento e com demandas específicas, já que possivelmente recebem menos apoio informal para lidar com as adversidades do cotidiano.

3.3 Idosos que moram sozinhos: uma realidade

No Brasil, segundo dados do último recenseamento do IBGE, cresce, ao longo dos anos, a proporção de idosos que moram sozinhos. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, 13,8% vivem em domicílios unipessoais. No estado do Rio Grande do Sul (RS) essa proporção aumenta para 14,9% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Os idosos representam a maior parte dos brasileiros que moram sozinhos. Se considerarmos os idosos de 65 anos ou mais, as proporções dos que residem em domicílios unipessoais aumentam para 15,7% no país e 17,4% no estado gaúcho, representando a maior proporção entre as regiões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Em todo o mundo, há uma tendência de que os idosos vivam sozinhos, especialmente mulheres mais velhas, viúvas e pobres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Estudo realizado pela ONU indica que há uma disposição a favor de modalidades de vida independente (sozinho ou somente com o cônjuge), mais consolidada em países desenvolvidos, e que a institucionalização é uma opção para

aqueles com dificuldade de se manter independentes ou para aqueles que necessitam de cuidados médicos, o que não é tão comumente observado nos países em desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2005).

O crescimento no número de idosos que moram sozinhos é evidenciado em investigações realizadas no Japão (SUN et al., 2007), na Coreia (SOK; YUN, 2011), em países europeus como Itália, França e Espanha (GAYMU; SPRINGER, 2010), além de Estados Unidos (PORTACOLONE, 2011) e Canadá (WITT; PLOEG; BLACK, 2010). Esta é uma das vertentes de estudos sobre as consequências do processo de envelhecimento populacional que tem recebido importante atenção nos países desenvolvidos.

As pesquisas internacionais apontam uma tendência na comparação entre grupos: “idosos que moram sozinhos” *versus* “idosos que moram acompanhados”. Aqueles que moram sozinhos estão mais propensos a diversas condições de fragilidade, como estado de saúde autorreferido como regular ou ruim, dificuldades em realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, maior declínio cognitivo e distúrbio de humor, risco de isolamento social, uso abusivo de álcool, não ter a quem recorrer em caso de emergência e maior número de quedas nos últimos 12 meses (BILOTTA et al. 2010; KHARICHA et al. 2007). Um desses estudos destaca que o fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, a um agravamento da morbidade e, inclusive, a um indicador de risco de mortalidade (KANDLER et al. 2007).

Outros aspectos que têm sido abordados no cenário internacional referem-se à depressão e aos sentimentos de solidão (YOU et al. 2009; GREENFIELD; RUSSELL, 2011), ao apoio formal e informal recebido (LARSSON; THORSLUND, 2002; AKIYAMA; HANABUSA; MIKAMI, 2011), à qualidade de vida (GAYMU; SPRINGER, 2010; LIN; YEN; FETZER, 2008) e à presença de demência entre aqueles que moram sozinhos (WITT; PLOEG; BLACK, 2010). A maior parte dos estudos citados foi desenvolvida utilizando uma abordagem quantitativa.

No Brasil, encontrou-se um número de produções significativamente menor sobre esse tema, havendo entre elas duas dissertações (CAPITANINI, 2000; GEIB, 2001), uma tese (CAMARGOS, 2008), dois artigos (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007) e trabalhos publicados em anais de congressos (FRANÇA et al., 2008; BERQUÓ; CAVENAGUI, 1988). Os trabalhos mencionados são das áreas de demografia e psicologia. Os

estudos foram realizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais.

Dentre as investigações nacionais, uma explorou os fatores determinantes da capacidade funcional em idosos (não especificamente os que moravam sozinhos) e constatou que morar só era um fator protetor para o desenvolvimento de dependência dos idosos estudados. No entanto, os autores destacam que o fato de essa categoria ter-se mostrado como fator protetor poderia ser explicado pelo tipo de delineamento do estudo, que informava apenas o estado atual dos idosos no momento da coleta de dados. Provavelmente, a maioria dos idosos que moravam sozinhos ainda estavam aptos em termos físicos e econômicos. Além disso, eram predominantes na região do estudo onde se concentrava a população de nível socioeconômico mais alto. Concluíram, então, que seria possível que, para esse grupo específico, estavam reunidos vários fatores protetores para o desenvolvimento da dependência (ROSA et al. 2003).

Outras pesquisas discutiram questões sobre a opção do idoso por morar sozinho e o conjunto de fatores influentes na decisão por esse tipo de arranjo domiciliar, além do que é necessário para que possa exercer sua preferência. Constatou-se que não é possível saber se, ao decidir morar sozinho, o idoso está praticando uma escolha individual ou cedendo a circunstâncias impostas devido a questões socioeconômicas, demográficas ou culturais (CAMARGOS, 2008; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Logo, morar sozinho ou não depende de uma série de fatores e de eventos que vão se conformando ao longo da vida do indivíduo. Para os idosos, o convívio com os familiares na mesma residência pode ser essencial, tanto para ajudar a resolver questões cotidianas (físicas ou financeiras) quanto para compartilhar a convivência diária (CAMARGOS, 2008; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Sendo a velhice uma fase da vida em que as dificuldades físicas, financeiras e afetivas tendem a surgir de forma mais evidente (CAMARGOS, 2008; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007), o olhar sobre a realidade dos idosos que moram sozinhos – no Brasil e em outros países – reforça a necessidade de conhecer quais as estratégias desenvolvidas por eles que lhes permitem viver em tal situação.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo, serão apresentados o delineamento do estudo, o contexto e local de realização, os participantes, o período de realização, os procedimentos para a coleta e a análise das informações e as considerações bioéticas que guiaram a presente investigação.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. O estudo qualitativo é baseado em experiências reais das pessoas que conhecem em primeira mão o fenômeno estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O estudo exploratório é definido como aquele que investiga a natureza de uma situação e fatores com os quais ela está relacionada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Contexto e local do estudo

Os participantes para a presente investigação foram selecionados a partir do estudo de coorte Porto Alegre Longitudinal Aging (PALA) (RINALDI, 2010) e a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) localizada no Distrito Sanitário Centro do município.

Em princípio, pretendia-se realizar o estudo apenas com os participantes da coorte PALA; porém, após o início da coleta dos dados, verificou-se que o número de participantes encontrados que satisfaziam os critérios de inclusão da pesquisa seria insuficiente. Optou-se, então, por ampliar a seleção dos participantes aos usuários da UBS Santa Cecília, uma vez que é a unidade de referência para os bairros onde residem os idosos do PALA.

O PALA é um estudo de coorte que acompanha uma amostra representativa da população de idosos residentes no entorno do HCPA, área composta por três

bairros: Santa Cecília, Santana e Rio Branco. A UBS Santa Cecília, bem como a área do estudo PALA, pertence ao Distrito Sanitário Centro do município de Porto Alegre. Conforme dados do censo demográfico de 2010, esse distrito tinha uma população de 276.963 habitantes, o que representava 19,65% da população de Porto Alegre. Além disso, apresentava a maior proporção de idosos do município, ou seja, 21,74% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Essa é uma região urbanizada, com diversidade em seu traçado urbanístico, mesclando áreas de classes economicamente mais favorecidas com áreas de vulnerabilidade social. Pode-se considerar que a população do Distrito Centro, com exceção dos residentes nas áreas de vulnerabilidade social, apresenta um bom padrão socioeconômico e maiores índices de escolaridade quando comparada às demais regiões de Porto Alegre (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2003).

A UBS Santa Cecília funciona desde 2004 e conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionista e agentes comunitários de saúde, oferecendo serviços de atenção básica à população adstrita. Havia cerca de 27 mil pessoas cadastradas em maio de 2013. Segundo levantamento do sistema de informações gerenciais do HCPA, 4.563 idosos estavam cadastrados no serviço.

A escolha por selecionar os participantes da coorte e os usuários da UBS para a presente investigação pautou-se na recomendação de estudo (CAMARGOS, 2008) já realizado na realidade brasileira com idosos que moram sozinhos, o qual alerta sobre a dificuldade de acesso a essa população, justamente pelo medo de partilhar informações particulares com pessoas desconhecidas e pelo sentimento de vulnerabilidade expresso pelos idosos. Logo, pretendeu-se obter maior facilidade de acesso aos participantes, estando eles vinculados a um estudo/serviço de referência com os quais já haviam estabelecido confiança.

4.3 Participantes do estudo

O PALA iniciou em 1996, quando foram selecionados idosos da comunidade, no entorno do HCPA, sendo incluídos 345 idosos. A segunda etapa de avaliação ocorreu no período de junho de 2003 a junho de 2004; a terceira etapa iniciou em

2007 e findou em 2008, enquanto a quarta etapa iniciou no ano de 2012 (RINALDI, 2010).

A população da presente investigação foram todos os idosos participantes da quarta etapa da coorte PALA e os idosos cadastrados e residentes na área da UBS Santa Cecília. A escolha dos participantes foi feita por amostragem intencional (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), já que “uma amostra qualitativa apropriada resulta da identificação e do uso de participantes que melhor possam suprir informações, de acordo com as exigências contextuais do estudo” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para a amostragem intencional da presente investigação, selecionaram-se idosos de diferentes grupos etários, objetivando contemplar idosos jovens e idosos mais velhos, bem como de diferentes sexos.

Foram critérios de inclusão: ser sujeito da coorte PALA ou residir na área de abrangência da UBS Santa Cecília, estar cadastrado na unidade e declarar-se residindo sozinho há mais de seis meses. Foram critérios de exclusão: não ser encontrado após três tentativas de contato, em diferentes horários e dias da semana incluindo sábados e domingos, através de contato telefônico ou visita domiciliar.

Constatou-se que, dos 98 idosos que participaram da quarta etapa da coorte, oito estavam morando sozinhos, dos quais:

- a) quatro foram entrevistados (entrevistas realizadas no domicílio dos idosos);
- b) um idoso não foi encontrado após três tentativas de contato em diferentes horários e dias da semana incluindo sábados e domingos;
- c) um idoso não aceitou participar do estudo;
- d) dois idosos estavam doentes sem condições de responder à entrevista.

Para a coleta na UBS Santa Cecília, contou-se com a indicação dos profissionais da unidade sobre os idosos que estavam residindo sozinhos. Foram localizados 10 idosos que atenderam aos critérios de inclusão. A amostra contou com o número de idosos suficientes para a saturação teórica das informações, totalizando 14 participantes (quatro do PALA e 10 da UBS). A amostragem por saturação ocorre quando é obtida a redundância da informação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) sendo uma ferramenta comumente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Coleta das informações

As informações foram coletadas no período de abril a setembro de 2012 por meio de entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas. A entrevista permite a obtenção de dados de duas naturezas: objetivos, que podem ser obtidos através de outras fontes, como censos e estatísticas, e subjetivos, que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, suas atitudes, valores e opiniões. São informações subjetivas ao nível mais profundo da realidade, que só podem ser obtidas com a contribuição dos envolvidos na situação estudada (MINAYO, 2004).

O primeiro contato com os idosos do PALA ocorreu por meio de ligação telefônica (informações obtidas no banco de dados da coorte), quando os objetivos do estudo foram explicados. Para aqueles que atendiam aos critérios de inclusão, foi marcada uma visita domiciliar para a coleta das informações.

Para a coleta na UBS Santa Cecília, através da indicação dos profissionais da unidade, obteve-se o endereço e o telefone dos idosos que estavam residindo sozinhos. O primeiro contato ocorreu na própria UBS, via telefone ou visita domiciliar. Para aqueles que aceitaram participar, foi agendada data e hora para a entrevista, sendo oito realizadas nos domicílios e duas na UBS, conforme solicitação dos entrevistados. Todas as visitas domiciliares foram realizadas na companhia de agentes comunitários de saúde da UBS, quando a pesquisadora foi apresentada e procedeu à entrevista.

Das 14 entrevistas realizadas, cinco foram conduzidas na presença de um acompanhante, sendo respeitada a preferência do idoso. Dentre os acompanhantes, duas eram filhas das entrevistadas, um era genro, um era amigo e uma era a agente comunitária de saúde. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, com duração média de 45 minutos, e foram gravadas em MP3 para que a fala dos idosos fosse transcrita textualmente. O processo de transcrição foi realizado pela pesquisadora com o apoio de uma acadêmica de enfermagem com experiência no processo de transcrição.

A fim de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, eles foram identificados por códigos: por exemplo, "E5", ou seja, entrevistado número cinco. Para a apresentação dos achados, as falas serão identificadas pelo código, pelo sexo e pela idade do idoso.

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) foi formulado com base nos objetivos do estudo e na literatura (CAMARGOS, 2008). Para identificar os comportamentos desenvolvidos pelos idosos para morarem sozinhos, foram exploradas as seguintes questões por meio de perguntas abertas: aspectos relacionados às circunstâncias de morar só; aspectos relacionados às rotinas do autocuidado e do funcionamento tanto no domicílio quanto na comunidade (como ir a bancos, fazer compras, praticar atividades de lazer), sobre situações de doença, o modo como realiza essas atividades e se necessita de ajuda.

Para a caracterização dos idosos, foram formuladas perguntas fechadas acerca dos seguintes aspectos: sexo, idade, anos de estudo, estado conjugal, renda, ocupação profissional atual ou anterior e tempo de ocupação em anos; há quanto tempo reside sozinho e o motivo pelo qual mora só. Os aspectos relacionados ao estado de saúde investigados incluíram estado de saúde autorreferido, morbidade autorreferida (categorizadas por grupos de doenças, por exemplo, cardiovasculares e respiratórias) e uso de medicação (categorizada em: não usa, usa eventualmente, usa diariamente).

Todas as questões investigadas auxiliaram na análise das estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos.

4.5 Análise das informações

Foi utilizada a análise temática (MINAYO, 2004), com o apoio do software Qualitative Solutions Research NVivo (QSR NVivo) 8.0. Este software é utilizado para análise qualitativa dos dados e tem como principais funções armazenar e codificar o texto de acordo com categorias específicas, auxiliando na fragmentação dos dados e no gerenciamento das ideias do pesquisador (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003). A análise temática é uma das técnicas de análise de conteúdo, sendo realizada em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento e interpretação dos resultados (MINAYO, 2004). E foi empregada para a análise das perguntas abertas investigadas.

A pré-análise compreende a retomada dos objetivos e hipóteses iniciais, com reformulação dos mesmos a partir do que foi coletado, e a elaboração de

indicadores para orientar a interpretação final das informações. Nessa fase, são estabelecidos a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, os recortes, o modo de categorização e de codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise (MINAYO, 2004).

Essa primeira fase pode ser subdividida em três atividades: na leitura flutuante do conjunto das comunicações, que consiste em promover um contato exaustivo com o material e deixar-se impregnar pelo seu conteúdo; na constituição do corpus, ou seja, organização do material segundo normas que os validem, como a exaustividade (contemplando todas as questões levantadas no roteiro), a representatividade do universo pretendido, a homogeneidade (seguindo critérios precisos na escolha de temas, técnicas e interlocutores) e a pertinência dos documentos analisados para dar resposta aos objetivos do trabalho; e na formulação de hipóteses e objetivos (MINAYO, 2004).

A fase de exploração do material consiste na operação de codificação. Primeiramente, recorta-se o texto em unidades de registro (frases, palavras, temas, etc.), tal como foi estabelecido na pré-análise. A seguir, são escolhidas as regras para contagem que permitem alguma forma de quantificação e, por último, as informações são classificadas e agregadas de acordo com categorias teóricas ou empíricas escolhidas para comandar a especificação dos temas (MINAYO, 2004).

Na fase de tratamento e interpretação dos resultados obtidos propõem-se as inferências e realizam-se interpretações previstas no quadro teórico do pesquisador ou abrem-se novas pistas a partir da leitura do material (MINAYO, 2004).

Os dados referentes à caracterização dos participantes do estudo foram processados no programa Microsoft Office Excel 2007. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva.

4.6 Considerações bioéticas

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS como projeto PG MS. 07/2012 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA como projeto número 120058 (ANEXO B). Para a

ampliação da seleção dos participantes aos usuários da UBS Santa Cecília, realizou-se uma consulta, com aprovação, do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, bem como a adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por meio de correio eletrônico, obteve-se autorização da coordenação do estudo PALA para utilização das informações (ANEXO C). Um termo de compromisso para utilização das informações obtidas no banco de dados do PALA foi assinado pela pesquisadora responsável e pela pesquisadora mestranda (APÊNDICE B). Os participantes assinaram um TCLE, sendo um para os idosos do PALA (APÊNDICE C) e outro para os idosos da UBS Santa Cecília (APÊNDICE D). O TCLE foi fornecido e assinado em duas vias, ficando uma em posse dos entrevistados e outra em posse da pesquisadora.

Foi assegurado o anonimato dos sujeitos e foram atendidos todos os princípios éticos, tendo-se em vista proteger os direitos das pessoas envolvidas e respeitando-se os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996a).

As entrevistas, gravadas e transcritas, serão guardadas por cinco anos com a pesquisadora e após serão destruídas. Entende-se que o benefício do estudo foi melhor compreender as estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos frente às dificuldades que surgem com o envelhecimento e, com base nesse conhecimento, elaborar ações adequadas a essa população. O risco foi compreendido como o desconforto em responder à entrevista e o tempo gasto para isso.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Neste capítulo serão apresentadas e discutidas as informações obtidas a partir das entrevistas realizadas com os idosos, na seguinte sequência: caracterização dos idosos que moram sozinhos e estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos.

5.1 Caracterização dos idosos que moram sozinhos

Nesta subseção, serão apresentadas as características sociais, econômicas, demográficas e de saúde, investigadas através do instrumento elaborado pela pesquisadora, com a finalidade de identificar o perfil dos idosos participantes do estudo e amparar a análise das estratégias.

Foram entrevistados 14 idosos, sendo três homens e 11 mulheres. A maioria de mulheres entrevistadas acompanha os achados de estudos com idosos que moram sozinhos, tanto em âmbito nacional (CAMARGOS, 2008) quanto internacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; UNITED NATIONS, 2005). Estudo que investigou a influência das condições de vida sobre a satisfação com a vida de idosos que residiam sozinhos em 10 países europeus constatou que, em toda a Europa, as mulheres eram, em média, duas vezes mais propensas a morar sozinhas quando comparadas aos homens (GAYMU; SPRINGER, 2010). A razão pela qual mais mulheres idosas vivem sozinhas é basicamente porque elas têm menos probabilidade de se casar novamente após a viuvez (UNITED NATIONS, 2005).

A idade dos idosos entrevistados variou entre 60 e 91 anos, com média de 79,3 anos (desvio padrão [DP] = $\pm 9,2$). A média de idade situada no grupo etário entre 70 e 80 anos também foi observada em investigação realizada em Belo Horizonte (CAMARGOS, 2008). A proporção de idosos que moram sozinhos geralmente aumenta à medida que a idade avança, com a saída dos filhos de casa e o falecimento do cônjuge, até que alcancem em torno dos 70 ou início dos 80 anos. Depois disso, tal proporção tende a decrescer, devido ao aumento da dependência e

a necessidade de coresidência (UNITED NATIONS, 2005). Nesta pesquisa, porém, metade dos idosos entrevistados situava-se no grupo etário entre 80 e 89 anos, inferindo-se que eles, possivelmente, ainda encontravam-se aptos física e cognitivamente para residirem sós, apesar da idade avançada.

A média de anos de estudo foi de 8,6 anos (DP = $\pm 4,8$); apenas dois idosos referiram não ter estudado em instituição formal, embora fossem alfabetizados. De acordo com o último censo demográfico, realizado em 2010, a escolaridade dos idosos brasileiros ainda é baixa: 30,7% tinham menos de um ano de estudo e apenas 17,4% tinham nove anos ou mais. No entanto, o município de Porto Alegre possui a segunda maior escolaridade para idosos no país, diferenciando-se da média nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Na presente investigação, a maioria dos idosos tinha nove anos ou mais de estudo, corroborando com o encontrado para o município.

Pesquisa que comparou os arranjos domiciliares de idosos de diferentes países constatou que aqueles com maior nível de instrução pareciam ter maiores chances de morar sozinhos e menores chances de morar com filhos e netos (UNITED NATIONS, 2005). Verificou-se o mesmo resultado em investigação com idosos paulistanos (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

A maioria dos idosos era viúva, achado similar às investigações realizadas com idosos que moram sozinhos no Brasil (CAMARGOS, 2008; CAPITANINI, 2000) e no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; SOK; YUN, 2011; UNITED NATIONS, 2005). Tal achado evidencia que morar só, muitas vezes, está associado a algum episódio de ruptura ou morte (CAMARGOS, 2008). Em relação à renda, questionada em salários mínimos (SM)², dois idosos não quiseram fornecer essa informação e um idoso referiu não possuir rendimentos. A renda aproximada em SM dos outros 11 respondentes está apresentada na Tabela 1. No Brasil, a maioria dos idosos vivia com renda domiciliar de até um SM em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b), enquanto neste estudo a maioria vivia com até dois SM. No entanto, infere-se que a maioria dos idosos informou um valor abaixo do real, uma vez que durante as entrevistas para a coleta dos dados mencionaram diversas fontes de rendimentos como pensões, aluguéis e aposentadorias.

² Conforme Decreto 7.872 publicado na edição Salário Mínimo 2013 Diário Oficial Extra, no dia 26 de dezembro de 2012 que estabelece o valor total de R\$ 678,00 para o ano de 2013.

Estudo realizado com idosos que moram sozinhos em São Paulo apontou que as probabilidades de o idoso morar só crescem à medida que aumenta a renda, indicando uma tendência de valorização da privacidade e de escolha por independência por parte dos idosos de níveis socioeconômicos superiores (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007). Esses achados contrariam os dados publicados na política do envelhecimento ativo, segundo os quais as mulheres mais pobres tendem a esse estilo de vida em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

As variáveis grupo etário, anos de estudo, estado conjugal e renda estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos que moram sozinhos, Porto Alegre, 2013 (n=14)

Características	N
Grupo etário (em anos)	
60 – 69	2
70 – 79	3
80 – 89	7
90 ou mais	2
Anos de estudo	
0	2
1 – 4	3
4 – 8	1
9 ou mais	8
Estado conjugal	
Viúvos	11
Solteiros (nunca tiveram companheiro)	2
Divorciado	1
Renda em SM* (n=11)	
Até 2	6
Mais de 2 até 4	4
Mais de 4	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*SM = salário mínimo de R\$ 678,00.

Quanto à ocupação profissional atual ou anterior, uma idosa referiu nunca ter exercido ocupação remunerada, um idoso referiu trabalhar com serviços gerais, dois idosos referiram ter trabalhado no comércio, quatro idosas eram costureiras (sendo

que uma ainda exercia a profissão), duas idosas eram auxiliares de enfermagem, uma era cuidadora de idosos (realizou curso de formação) e três idosos haviam trabalhado em serviços da administração pública. O tempo de exercício da ocupação profissional variou entre 20 e 54 anos, com média de 38,2 anos ($DP=\pm 11,1$), excetuando-se um idoso que não soube definir o tempo de serviço e a idosa que não exerceu ocupação profissional.

Pesquisas mostram o efeito protetor do trabalho remunerado para perda da capacidade funcional em idosos (ROSA et al. 2003; ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). A manutenção do trabalho pode ter efeito protetor devido a mecanismos de suporte social, pois o convívio com outras pessoas proporciona relações de cooperação e interatividade. Além disso, a atividade laboral implica desafios diários que mantêm o idoso ativo e auxiliam na manutenção da capacidade funcional (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). Logo, infere-se que o fato de apenas uma idosa não ter exercido ocupação remunerada e o longo período de exercício profissional dos idosos estudados tenham repercutido positivamente na sua capacidade funcional.

A média de anos em que os idosos moravam sozinhos foi de 19 anos ($DP=14,2$), variando entre três e 60 anos. O idoso que referiu morar sozinho há 60 anos, antes de ter o seu domicílio, era morador de rua, por isso considerou nunca ter residido com alguém. O tempo de residência sozinho está apresentado na Tabela 2.

A média de anos de residência sozinho obtida nessa investigação é superior à de outras realizadas no Brasil. No estado de Minas Gerais, identificou-se média de 14,7 anos em Belo Horizonte (CAMARGOS, 2008) e de 10 anos em Poços de Caldas (CAPITANINI, 2000). Esse é um aspecto relevante, conforme destacado no estudo realizado em Belo Horizonte: "Indica certa irreversibilidade da condição de morar sozinho e também influencia a percepção dessa população em relação a vários aspectos da vida em domicílio unipessoal" (CAMARGOS, 2008, p. 13).

Tabela 2 – Descrição do tempo de residência sozinho dos idosos, Porto Alegre, 2013. (n=14)

Tempo de residência sozinho (em anos)	N
1 – 10	4
11 – 20	6
21 – 30	2
30 ou mais	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Com relação aos motivos pelos quais residiam sozinhos, a maioria (12) dos idosos entrevistados optou por morar sozinha em razão da morte das pessoas com as quais residiam; uma idosa optou por separação e um idoso era morador de rua antes de ter um domicílio, razão pela qual referiu ter morado só por toda a vida. Alguns idosos declararam ter a possibilidade de se juntar a outros familiares.

Para o idoso, a decisão de morar só, quase sempre está associada a episódios de ruptura, como a separação ou a morte do cônjuge e a saída de casa ou a morte dos filhos (CAMARGOS, 2008; BERQUÓ; CAVENAGUI, 1988). Poucos são os casos em que a opção por morar sozinho baseia-se em uma decisão individual, na ausência de perda ou separação de parentes com os quais conviviam, o que evidencia um misto de necessidade e opção marcando a decisão (CAMARGOS, 2008).

Quanto às morbidades autorreferidas, foram categorizadas em grupos a partir das respostas dos idosos para facilitar a caracterização³. Todos os idosos referiam ao menos uma morbidade. Entre as morbidades cardiovasculares (12), a mais citada foi hipertensão arterial sistêmica (HAS). Entre as alterações sensoriais (6), como diminuição da acuidade auditiva e visual, a mais citada foi catarata. Também foram mencionadas morbidades musculoesqueléticas (5), gastrintestinais (3) e respiratórias (1), como, por exemplo, artrite, gastrite e asma, respectivamente. Além dessas, destacaram-se as morbidades metabólicas (6), como, por exemplo, a diabetes melito (DM). Dois idosos ainda referiam ter câncer e dois relataram ter recebido diagnóstico médico de depressão. Apenas uma idosa referiu ser tabagista em abstinência; nenhum idoso referiu alcoolismo ou drogadição.

Quanto ao uso de medicação, apenas um idoso referiu não fazer uso, enquanto os outros 13 utilizavam mais de uma medicação diariamente. Quanto ao estado de saúde autorreferido, apresentado na Tabela 3, apenas dois idosos percebiam-se com a saúde ruim ou muito ruim.

³ A frequência de citações de cada grupo está indicada entre parênteses.

Tabela 3 – Descrição do estado de saúde autorreferido dos idosos que moram sozinhos, Porto Alegre, 2013. (n=14)

Estado de saúde autorreferido	N
Muito boa	4
Boa	3
Regular	5
Ruim	1
Muito ruim	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Em 2010, quase metade (48,9%) dos idosos brasileiros sofria de mais de uma doença crônica. No subgrupo de 75 anos ou mais, a proporção atingia mais da metade (54,0%), sendo a hipertensão a doença crônica mais frequente, com proporções em torno de 50%, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b) e também a doença mais citada entre os idosos entrevistados na presente investigação.

À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de desenvolver uma doença crônica. O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional, a associação às doenças crônicas tende a acelerar este processo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Ainda, quanto maior o número de morbidades de um indivíduo maior a necessidade do uso de medicações, sendo comum a polifarmácia em idosos. O uso concomitante de vários medicamentos é uma tarefa difícil para o idoso realizar, além de envolver riscos para sua saúde.

Estudo que investigou os desafios e as potencialidades do cotidiano de idosos que moram sozinhos identificou que os maiores enfrentamentos dessa população estão relacionados às enfermidades, aos obstáculos para realização do autocuidado e à necessidade de segurança física. Para o idoso que reside sozinho, o desenvolvimento das enfermidades torna-se mais agravante pelo fato de não ter uma companhia para auxiliar em seu tratamento e recuperação nesse momento particular de vida. Portanto, a necessidade de se estabelecer potencialidades com vistas a lidar com tal situação. Como potencialidade encontrada, vislumbra-se o próprio idoso realizando as tarefas do cotidiano, na busca de promover seu autocuidado (RAMOS; MENEZES; MEIRA, 2010).

Os autores do estudo supracitado ressaltam a importância de se desenvolver atitudes de autocuidado durante toda a vida, por meio das mudanças de hábitos e adoção de novos comportamentos. Tais considerações levam à necessidade, por parte do enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, de buscar um atendimento mais adequado aos idosos que moram sozinhos, através de uma abordagem holística buscando promover sua saúde física e mental e motivar a convivência social (RAMOS; MENEZES; MEIRA, 2010).

Ainda, estudo que elaborou uma perspectiva fenomenológica sobre o autocuidado no envelhecimento afirma que o mesmo é um conceito central na assistência à saúde e pode ser considerado como um meio para manter, restaurar e melhorar a saúde e o bem-estar do idoso (SÖDERHAMN, 2013). Além disso, sabe-se que se idoso continua ativo na sociedade, ele se considera “saudável”. Nas avaliações sobre o estado de saúde, os idosos, além de considerar propriamente a doença, levam em conta a sua participação na sociedade, sua independência e sua autonomia (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b; PASKULIN et al., 2010).

Em relação a esses aspectos, estudo que investigou os determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo verificou que os idosos que moravam sozinhos avaliavam a sua saúde mais positivamente em relação àqueles que moravam acompanhados (ALVES; RODRIGUES, 2005). Outro estudo demonstrou que autoavaliar a saúde negativamente reduz as chances dos idosos de morarem sozinhos (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

Cabe ressaltar que, entre os idosos entrevistados, apenas dois se percebiam com a saúde ruim ou péssima. Logo, infere-se que a avaliação positiva da saúde, independentemente das morbidades, é influenciada pela percepção de independência e autonomia, possivelmente mais evidente entre os idosos que residem sozinhos, sem estabelecer uma relação causal.

5.2 Estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos

Neste tópico, serão apresentadas e discutidas as informações obtidas através das perguntas abertas da entrevista. Com a análise do material produzido, foi

possível agrupar as falas dos entrevistados em categorias empíricas, conforme os temas emergidos. As estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos compuseram três categorias de acordo com os comportamentos identificados. Os resultados estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos de acordo com os comportamentos identificados, Porto Alegre, 2013

ESTRATÉGIAS	COMPORTAMENTOS	ACHADOS
Estratégia 1	Comportamentos em busca de apoio social	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar apoio na família, amigos e vizinhos. - Ser fonte de apoio para a família. - Morar próximo daqueles que fornecem apoio. - Manter proximidade nas relações afetivas.
Estratégia 2	Comportamentos em busca de manter-se ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar atividades de lazer. - Participar de atividades da comunidade.
Estratégia 3	Comportamentos em busca de religiosidade	<ul style="list-style-type: none"> - Rezar/orar para ter saúde. - Rezar/orar para evitar a solidão.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Convém salientar que os temas emergidos nas entrevistas não se esgotam nessas categorias, mas que configuram os temas mais recorrentes nas falas de todos os idosos. Além disso, os idosos desenvolviam mais de uma estratégia para morarem sozinhos, as quais se inter-relacionavam, já que são produto da análise de uma circunstância dinâmica de vida.

5.2.1 Estratégia 1 – Comportamentos em busca de apoio social

Nessa categoria foram incluídas as falas dos idosos que indicavam comportamentos em busca de apoio social. Entre esses comportamentos, constava buscar o apoio dos familiares, amigos e vizinhos; ser fonte de apoio para a família; morar próximo à residência daqueles que forneciam apoio e manter a proximidade das relações afetivas. As falas dos idosos ilustram esses comportamentos:

“Tem os genros, as filhas, agora mesmo tu tá vendo um aqui, né? [Genro: Sempre tem um ou outro, ela nunca tá sozinha, só pra dormir]. Moro sozinha, mas tô bem acompanhada.” E10, mulher, 90 anos.

Dos 14 idosos entrevistados, apenas três não tiveram filhos, dos quais dois referiram não ter parentes próximos, como irmãos ou sobrinhos. Uma idosa tinha irmãos vivos, porém moravam no interior do estado. Todos os idosos que tinham filhos contavam com o apoio deles para lidar com alguma atividade diária, conforme será detalhado na sequência.

Nenhum idoso mencionou, no momento das entrevistas, dificuldade para a realização das atividades do autocuidado, como tomar banho, ir ao banheiro ou vestir-se. Alguns relataram dificuldades no passado, em função de condições patológicas específicas, exemplificado na fala a seguir:

“[E Para tomar banho, trocar de roupa [...]?] Ela [empregada doméstica] me ajudava quando eu tava operada, porque eu me operei. Agora não!” E2, mulher, 83 anos.

Com relação ao uso de medicação, apenas dois idosos necessitavam de ajuda pra tomá-la:

“[E a senhora precisa de ajuda para tomar esses remédios ou a senhora sabe tomar sozinha?] Não, eu sei, mas as gurias [filhas] acham que eu não sei. [Filha: A gente monitora porque senão ela troca. É muito remédio com nome parecido].” E2, mulher, 83 anos.

“[O senhor toma remédio todos os dias?] Todo dia eu tenho... até é a filha que controla os meus remédios.” E13, homem, 83 anos.

Alguns idosos relataram dificuldades para a realização de atividades relacionadas ao cuidado do domicílio, como limpar a casa ou cozinhar, em função das limitações físicas inerentes à idade, contando com a ajuda das filhas ou de amigas para a realização dessas atividades. Cinco idosos usufruíam do serviço de empregadas domésticas, sendo que apenas uma idosa contava com esse tipo de apoio diariamente, enquanto os outros quatro referiram ser semanal, quinzenal ou mensal.

“Tem uma menina [empregada doméstica] [...] ela me ajuda. Vassoura essas coisas, eu não posso mexer os braços, então... Serviço da casa não dá” E2, mulher, 83 anos.

“Pra arrumar a casa a T. [filha] vem e limpa. Às vez eu pago uma faxineira também, pra da uma aparadinha, né. Tem corte de grama, tem tudo aí. [...] Eu almoço com ela [filha] também. [Ela que faz a comida pro senhor?] Faz.” E13, homem, 83 anos.

“Limpa a casa não! A casa, por exemplo, eu conservo arrumada, mas limpa, ela é limpa nas sextas-feiras. [Aí vem uma pessoa para limpar?] Aí vem a faxineira.” E4, mulher, 89 anos.

“O café da noite e da manhã é só frutas e o iogurte, que são coisas prontas já. Aí eu almoço na casa da minha filha, ela faz a comida pra mim” E5, mulher, 83 anos.

“[E como é que faz pra limpar a casa?] Eu limpo, mas as filhas vêm e também limpam.” E10, mulher, 90 anos.

“[E pra fazer as atividades domésticas, assim de limpar a casa, cozinhar, lavar roupa, essas coisas mais pesadas?] É, eu sinto cansaço, mas faço. [E não tem ninguém que ajude a senhora de vez em quando?] De vez em quando vem uma amiga e ajuda.” E6, mulher, 81 anos.

Cabe ressaltar que além do apoio social, todos os idosos entrevistados fizeram alusão aos aparelhos eletrônicos domésticos como facilitadores para a realização das atividades diárias no domicílio, exemplificado nas seguintes falas:

“Lavar roupa, essas coisas, faço tudo sozinha. Eu tenho máquina, né?” E7, mulher, 71 anos.

“Roupa eu tenho a máquina, roupas íntimas eu lavo à mão. E grandes faxinas eu não faço, eu faço assim uma tapeação.” E8, mulher, 82 anos.

“Lavar roupa é tudo na máquina. Louça também é tudo na máquina.” E5, mulher, 80 anos.

Com maior frequência, a maioria dos idosos relatou dificuldades para as atividades na comunidade, como fazer compras e ir ao banco. Essas dificuldades estavam associadas às limitações físicas, como o peso das compras e o medo de quedas, ou às questões de segurança, como na ida aos bancos:

“[E se a senhora precisar sair? Ir a algum lugar?] Daí eu chamo o genro ou a filha. Porque daí já é uma exibição querer andar sozinha, né? Sim, porque eu sei que eu tenho 90 anos e eu sei que tenho que saber o que eu devo fazer, né?” E10, mulher, 90 anos.

“Coisas pesadas que eu não posso dos braços que eu tô ruim. Aí eu vou de pouco a pouco e volto. E a P. [filha] pega compra uma caixa de leite e me traz.” E11, mulher, 77 anos.

“[E se o senhor precisa ir ao supermercado como é que faz?] O guri [neto] vai pra mim. Amanhã ele vai me levar no barbeiro. Eu vou fazer a barba.” E13, homem, 83 anos.

“[Se a senhora precisa, por exemplo, ir ao um supermercado, como a senhora faz?] Se é coisinha leve, a minha filha até me deixa ir, se não ela traz pra mim as compras pesadas.” E3, mulher, 85 anos.

“Por exemplo, agora eu tenho que ir no banco, eu tenho que tirar esse dinheiro pra minha filha, aí como é muito dinheiro eu não vou sozinha. Eu tenho um sobrinho, que não é meus filhos que fazem isso, é um sobrinho. Ele mora aqui em Porto Alegre, é o sobrinho mais velho que eu tenho, aí ele vai comigo no banco (...) entende? Por causa disso ele vai comigo. É um tipo de segurança. Ele sabe tudo, toda a senha, ela sabe do meu banco esse meu sobrinho. Ele que me acompanha porque os meus filhos tem as atividades deles e não podem andar comigo.” E5, mulher, 80 anos.

“Botei a minha filha de sócia na minha conta [bancária] [...] afinal eu tô com 89 anos. Amanhã ou depois me dá um treco aí e ninguém pode mexer no meu dinheiro. Assim ela já resolve as coisas lá pra mim.” E4, mulher, 89 anos.

Quando questionados sobre as situações de doença, houve relatos de gripes e resfriados, ou algum mal-estar leve, mas, de acordo com os entrevistados, nada relevante. Contudo, 10 idosos relataram ter sofrido ao menos uma queda no domicílio ou na rua no último ano. Solicitar ajuda de outros – ou não – para lidar com tais situações dependeu da gravidade da situação:

“Eu caí dentro de casa, uma manhã eu tava fazendo meu café e simplesmente eu caí, aí nem sei se eu fiquei algum tempo ali meio desmaiada, quando eu me recobrei eu sai da cozinha, cheguei ali, caí ali, as pernas, fui pra baixo da mesa, depois de novo melhorei eu quis ir até o sofá, foi quando eu me joguei no sofá. [Mas aí fez como?] Não, eu melhorei, melhorei e pronto, eu nem conto.” E3, mulher, 85 anos.

“Esses tempos eu cai lá perto da porta da frente, aí não podia levantar e não podia nem pegar o telefone. Tava caído lá na frente, quando eu caio não posso levantar (...) aí fui igual uma criança me arrastando pra perto do sofá.” E1, homem, 92 anos.

“Eu me acordei e não conseguia mais dormir de jeito nenhum eu conseguia dormir. Era alta madrugada. Aí eu disse: ‘Mas eu vou tomar um leite quente!’ Eu levantei, tirei o leite da geladeira, coloquei em cima da pia e dali não sabia mais nada. Eu caí aqui. Não sei aonde que eu bati a cabeça, se foi aqui ou se foi no pé da mesa. Eu abri a cabeça e tive que levar seis pontos. Não sei há quanto tempo eu tava aqui desmaiada. Não sei. E era frio. Eu me acordei por mim mesma. Eu queria me levantar e não conseguia mais mexer as pernas. Aí eu fui com a parte de cima nadando até o telefone. Peguei o telefone, deitada no chão, lembrei o número dele [filho] altas horas da madrugada e liguei. Aí ele veio rápido. Já no caminho ele chamou o pronto-socorro. [...] Eles vieram quase juntos, ele e a SAMU, e já tinha mais uma poça de sangue aqui e eu sentada.” E8, mulher, 82 anos.

“Na rua eu caí (...) fui arrumar as unhas e saí. Ela [cabeleireira] disse pra eu bota um chinelo e eu não sei caminhar de chinelo. Aí eu botei um chinelo e saí do instituto, caminhei um pouquinho, escorreguei e caí de cara no chão. Aí eu me pisei toda aqui, me pisei aqui, o rosto todo, fui parar lá no vinte e quatro horas (...). Um senhor e uma moça ajudaram, quando eu vi a minha cabeleireira saiu correndo, me levou pra dentro do instituto. O sangue

escorria da minha testa, do meu nariz, da minha mão, do meu joelho. Aí ela me levou, ela conhece meus filhos, né? Ela ligou pra R. [filha] e a R. não podia atender e mandou a minha neta que tem 21 anos. A minha neta foi lá e o gelo já tava na minha cabeça, já tava por tudo. E me levou no vinte e quatro horas.” E5, mulher, 83 anos.

Destaca-se que apenas um idoso referiu utilizar equipamento de apoio para deambular.

“Já cai muitas vezes, mas depois que comecei a usar bengala diminuiu [...] ajuda muito, na rua eu não saio sem bengala.” E1, homem, 92 anos.

A análise dos achados indica que os idosos entrevistados, mesmo morando sozinhos, apresentavam limitações para a realização de algumas atividades diárias e, para tanto, contavam com o apoio de familiares, amigos e vizinhos, especialmente das filhas, para suprir suas necessidades. A maioria dos idosos estudados estava no grupo etário entre 80 e 90 anos, no qual se encontra a maior proporção de portadores de doenças crônico-degenerativas e pessoas com dificuldades para lidar com as atividades cotidianas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

A associação entre o aumento da idade e a perda funcional é conhecida. As alterações próprias do envelhecimento, como diminuição de massa muscular e óssea, do metabolismo basal e reserva energética, expõem idosos autônomos à dependência (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; BRASIL, 2006b). Quanto às dificuldades decorrentes das atividades domésticas, estudo realizado em Belo Horizonte identificou que os idosos que residiam sozinhos adotavam algumas estratégias para facilitar o cuidado do domicílio. Em caso de ausência ou insuficiência de ajuda dos familiares contavam com vizinhos e amigos, além de pessoas prestadoras de serviços remunerados (empregadas domésticas), o que representou a minoria das situações relatadas. Os idosos que não contavam com empregada ou faxineira eram em sua maioria pessoas com menor renda, que nunca contaram com esse tipo de serviço em outros momentos de suas vidas e estavam acostumados a cuidar da casa (CAMARGOS, 2008), endossando os achados desta investigação.

Entre as atividades da vida diária, as primeiras capacidades a serem perdidas pelo idoso são as mais complexas, pois requerem interação precisa e coordenada entre vários componentes do indivíduo. Fazer compras, tomar condução e gerenciar

o próprio dinheiro são capacidades perdidas precocemente, sendo essas as atividades que os idosos da pesquisa referiram mais dificuldades para realizar. Além disso, o comprometimento cognitivo costuma iniciar-se com a dificuldade de realização das AIVDs (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Um aspecto preocupante foi o número significativo de relatos de quedas. Esse achado corrobora outra investigação internacional que aponta que os idosos que moram sozinhos tendem a apresentar maior número de quedas em relação aos idosos que moram acompanhados (SOK; YUN, 2011).

As quedas normalmente ocorrem no ambiente da casa. As consequências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens. Para lesões da mesma gravidade, os idosos experimentam mais incapacidade, período de internação e reabilitação mais longo, maior risco de dependência posterior e inclusive de morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A percepção tradicional de que as quedas sejam “acidentes” resultou em uma negligência histórica nessa área da saúde pública. A maior parte das quedas pode ser prevenida. Os padrões de construção devem levar em conta as necessidades de saúde e de segurança das pessoas idosas, assim como os obstáculos nas residências que aumentam o risco de quedas precisam ser corrigidos ou removidos. A avaliação dos profissionais da saúde, por meio de visita domiciliar, também é uma alternativa, sendo possível sugerir ou auxiliar nas adaptações no domicílio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Os achados indicam que os idosos aprenderam a morar sozinhos, contornando problemas com o apoio de familiares, amigos e vizinhos. No entanto, três idosos que não tinham filhos contavam com o apoio de apenas uma pessoa (amigo ou vizinho) para a ajuda nessas atividades e para a companhia diária, o que pode ser preocupante, tendo em vista que, na ausência dessas pessoas, não dispunham de alternativas de apoio informal.

No Brasil, os cuidados aos idosos são prestados predominantemente por suas famílias e, na falta delas, por amigos e vizinhos. Não existem programas formais por parte do Estado que sejam efetivamente aplicados para prestar assistência aos idosos que não podem contar com auxílio da família, para os quais a institucionalização ainda é a principal alternativa (CAMARGOS, 2008).

A maioria dos idosos entrevistados também encara a institucionalização como a primeira escolha quando não puderem mais permanecer sozinhos em seus domicílios, mesmo entre aqueles que têm filhos.

“Eu acho que, no fim, vou terminar indo pra uma geriatria”. E1, homem, 91 anos.

“Vou fazer uma ficha que já existe. A pessoa com 60 anos se apresenta na SPAM e tem que carrega aquela ficha sempre consigo. No momento que não tem como, quem tá por perto aciona a SPAM.” E12, homem, 60 anos.

“Logicamente que eu vou procurar ir para um lar de idosos.” E14, mulher, 64 anos.

“Vou ter que me entregar pra uma casa geriátrica, pra uma coisa assim, né?” E6, mulher, 81 anos.

O apoio social tem como função fornecer às pessoas os recursos emocionais e práticos de que elas precisam. É considerado um dos mais importantes preditores da saúde física e do bem-estar, compreendendo um processo que envolve os indivíduos e suas redes sociais com o objetivo de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos e enfrentar novas situações (ROSA, 2004).

Nos relatos dos idosos sobre a busca por apoio social, mesmo não sendo questionado, salientaram que, muitas vezes, eram eles (os idosos) os fornecedores de apoio para a família, os amigos, os vizinhos e, especialmente, para os filhos e os netos. Sendo esse achado um dos comportamentos de busca por apoio social. A principal forma de ajuda fornecida era a financeira.

“Eu ganho uma pensão que meu filho faleceu, e passei pro meu outro filho e para minhas netas. Eles não precisam, mas tá sobrando um dinheirinho, então lá esses aproveitam.” E1, homem, 91 anos.

“Mais depressa eu socorro os vizinhos do que os vizinhos a mim. Agora mesmo eu vim pegar remédio pra um vizinho.” E14, mulher, 64 anos.

“De vez em quando eu ajudo financeiramente a minha outra filha.” E2, mulher, 83 anos.

“Ajudo os meus filhos quando precisam, os netos, eu mando dinheiro. [Filha: Ela fica economizando pra juntar dinheiro pra dar pra eles].” E3, mulher, 85 anos.

“Agora o meu neto tá desempregado. Ele não tinha terminado a faculdade e eu tô pagando pra ele (...). Eu me sinto feliz com isso.” E4, mulher, 89 anos.

“Eu tenho essa minha irmã que teve uma filha de criação que foi nas drogas e tirou, tirou e tirou. Eu dou um rancho todos os meses pra elas. Agora, por exemplo, tem uma conta bem grande pra pagar, que elas não pagaram água nem luz, e cortaram a água e vão cortar a luz. São 5 mil reais. Então

nós vamos pagar, eu e os meus filhos também. Eu não queria que os meus filhos ajudassem, mas eles querem ajudar. Isso é muito triste.” E5, mulher, 80 anos.

“As minhas sobrinhas lá em Bento, ajudo a pagar o colégio pra elas. Eu gosto de ajudar.” E6, mulher, 81 anos.

“Eu ajudo os netos na faculdade. [Ajuda a pagar a faculdade?] Ajudo, ajudo (...) eu prefiro tirar de mim e dar pra eles do que investir em mim. Pra mim não falta nada.” E8, mulher, 82 anos.

“O meu neto eu ajudo bastante. Eu compro coisas, eu ajudo com a comida, compro roupa pros meus bisnetinhos.” E9, mulher, 75 anos.

Chama atenção a importância atribuída pelos idosos ao fato de que eles também são provedores de apoio. Estudo aponta que, devido à percepção de dependência, falta de autonomia e incapacidade em retribuir a ajuda recebida, o idoso pode ter sua autoestima abalada. Assim, quanto mais balanceadas as relações de troca, maiores serão os benefícios físicos e psicológicos para o idoso (RAMOS, 2002; ROSA 2004), podendo ser uma possível explicação para a satisfação dos idosos em ajudar seus familiares e amigos e salientar tal ajuda.

Apenas um idoso dessa investigação referiu receber ajuda financeira. Assim como em outros estudos com idosos que moram sozinhos no Brasil (CAMARGOS, 2008; GEIB, 2001), a questão financeira foi pouco mencionada na interação dos idosos com os seus parentes e amigos. Estudo realizado com idosos da América Latina corrobora esses achados e ressalta que, por mais que as relações de troca sejam positivas, essa situação demonstra duas questões relevantes. Por um lado, o intenso fluxo de ajuda informal direcionado aos idosos estaria substituindo uma parcela considerável do suporte formal que deveria ser oferecido. Por outro, a ajuda financeira que os idosos oferecem aos seus filhos adultos, explicita as consequências de um contexto socioeconômico desfavorável. Com isso, os próprios idosos acabam arcando com o ônus de se tornarem fonte de apoio informal para seus familiares (SAAD, 2004).

Retoma-se aqui a discussão sobre a renda informada pelos idosos da pesquisa. Infere-se que o valor informado seja abaixo do real, pelos motivos já discutidos na caracterização dos participantes, considerando-se ainda que apenas um idoso recebia auxílio financeiro e a maioria referiu ajudar seus familiares dessa maneira.

Entre os comportamentos de busca por apoio social, identificou-se ainda na fala dos idosos que residir próximo às pessoas que forneciam apoio era facilitador para recebê-lo, como podemos observar na fala a seguir:

“Morar perto das pessoas que sozinho ninguém vive. Posso viver sozinho, mas à direita ou à esquerda tem que ter alguém pra pedir socorro. É lógico!”
E12, homem, 60 anos.

Dos 14 idosos entrevistados, quatro moravam no mesmo edifício dos filhos, mas em apartamentos separados, ou no mesmo terreno, mas em casas separadas. Dois idosos que não tinham família dividiam o mesmo terreno com amigos, morando em casas separadas. Cinco idosos residiam próximo aos seus filhos, sendo que, de acordo com o relato dos entrevistados, os filhos levavam alguns minutos para chegar à residência. Apenas três idosas residiam longe de seus familiares (filhos e irmãos), os quais residiam no interior do estado do RS:

“[Antes a senhora não morava aqui, faz pouco que a senhora se mudou?] Faz, acho que faz uns seis meses. Morava longe das filhas, era pior” [idosa reside no mesmo edifício das filhas, mas em apartamentos separados]. E2, mulher, 82 anos.

“Eu moro sozinha no seguinte sentido. Eu tenho uma amiga que é desde infância, ela mora na frente e me cedeu pra eu construir pra mim. Quer dizer sozinha na minha casa, mas no pátio tem outras pessoas.” E14, mulher, 64 anos.

“[E onde que seus filhos moram?] O J.L. [filho] mora aqui na frente, aquele ali oh. Ali do outro lado da rua.” E5, mulher, 83 anos.

“[A senhora tem filhos?] Não, eu não tive filhos. [E a senhora tem irmãos?] Tenho, nós somos seis irmãos comigo. [E onde é que eles moram?] Tem um em Passo Fundo e os outros todos em Bento [Gonçalves]. E6, mulher, 81 anos.

Os idosos que tinham mais de um filho residiam próximo daquele que fornecia mais apoio. Os achados evidenciam que a proximidade da residência dos filhos pode ser entendida como um comportamento tanto do idoso quanto da família para auxiliá-lo em suas atividades diárias e estar rapidamente disponível em caso de necessidade. As falas da entrevistada E3 e de sua filha (presente na entrevista) exemplificam esse achado:

“Eu tô sempre controlando ela [idosa]. De manhã eu boto o jornal em baixo da porta, com um pedacinho pra fora da porta, assim eu fico cuidando, se ela já pegou o jornal, sinal que ela já levantou, que ela tá bem, entendeu?”

[idosa reside no mesmo edifício da filha, mas em apartamentos separados].
Filha da E3.

Na sequência, a idosa complementa:

“Por exemplo, outro dia, não sei se foi ontem ou anteontem, porque se eu tô tomando banho a gente não houve o telefone, e eu tava me secando no banheiro, que eu vi que ela [filha] tava abrindo a porta, ‘mãe o que você tá fazendo?’ mas eu tava tomando banho! É que eu custei a pegar o jornal entendeu? Ela se preocupa e aí ela vem ligeiro ver o que aconteceu com a mãe.” E3, mulher, 85 anos.

Além da proximidade geográfica, a proximidade das relações afetivas com amigos e vizinhos também foi destacada como um aspecto importante para se manter a rede de apoio informal do idoso, especialmente para aqueles que não moravam próximo aos filhos ou para aqueles que não os têm:

“Ali no bazar [próximo à casa da idosa] também dei a minha chave [de casa]. Eles são pessoas de confiança, eu disse que, se um dia eu perder a minha chave, ou se precisar de alguma coisa, aí eles têm a chave. Eles são muito atenciosos, são muito bons.” E8, mulher, 82 anos.

“É, eu não posso botar a cortina no lugar pra não ter que subir na escada... o homem ali do bazar vem aqui e coloca a cortina. Ele me tira os cobertores de cima do roupeiro.” E8, mulher, 82 anos.

“O porteiro, ele é muito gentil assim comigo, ele sempre quer saber como é que eu tô, ele é muito atencioso e me ajuda muito.” E3, mulher, 85 anos.

“Eu sou assim, onde eu moro, eu não tô em casa de vizinho nunca, mas eu me dou com todo mundo. É bom dia! Boa tarde! Boa noite! Com todo mundo. Não importa se é classe A, B, C ou D. Espero que no dia que eu precisar os vizinhos reconheçam [risos].” E14, mulher, 64 anos.

Devido à importância desse achado, destaca-se que, durante a entrevista com “E4”, a síndica do prédio em que a idosa reside interrompeu a conversa em dois momentos, supostamente para pegar uma tesoura emprestada. Ao término da entrevista, quando o gravador já havia sido desligado, a idosa perguntou se poderia fazer uma “confissão” e esclareceu que havia combinado com a síndica para entrar propositalmente no apartamento a fim de verificar se ela estava bem, já que receberia pessoas estranhas.

Essa proximidade e/ou o bom relacionamento com amigos e vizinhos é essencial para a manutenção da amizade e do companheirismo. Além disso, serve para que o idoso tenha a quem recorrer em caso de necessidade, ou mesmo para

auxiliar em algumas tarefas diárias, inclusive para a manutenção da sua segurança, como indicam os resultados da pesquisa.

A forma, o tipo e a extensão da ajuda fornecida dependem da gravidade do quadro de saúde e/ou das necessidades materiais do idoso, assim como de sua afinidade e proximidade com parentes e amigos (CAMARGOS, 2008). Idosos que não dispõem de suporte de familiares e amigos apresentam mais dificuldade para lidar com situações de estresse do que aqueles que contam com tal suporte (RAMOS, 2002).

Idosos que nunca se casaram ou tiveram filhos desenvolvem, ao longo dos anos, um estilo de vida extrafamiliar, ampliando suas relações com amigos e garantindo a manutenção de uma vida independente na velhice. Nesse caso, aqueles que mantêm um contato frequente com os amigos apresentam maiores chances de receber apoio informal quando comparados aos que não mantêm (LARSSON; SILVERSTEIN, 2004).

Conforme preconiza a política do envelhecimento ativo, um dos determinantes para o bem-estar do idoso é a moradia e a vizinhança seguras e apropriadas, incluindo a proximidade de membros da família, o que pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Pesquisa realizada com idosas australianas que moravam sozinhas endossa esses aspectos. Ao explorar, a partir da perspectiva dessas idosas, as dimensões sociais e físicas dos bairros em que viviam, os autores observaram que uma relação de reciprocidade e de confiança com os vizinhos gerava maior satisfação e sentimento de segurança. Outros fatores, como residir próximo a serviços e dispor de uma rede social, foram destacados como fundamentais. Ainda estava entre seus achados que as idosas residentes em áreas mais desfavorecidas eram mais conscientes da sua desconexão social (WALKER; HILLER, 2007).

A estratégia que compreende comportamentos de busca por apoio social, especialmente o apoio informal, é bastante adequada, pois os achados desta investigação indicam que, apesar do estilo de vida independente, os idosos entrevistados apresentavam limitações para as atividades da vida diária, sendo essencial receber apoio para que possam realizá-las e, ao mesmo tempo, permanecer sozinhos e seguros em seus domicílios.

No entanto, para incrementar essa estratégia, alternativas de apoio formal deveriam ser desenvolvidas, ou efetivamente aplicadas na prática, em particular na atenção básica, com vistas a contemplar os idosos isolados, que não têm família ou que residem longe dela e desprovidos de muitas relações de amizade, ou seja, com uma rede de apoio informal precária. Além disso, a maior oferta de apoio formal repercute positivamente para as famílias que, muitas vezes, podem estar sobrecarregadas no cuidado aos seus membros idosos, mesmo aqueles que não compartilham a residência.

5.2.2 Estratégia 2 – Comportamentos em busca de manter-se ativo

Nessa categoria, foram incluídas as falas dos idosos que indicavam comportamentos em busca de manter-se ativo, tais como praticar atividades de lazer e participar de atividades da comunidade. Conforme observado na categoria anterior, os idosos apresentavam, mesmo que em pequeno grau, limitações inerentes ao processo de envelhecimento. Assumiram, então, o comportamento de busca por apoio social como uma estratégia para realizar as atividades diárias e, conseqüentemente, para morar só.

Os achados indicam que, apesar dessas limitações, os idosos entrevistados tentam manter-se ativos. Destaca-se em suas falas a necessidade tanto de trabalhar o corpo e a mente quanto de se manterem ocupados através de atividades de lazer, como a realização de exercícios físicos, trabalhos manuais, passatempos e até mesmo estudo formal.

“Eu saio muito de dia, de dia tu não me encontra em casa, porque eu tenho muita atividade (...). Eu faço ginástica, faço exercícios, faço o meu tricô, faço fuxico, faço um monte de coisa. Bordo ponto cruz. É muito legal, é uma coisa muito boa. É um entretenimento, agora eu tô fazendo um xale pra minha neta.” E5, mulher, 80 anos.

“Tem que ter atividade, caminhar (...) eu pego de manhã bem cedo me estico aqui, pego ali! Tem que ter animação!” E11, mulher, 77 anos.

“Eu faço uma ginástica com a cabeça pra não ficar estressada ou abobada. Eu procuro mesmo me distrair. Quando eu acho que tá ruim ficar sozinha, eu me arrumo bem e saio.” E8, mulher, 82 anos.

“Eu gosto de fazer tudo o que é preciso fazer: crochê, doces, cuidar das

plantas.” E10, mulher, 90 anos.

“Atualmente me distraio com a televisão, leio meu jornal.” E3, mulher, 85 anos.

“Eu tô estudando de noite. É como se fosse o segundo ano no colégio. Sabe por quê? Eles dizem pra mim ‘o que eu quero com o estudo’, pra mim é bom porque a gente vai ficando velha e até esquece, né? É até bom pra assinar um cheque, uma coisa assim.” E9, mulher, 75 anos.

“Tem esses grupos na UniRitter, que é de 60 pra cima, aí tinha que escolher duas matérias. Então eu pensei: ‘Vou fazer espanhol’, porque às vezes tu recebe algum e-mail, alguma coisa em espanhol, mais ou menos eu já traduzia. Eu ia pro notebook, com o dicionário do lado, então eu tô fazendo espanhol. E, nas quintas-feiras, é digitação porque sempre tá mudando alguma coisa.” E14, mulher, 64 anos.

Investigações nacionais com idosos que moram sozinhos (CAMARGOS, 2008; CAPITANINI, 2000) não apresentam em seus resultados aspectos relacionados às atividades de lazer. No entanto, para os idosos desta pesquisa, essas atividades receberam importante destaque nas falas. Elas representavam, como ressaltado anteriormente, uma forma de trabalhar o corpo e a mente e de se manterem ocupados e produtivos. Infere-se que a maior escolaridade e melhores níveis socioeconômicos característicos da região onde os idosos entrevistados residem, pode ter influência na adoção dessas atividades.

Estudo que objetivou identificar fatores de risco para perda da capacidade funcional de idosos paulistanos constatou que as atividades de lazer, como assistir à televisão e realizar atividades manuais, podem ter efeito protetor, pois envolvem aprendizagem, estímulo cognitivo e mecanismos compensatórios da rede de apoio social (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Sabe-se que a consciência de que certos comportamentos trazem benefícios ao indivíduo contribuiu para mantê-los, atuando como fatores motivacionais para a sua manutenção (SILVA; LAUTERT, 2010), algo bastante observado em relação a essa categoria, como exemplificado na fala a seguir:

“Minha filha, eu faço palavra cruzada difícilíssima. Então eu tenho uma memória muito boa. Eu não preciso tomar nota das coisas [...] os idosos às vezes têm dificuldades, mas isso é porque não fazem palavra cruzada.” E4, mulher, 89 anos.

Outro comportamento identificado que parece repercutir positivamente para os idosos é a participação em atividades da comunidade. Dos 14 idosos entrevistados, nove participavam de grupos vinculados à universidade, a serviço de

saúde, clubes sociais, instituições de voluntariado ou religiosas, conforme exemplificado nas falas a seguir:

“Então a minha pintura é aqui na Ramiro [Rua Ramiro Barcelos]. [Eu achei que a senhora pintava em casa] Não, eu poderia, mas aí eu não tenho convívio com outras pessoas.” E4, mulher, 89 anos.

“Eu gosto de divertimento! Sou das Luluzinhas do Gandoleiro, é a coisa que eu mais adoro. Já vai fazer 40 anos. Eu tô em todas as reuniões e é todas as segundas-feiras.” E11, mulher, 77 anos.

“Procurar ter uma atividade, participar, porque não adianta a pessoa morar sozinha e ficar socada dentro de casa sem ter com quem falar. Esse grupo na UniRitter é uma diversão e a turma é muito boa! Lá a gente tem várias atividades, por exemplo, na próxima sexta, o grupo vai fazer um carreteiro. Dia 29, a gente vai fazer a nossa festa junina. Eles queriam que eu fizesse bandeirinha, eu já passei na Azenha, já peguei todos aqueles prospectos de propaganda ali que tem nas lojas e tô fazendo um monte de bandeirinhas pra levar. E já tá programado agora pra setembro um piquete lá no Harmonia. E tudo isso aí a gente faz. É que nem naquela turma que tu simpatiza mais, tu troca telefone, e-mail, tudo.” E14, mulher, 64 anos.

“Eu gosto de participar em grupos, cursinhos, seja lá, palestra, assim essas coisas eu gosto muito. É o que aparece em cada dia tenho que ter uma agenda, estou o dia todo ocupada (...). Participo do Araribóia, é um grupo da prefeitura de atividades físicas, essas coisas, a gente faz alongamento. Então lá eu encontrei a L. [amiga] e ela ficou sendo sempre minha amiga.” E6, mulher, 81 anos.

Em estudos realizados no estado de Minas Gerais, a participação em grupos foi pouco relatada. Afirmam que a sociedade atual ainda faz pouco para amparar os idosos que moram sozinhos e que os grupos de convivência desempenham um papel importante junto a essa população, mas ainda não suprem a demanda criada por aqueles que não se adaptam a determinadas atividades (CAMARGOS, 2008; CAPITANINI, 2000).

Os achados antes citados divergem dos resultados da presente investigação. No entanto, destaca-se que 10 idosos entrevistados foram selecionados na UBS, através da indicação dos profissionais, conforme explicitado na seção dos métodos. Esse serviço de saúde desenvolve um grupo para idosos, do qual, seis participantes da pesquisa faziam parte, podendo ser essa uma possível explicação. Chama a atenção que esses idosos também participavam de outros grupos de convivência. É possível que a maioria dos participantes desta pesquisa constituísse um grupo com características diferenciadas.

No grupo de idosos da UBS, são desenvolvidas atividades como palestras informativas, promoção de encontros, passeios e atividades diretamente

relacionadas à avaliação da saúde, como verificação de pressão arterial e glicemia. Essas atividades proporcionam aos idosos a interação com outros, evitando a ociosidade e garantindo um acompanhamento da saúde, já que são usuários desse serviço de saúde.

Sabe-se, porém, que esse tipo de iniciativa ainda é incipiente. A política do envelhecimento ativo preconiza que o Estado, as organizações não governamentais e os profissionais da saúde devem ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio e grupos comunitários, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, programas que promovam a interação entre as gerações e os serviços comunitários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Essas são iniciativas importantes, já que se sentir socialmente inserido é um benefício importante para esse grupo, seja diminuindo a monotonia e a tristeza, seja reafirmando a possibilidade de ser ativo (SILVA; LAUTERT, 2010). O convívio com outras pessoas, além disso, proporciona relações de cooperação e interatividade. O apoio social decorrente do relacionamento com amigos na participação em grupos protege da perda funcional, demonstrando a relevância das relações sociais e afetivas, especialmente as de amizade, para a manutenção da capacidade funcional e para o envelhecimento ativo (ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Os comportamentos em busca de manter-se ativo, através das atividades de lazer e da participação em atividades da comunidade, compõem uma estratégia positiva, pois proporcionam maior autoestima aos idosos, evitam a ociosidade, desempenham efeito protetor para perda da capacidade funcional, colaboram para a manutenção ou a criação de relações de amizade e oferecem possíveis fontes e/ou trocas de apoio.

Entre as alternativas para ampliar a utilização dessa estratégia, está a maior oferta de grupos de convivência, com maior diversidade de atividades, contemplando as diferentes preferências dos idosos e a disponibilidades desses grupos em comunidade mais isoladas, facilitando o deslocamento dos que residem nesses locais e, conseqüentemente, ampliando sua participação.

5.2.3 Estratégia 3 – Comportamentos em busca de religiosidade

Nessa categoria, foram incluídas as falas dos idosos que indicavam comportamentos em busca de religiosidade. São eles: rezar/orar para ter saúde e rezar/orar para evitar a solidão. Tais práticas foram destacadas como aspectos importantes para a maioria dos idosos desta pesquisa, considerando-se que os comportamentos religiosos são bastante frequentes na idade avançada (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2008).

A religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou o transcendente. A espiritualidade, por sua vez, relaciona-se com reflexão, com a busca pessoal de significado para a vida e a relação com o sagrado ou o transcendente. A espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Sendo assim, nesta pesquisa, optou-se pelo termo “religiosidade”, já que todos os idosos que apresentaram esses aspectos em suas falas fizeram referência a alguma religião específica, com suas práticas e seus rituais.

As atividades religiosas mais destacadas pelos idosos deste estudo foram práticas individuais, como rezar/orar. Práticas em grupo como ir a missas, cultos e encontros, apesar de mencionadas, receberam menor destaque. Estudo que investigou a espiritualidade e a religiosidade entre idosos internados em uma enfermaria geriátrica destacou que as limitações físicas com as quais se deparam, como dificuldade de locomoção, medo de quedas e medo de sair sem companhia, fazem com que as práticas individuais sejam as preferidas (DUARTE; WANDERLEY, 2011).

Assim, um dos comportamentos identificados foi rezar/orar para ter saúde, conforme exemplificado nas falas a seguir:

“Rezo muito, faço minha novena, cinco horas tem novena na televisão, faço a minha oração, agradeço a Deus pelo que eu tenho, peço pra me tira um pouquinho dessa dor. Mas eu até agradeço a Deus porque tu olha pra trás e têm as pessoas doentes, anos em cima de uma cama, muita coisa triste, então nem isso eu me queixo viu.” E3, mulher, 85 anos.

“Eu fiquei quarenta dias ‘baixado’ no Conceição e os doutor disseram que eu não ia mais caminhar. Com a minha fé na religião, com a minha reza [...]”

com isso eu voltei a caminhar.” E12, homem, 60 anos.

“Eu agradeço a Deus todos os dias [...]. Jesus me dá a bênção que eu não preciso comprar remédio.” E9, mulher, 75 anos.

Sabe-se que, para o idoso, manter a independência e a autonomia está frequentemente mais associado à saúde do que a ausência de doenças, fato evidenciado nas falas a seguir:

“Eu peço pra Deus que não me deixe ficar muito velha, que eu não quero ser mandada por ninguém. Se não tô muito bem, eu espero que Jesus Cristo me ajude como sempre me ajudou. Tenho a certeza que Deus não vai deixar. Não quero isso.” [Referindo-se à necessidade de residir com outra pessoa por não conseguir cuidar de si mesma.] E9, mulher, 77 anos.

“Eu me atendo sozinha e peço todo dia quando eu rezo, peço a Deus que me ajude a continuar assim.” E3, mulher, 85 anos.

Trabalhos constataam as implicações que a religiosidade pode ter sobre os fenômenos relacionados à saúde e ao adoecer, com ênfase em seu papel como estratégia de enfrentamento na experiência do processo saúde/doença (SANTOS et al., 2013; TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2008). Em uma revisão que incluiu mais de 200 estudos analisando a relação entre religiosidade e saúde física, a maior parte deles verificou resultados benéficos em relação à dor, debilidade física, doenças cardíacas, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (KOENING, 2001b).

Pesquisa que investigou o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento da incapacidade funcional por idosos do estado de Minas Gerais constatou que o enfrentamento religioso tinha como função primordial regular a resposta emocional causada pela experiência corporal de incapacidade, tendo em vista que, na percepção dos idosos desse estudo, a realidade da incapacidade funcional era difícil e dolorosa (SANTOS et al., 2013).

Para compreender as implicações da religiosidade no processo saúde/doença ou capacidade/incapacidade, outro estudo aponta quatro razões para explicar tal associação: 1) as crenças religiosas oferecem uma visão de mundo que atribui sentido positivo ou negativo às experiências; 2) as crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; 3) a religião fornece rituais que facilitam as maiores transições de vida (por exemplo, a morte); 4) as crenças religiosas, como agentes de controle social, direcionam para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis (KOENING, 2001a).

Para alguns idosos desta pesquisa, além das repercussões na saúde física, a prática religiosa de rezar/orar ajuda a evitar a solidão implicada na circunstância de morar só:

“Tem dias que eu levanto triste, não sei. Aí eu brigo comigo mesma, digo: ‘Te acorda! Vai trabalhar!’ Esses dias, a minha irmã foi me visitar, ela foi lá na cozinha e disse: ‘Mas tu tá falando com quem?’, ‘eu tô falando comigo, Deus tá me ouvindo tá!’ Ele não me deixa sozinha!” E11, mulher, 77 anos.

“[A senhora gosta de morar sozinha?] Adoro morar sozinha. Eu fico com Deus!” E7, mulher, 71 anos.

Para esses idosos, “a presença de Deus” proporciona uma companhia que alivia a solidão, compensando a necessidade de outro ser humano (SANTOS et al., 2013). Investigações realizadas no Brasil corroboram esses achados. Pesquisa que avaliou os sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas que vivem sozinhas observou que, para lidar com a solidão, essas idosas adotavam mecanismos compensatórios relacionados à religiosidade. Segundo a pesquisadora, independentemente da idade, pessoas religiosas que se dedicam à oração são mais felizes (CAPITANINI, 2000). Outra investigação brasileira, realizada com idosos que moram sozinhos, endossa esses achados e salienta que, na fala dos idosos entrevistados, foi identificado o mesmo mecanismo compensatório da religiosidade para suprir o sentimento de solidão (CAMARGOS, 2008).

No contexto internacional, uma revisão com quase 850 pesquisas examinou a relação da religiosidade com a saúde mental reforçando a associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, esperança e otimismo (KOENING; LARSON; LARSON, 2001). Mesmo que com menor frequência, as práticas religiosas coletivas também foram citadas como forma de evitar a solidão por meio da experiência de pertencimento e interação social.

“Eu tenho uma amiga que mora aqui e é muito minha amiga. E ela seguidamente me convida pra ir no Centro Espírita, o Chico Xavier e eu vou. E eu saio. Pra não ficar dentro de casa eu saio. E lá então tem os sermões tão bonitos que até, às vezes, na nossa religião não tem esses sermões [...] ali no Centro Espírita é mais de meia hora, só falam do bem, só falam do amor ao próximo e eu acho tão bacana isso.” E8, mulher, 82 anos.

“Eu sou de Umbanda. Dentro do meu pouco conhecimento, pra mim ela tem sentido porque ela passa a mensagem, ela abraçou eu do jeito que eu sou.” E12, homem, 60 anos.

A experiência religiosa comumente proporciona a identificação com uma coletividade, o que satisfaz a necessidade social das pessoas de pertencerem a um grupo de referência e de serem aceitas por ele (GOLDSTEIN; NERI, 2003). O envolvimento em religiões organizadas proporciona aumento do senso de propósito e significado da vida, ambos associados a uma maior capacidade de resiliência (LAWLER; YOUNGER, 2002).

A estratégia que engloba os comportamentos em busca de religiosidade é positiva, tendo em vista que, conforme evidenciado na literatura, a religiosidade repercute positivamente na saúde física e mental dos idosos, oferecendo benefícios específicos para aqueles que moram sozinhos, especialmente com relação aos mecanismos compensatórios para evitar a solidão.

No entanto, é necessário refletir sobre essa prática. Pesquisa nacional (SANTOS et al., 2013) sobre o enfrentamento religioso da incapacidade funcional por idosos adverte que a crença religiosa é carregada de uma descrença nos serviços públicos de saúde. Quando os idosos rezam a Deus para resolver seus problemas de saúde, incapacidade ou solidão, transferem passivamente a Deus a responsabilidade para o enfrentamento ou a solução de sua realidade. Tal comportamento gera passividade e conformismo, os quais tendem a naturalizar o processo de envelhecimento com incapacidade. Essa é uma característica da cultura brasileira que colabora para minimizar a responsabilidade social e do Estado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que, assim como o envelhecimento da população brasileira, o número de pessoas idosas que residem sozinhas cresce acentuadamente. Essa população apresenta diversas condições de risco, explicitadas ao longo deste trabalho, como, por exemplo, maiores índices de morbidade, mortalidade, menor apoio social e pior qualidade de vida. Com este estudo, foi possível analisar as estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos.

Para a análise dessas estratégias, foram entrevistados 14 idosos residentes na comunidade, sendo a maioria mulheres, viúvas, com idade média de 79,3 anos e alta escolaridade quando comparadas aos idosos brasileiros. A maioria dos entrevistados possuía uma renda de até dois SM; no entanto, infere-se que os valores informados foram abaixo do real. Apenas uma idosa do estudo não exerceu ocupação profissional remunerada.

Os participantes da pesquisa declararam longo período de residência em domicílio unipessoal. Moravam sozinhos principalmente em razão de morte das pessoas com as quais residiam, indicando episódios de ruptura nessa decisão. Todos os idosos referiram ao menos uma morbidade e apenas um não utilizava medicação diariamente. A maioria avaliou positivamente a própria saúde.

Apesar de morarem sozinhos, apresentavam limitações para a realização de algumas atividades diárias, sendo um aspecto preocupante o número significativo de relatos de quedas. Para suprir suas necessidades, contavam com o apoio de familiares, vizinhos e amigos, constituindo a primeira estratégia identificada, que compreendia os comportamentos em busca de apoio social.

Essa estratégia mostrou-se bastante adequada, já que necessitavam desse apoio para realizar as atividades diárias e, ao mesmo tempo, permanecer sozinhos e seguros em seus domicílios. Contudo, a ausência de menções sobre o recebimento de apoio formal alerta para a necessidade de criação de dispositivos que atendam às necessidades desses idosos na ausência da rede informal, como uma alternativa à institucionalização.

A segunda estratégia identificada contempla os comportamentos em busca de manter-se ativo com a realização de atividades de lazer e a participação em atividades da comunidade. Essas práticas proporcionam maior autoestima aos

idosos, evitam a ociosidade, desempenham efeito protetor para a perda da capacidade funcional, colaboram para a manutenção ou a criação de relações de amizade e enriquecem a rede de apoio.

Entre as alternativas para ampliar a utilização dessa estratégia, está a maior oferta de grupos de convivência para idosos, com mais diversidade de atividades e a disponibilidades desses grupos em comunidades mais isoladas. Considerando-se que os idosos entrevistados residiam em uma região com variedade de serviços e meios de locomoção, além de níveis socioeconômicos mais elevados, conclui-se que isso possivelmente contribuiu para a adoção dessa estratégia, além do vínculo com a UBS.

Os comportamentos em busca de religiosidade – rezar/orar para ter saúde e rezar/orar para evitar a solidão – constituíram a terceira estratégia. As atividades religiosas mais destacadas pelos idosos do estudo foram práticas individuais. A religiosidade repercute positivamente na saúde física e mental desse grupo e pode trazer benefícios específicos para aqueles que moram sozinhos no que diz respeito a evitar a solidão. Todavia, essa estratégia pode produzir passividade e conformismo, colaborando para minimizar a responsabilidade do Estado, assim como a ajuda informal direcionada aos idosos, que está substituindo uma parcela importante do suporte que deveria ser oferecido por instrumentos formais.

A análise das estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos auxilia a conhecer o seu cotidiano de forma aprofundada e a compreender como fazem para lidar diariamente com as dificuldades enfrentadas e os recursos disponíveis.

A escolha do contexto e local do estudo apresentou aspectos positivos devido ao elevado número de idosos residentes na região e a facilidade de acesso a eles. Não obstante, algumas limitações decorrentes dessa decisão podem ser apontadas, a saber: essa é uma região de níveis socioeconômicos elevados, com infraestrutura de transporte e serviços, além do vínculo de 10 entrevistados com o serviço de saúde, que oferece atividades específicas a essa população. Sendo assim, é possível que os idosos investigados constituam um grupo com características particulares do meio em que vivem.

Outra limitação que pode ser apontada foi a dificuldade de comparação dos resultados, devido à ausência de estudos na realidade nacional sobre o tema, além da ausência de pesquisas atuais.

A partir das limitações identificadas, surgem as sugestões de continuidade dessa investigação. A carência de estudos nacionais evidencia a necessidade de maior produção sobre o assunto. Além disso, recomenda-se explorar mais a realidade dos idosos que vivem sozinhos na cidade de Porto Alegre, já que não foram encontradas produções específicas sobre essa população na cidade ou no estado do RS.

Um estudo abrangendo uma amostra mais representativa da população de idosos que residem sozinhos no município pode traçar um panorama mais abrangente sobre essa população, investigando, entre outros aspectos, a avaliação da capacidade funcional e as redes de apoio desses idosos. É indicado analisar grupos de idosos de diferentes níveis socioeconômicos e contextos culturais, já que pode haver diferenças importantes nas estratégias desenvolvidas e em suas características.

Apesar das limitações dessa investigação, importantes contribuições podem ser destacadas:

a) implicações para a área da pesquisa: colabora para reduzir a carência de investigações nacionais sobre o tema, confere maior visibilidade a essa população e suscita questões a serem investigadas;

b) implicações para a assistência de enfermagem e saúde: fornece subsídios para qualificar a prática assistencial em uma perspectiva de avaliação individual e apoio social;

c) implicações para o ensino: enfatiza a atenção que se deve dedicar à população idosa. Com o crescente envelhecimento populacional e as suas consequências para a sociedade, é fundamental que os profissionais da saúde adquiram na universidade as competências necessárias para trabalhar com essa parcela da população, sendo capazes de reconhecer as características específicas desse grupo e sua heterogeneidade.

Com relação à devolução dos dados para a comunidade, pretende-se apresentar os resultados dessa investigação para os profissionais da UBS Santa Cecília, já que a maioria dos idosos participantes é usuária desse serviço. Dessa forma, é possível disponibilizar informações e possivelmente contribuir para o cuidado a esses idosos.

Conclui-se que há nítidos problemas de enfermagem envolvendo os idosos que moram sozinhos, como exemplo cita-se: o uso diário de medicações e as

morbidades, as limitações para a realização das atividades diárias e o alto número de quedas. A atuação da enfermagem, como um importante dispositivo de intervenção sobre esses problemas, pode se pautar no maior estímulo à adoção das estratégias identificadas neste estudo, especialmente para quem não as usa; na proposta de novos grupos e na avaliação adequada dos idosos capazes ou não de morarem sozinhos, bem como conhecer suas famílias.

Dessa forma mais alternativas de apoio formal seriam desenvolvidas, qualificando a prática assistencial e permitindo o planejamento de ações de saúde voltadas a esses indivíduos, em uma perspectiva de avaliação individual e de apoio social e com isso estimular comportamentos promotores e protetores tanto da saúde quanto do bem-estar auxiliando os idosos na “tarefa” de morar sozinho.

REFERÊNCIAS

- AKIYAMA, A; HANABUSA, H. MIKAMI, H. Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. **Arch. of Gerontol. Geriatr.**, Amsterdam v. 52, no. 2 e85-88, 2011.
- ALVES, L. S; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica.**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 333–341, 2005.
- BERQUÓ, E; CAVENAGUI, S. M. Oportunidades e fatalidades: um estudo demográfico das pessoas que moram sozinhas In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 1988, Olinda. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1988. p.155-182.
- BILOTTA, C. et al. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. **Aging Ment. Health**, London, v. 14, no. 8, p. 1024-1036, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999: Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006b. p. 50-55. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGOS, M. C. S. **Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG).** Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

CAMARGOS, M. C. S; MACHADO, C. J; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos. **Rev. bras. estud. popul.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 37-51, 2007.

CAPITANINI, M. E. S. **Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Educacional) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4., 26-28 set. 2003, Porto Alegre. **[Relatório...]** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, 2003.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, R. E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTES-BURGOS, A. C. G; NÉRI, A. L; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

FRANÇA, M. B. et al. Determinantes das condições dos idosos em domicílios unipessoais: um estudo para o Rio Grande do Norte, 2000 In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 16., 29-03 set./out. 2008, Caxambu, MG. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2008.

GAYMU, J; SPRINGER, S. Living conditions and life satisfaction of older europeans living alone: a gender and cross-country analysis. **Ageing Soc.**, Cambridge, v. 30, no. 7, p. 1153– 1175, 2010.

GEIB, S. **Associação entre capacidade funcional e qualidade de vida de idosos da comunidade que moram sozinhos no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2001.

GOLDSTEIN, L. L.; NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3. ed. Campinas: Papirus, 2003. p. 109-136.

GREENFIELD, E. A; RUSSELL, D. Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: evidence from the U.S. national social life, health, and aging project. **J. Appl. Gerontol.**, Thousand Oaks, v. 30, n. 4, p. 524–534, 2011.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação de bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre v. 19, n. 2, p. 301-8, 2006.

GUIZZO, B. S; KRZIMINSKI, C. O; OLIVEIRA, D. L. L. C. O software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev. Gaúcha. Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 53- 60, 2003.

HORTA, A. L. M; FERREIRA, D. C. O; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 523-528, jul./ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: famílias e domicílios**. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Familias_e_Domicilios/censo_fam_dom.pdf. Acesso em: 20 maio 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

KANDLER, U. et al. Living alone is a risk factor or mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, London, v. 7, p. 335, 2007.

KHARICHA, K. et al. Health risk appraisal in older people: are older people living alone an at-risk group? **Br. J. Gen. Pract.**, London, v. 57, no. 537, p. 271-276, 2007.

KOENIG, H. G. Religion and medicine III: developing a theoretical model. **Int. J. Psychiatry. Med.** Amityville, v. 31, no. 2, p. 199-216, 2001a.

KOENIG, H. G. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. **Int. J. Psychiatry Med.** Amityville, v. 31, no.3, p. 321-336, 2001b.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 35, p. 352-359, 2001.

KOENIG, H. G; MCCULLOUGH, M. E; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health.** New York: Oxford University, 2001.

LARSSON, K; SILVERSTEIN, M. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older swedes living alone. **J. Aging Stud.**, Oxford, v. 18, p. 231–244, 2004.

LARSSON, K; THORSLUND, M. Does gender matter? differences in patterns of informal support and formal services in a Swedish urban elderly population. **Res. Aging**, Beverly Hills, v. 24, no. 3, p. 308–337, 2002.

LAWLER, K. A; YOUNGER, J. W. Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. **J. Relig. Health**, New York, v. 41, no. 4, p. 347-362, 2002.

LIN, P. C; YEN, M; FETZER, S. J. Quality of life in elders living alone in Taiwan. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 17, p. 1610–1617, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORSI, E; XAVIER, A. J; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, organizador. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PASKULIN L, M. G. et al. Aging, diversity, and health: the Brazilian and the Canadian context. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, 24, n. 6, p. 851-856, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000600021&lng=en>. Acesso em: 22 abr. 2013.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTACOLONE, E. The myth of independence for older Americans living alone in the Bay Area of San Francisco: a critical reflection. **Ageing Soc.**, Cambridge, v. 31, p. 803-828, 2011.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 156-175, 2002.

RAMOS, J. L; RAMOS, C; MENEZES, M. R; MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 43-54, 2010.

RINALDI, J. **Relação da satisfação de vida e aspectos biopsicossociais no estudo Porto Alegre Longitudinal Aging (PALA)**. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 40-48, 2003.

ROSA, T. E. C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J; BRITO, F. C. (Orgs.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 203-217.

SAAD, P. M. Transferências de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SANTOS, W. J. et al. O Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos da comunidade de Bambuí: crença religiosa e descrença nos serviços públicos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Aceito para publicação. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11405>. Acesso em: 20 maio 2013

SILVA, M. C. S; LAUTERT, L. O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo v. 44, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2013.

SÖDERHAMN, O. Phenomenological perspectives on self-care in aging. **Clin. Interv. Aging.**, Auckland, v. 8, p. 605-608, 2013. Disponível em: <http://www.dovepress.com/phenomenological-perspectives-on-self-care-in-aging-peer-reviewed-article-CIA>. Acesso em: 1 jul 2013.

SOK, S. R; YUN, E. K. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 20, p. 1606-1612, 2011.

SUN, W. et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 7, p. 297, 2007.

TAVARES, J. S. C; TRAD, L. A. B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1349 -1358, 2010.

TEIXEIRA, J. J. V; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

UNITED NATIONS. **Living arrangements of older persons around the world.** New York, 2005. Disponível em:
<<http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm>>. Acesso em: 17 maio 2013.

VIVAN, A. S; ARGIMON, I. I. L. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 436-444, 2009.

WALKER, R. B.; HILLER, J. E. Places and health: a qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, n. 65, p. 1154-1165, 2007.

WITT, L; PLOEG, J; BLACK, M. Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 66, no. 8, p. 1698–1707, 2010.

YOU, K. S. et al. Spirituality, depression, living alone, and perceived health among korean older adults in the community. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 23, no. 4, p. 309–322, 2009.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Antes de começarmos, gostaria de lhe assegurar que esta entrevista é voluntária e confidencial. Caso o (a) senhor (a) não se sinta à vontade para responder alguma pergunta, podemos seguir para a próxima questão. Durante a entrevista, será utilizado um gravador para que eu possa captar as suas palavras exatamente como foram ditas. Caso não entenda alguma pergunta, por favor, me avise, pois irei reformulá-la.

1 INFORMAÇÕES GERAIS

- (a) Data da entrevista:
- (b) Nome do entrevistado:
- (c) Endereço:
- (d) Telefone de contato:

2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

- (a) Sexo:
- (b) Data de nascimento:
- (c) Anos de estudo:
- (d) Estado conjugal:
- (e) Normalmente não gostamos de falar sobre isso, mas preciso saber, para o estudo, qual é a sua renda?
- (f) Ocupação profissional atual ou anterior e tempo de ocupação:
- (g) Há quanto tempo o (a) senhor (a) mora sozinho (a)?
- (h) Por que o (a) senhor (a) mora sozinho (a)?

3 ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE

- (a) O (a) senhor (a) considera sua saúde muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?

- (b) O (a) senhor (a) tem alguma doença?
- (c) O (a) senhor (a) faz uso de alguma medicação diariamente?

4 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS IDOSOS PARA MORAREM SOZINHOS

4.1 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORAR SÓ.

- (a) O (a) senhor (a) se sente triste ou deprimido (a) com frequência?
- (b) Se pudesse escolher, o (a) senhor (a) moraria com outras pessoas?
- (c) Em geral, o (a) senhor (a) gosta de morar sozinho (a)?
- (d) Quais são as vantagens e desvantagens de morar sozinho (a)?
- (e) Em sua opinião, o que uma pessoa idosa precisa para conseguir morar sozinha nos dias de hoje?

4.2 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS ROTINAS: AUTOCAUIDADO, FUNCIONAMENTO NO DOMICÍLIO, FUNCIONAMENTO NA COMUNIDADE, SITUAÇÕES DE DOENÇA.

- (a) Como faz para tomar banho, trocar de roupa, fazer as refeições, tomar a medicação, etc.? Precisa de ajuda?
- (b) E em relação às tarefas domésticas, como cozinhar, lavar roupa e limpar a casa? Precisa de ajuda?
- (c) E como costuma fazer para comprar alimentos, comida, roupa e remédios? E para ir ao banco e pagar contas? Precisa de ajuda?
- (d) Quais são as suas atividades de lazer preferidas?
- (e) Como o (a) senhor (a) faz quando está doente? Alguém o (a) ajuda?
- (f) Em geral, as pessoas que o (a) ajudam ou podem socorrer-lhe no caso de uma necessidade (doenças, urgências no domicílio) moram perto da sua casa? É fácil encontrá-las em caso de uma necessidade?
- (g) O (A) Senhor (a) já passou por alguma situação difícil quando estava sozinho (a) em casa (por exemplo, uma queda)?
- (h) O (A) senhor (a) gosta ou se sente incomodado (a) em receber ajuda de outras pessoas? Por quê?

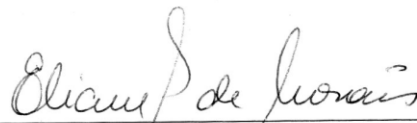
APÊNDICE B - Termo de Compromisso para a Utilização das Informações**APÊNDICE B – Termo de compromisso para a utilização das informações**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

Termo de Compromisso para Utilização das Informações

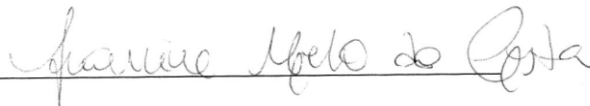
Os pesquisadores do projeto “Estratégias utilizadas pelos idosos para morarem sozinhos”, se comprometem a preservar a privacidade dos participantes da coorte PALA (Porto Alegre Longitudinal Aging), cujas informações serão coletados em banco de dados. Elas serão utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa e somente poderão ser divulgados de forma anônima.

Porto Alegre, 28 de setembro de 20 11.



Prof^a Dr^a Eliane Pinheiro de Moraes

Pesquisadora responsável e orientadora



Mda. Francine Melo da Costa

Pesquisadora

Mestranda em Enfermagem

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Idosos da Coorte Porto Alegre Longitudinal Aging

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ENVELHECER E MORAR SÓ: ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS IDOSOS”. O objetivo da pesquisa é conhecer como os idosos fazem para morarem sozinhos. Será realizada uma entrevista individual gravada em áudio, a qual será transcrita. Todas as entrevistas serão destruídas após cinco anos. Todos os idosos participantes do estudo PALA que moram sozinhos estão sendo convidados a participar desta pesquisa.

Por meio da assinatura deste documento, o (a) senhor (a) autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será feita em duas vias, ficando uma via com o (a) senhor (a) e outra com a pesquisadora responsável.

As informações coletadas no decorrer desta pesquisa serão utilizadas para o relatório de pesquisa e para divulgação de trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir dela a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência não trará nenhum prejuízo no atendimento no HCPA nem em sua participação no estudo PALA.

O (A) senhor (a) poderá sentir-se desconfortável pelo tempo dedicado para participar da entrevista, que será em torno de uma hora, e há a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em função de alguns temas abordados. A pesquisa é realizada pela enfermeira Francine Melo da Costa, mestranda do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da enfermeira Prof^a Dr^a Eliane Pinheiro de Moraes, e as pesquisadoras estão à disposição para esclarecer suas dúvidas em qualquer momento pelos telefones 91454338/92493295. Esclarecimentos também poderão ser solicitados ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone 33597640.

A pesquisa traz como benefício a melhor compreensão de como os idosos fazem para morarem sozinhos frente às dificuldades que surgem com o envelhecimento para que seja possível elaborar ações adequadas a essa população. O (A) senhor (a) não terá nenhum gasto referente à pesquisa.

Assim, declaro que estou ciente dos objetivos, da justificativa e dos benefícios da pesquisa em questão e concordo em dela participar. Fui também informado da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida, da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para mim, da segurança de que não serei identificado (a) e de que será mantida a confidencialidade das informações relacionadas à minha pessoa.

Data: _____ de _____ de 20_____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Idosos da UBS Santa Cecília

O (A) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “ENVELHECER E MORAR SÓ: ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PELOS IDOSOS”. O objetivo da pesquisa é conhecer como os idosos fazem para morarem sozinhos. Será realizada uma entrevista individual gravada em áudio, a qual será transcrita. Todas as entrevistas serão destruídas após cinco anos. Todos os idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília que moram sozinhos estão sendo convidados a participar desta pesquisa.

Por meio da assinatura deste documento, o (a) senhor (a) autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será feita em duas vias, ficando uma via com o (a) Senhor (a) e outra com a pesquisadora responsável.

As informações coletadas no decorrer desta pesquisa serão utilizadas para o relatório de pesquisa e para divulgação de trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir dela a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência não trará nenhum prejuízo no seu atendimento no HCPA e na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília.

O (A) senhor (a) poderá sentir-se desconfortável pelo tempo dedicado para participar da entrevista, que será em torno de uma hora, e há a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em função de alguns temas abordados. A pesquisa é realizada pela enfermeira Francine Melo da Costa, mestranda do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da enfermeira Prof^a Dr^a Eliane Pinheiro de Moraes, e as pesquisadoras estão à disposição para esclarecer suas dúvidas em qualquer momento pelos telefones 91454338/92493295. Esclarecimentos também poderão ser solicitados ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone 33597640.

A pesquisa traz como benefício a melhor compreensão de como os idosos fazem para morarem sozinhos frente às dificuldades que surgem com o envelhecimento para que seja possível elaborar ações adequadas a essa população. O (A) senhor (a) não terá nenhum gasto referente à pesquisa.

Assim, declaro que estou ciente dos objetivos, da justificativa e dos benefícios da pesquisa em questão e concordo em dela participar. Fui também informado: da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida, da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para mim, da segurança de que não serei identificado e de que será mantida a confidencialidade das informações relacionadas à minha pessoa.

Data: _____ de _____ de 20_____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

**ANEXO A - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de
Enfermagem da UFRGS**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

DECLARAÇÃO

Projeto: PG MS. 07/2012

Pesquisadores: Francine Melo da Costa e Profa. Eliane Pinheiro de Moraes.

Título: ENVELHECER E MORAR SÓ: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS IDOSOS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 31 de Janeiro de 2012.

Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EENF-UFRGS

ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120058

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ELIANE PINHEIRO DE MORAIS
FRANCINE MELO DA COSTA


Título: ENVELHECER E MORAR SÓ: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS IDOSOS

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 26 de abril de 2012.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG

ANEXO C - Autorização da Coordenadora do Estudo Porto Alegre Longitudinal Aging para Utilização das Informações

De: Marcia Lorena Fagundes Chaves
Enviada em: quarta-feira, 28 de setembro de 2011 14:55
Para: Eliane Pinheiro De Moraes
Assunto: RES: autorização
Prioridade: Alta

Prezada Profa. Eliane,

Conforme contato prévio está autorizado o acesso ao banco de dados dos participantes do projeto PALA para o desenvolvimento do projeto de sua aluna de mestrado.

Cordialmente,

Márcia L. F. Chaves

De: Eliane Pinheiro De Moraes
Enviada em: sexta-feira, 9 de setembro de 2011 14:06
Para: Marcia Lorena Fagundes Chaves
Assunto: autorização

Cara Profa Marcia Chaves,

Conforme contatos anteriores, solicitamos autorização para acessar ao banco de dados dos participantes do projeto PALA (*Porto Alegre Longitudinal Aging Study*, para o desenvolvimento do projeto de mestrado acadêmico de Francine Melo, aluna do Programa de Pós Graduação da Escola de enfermagem da UFRGS, sob minha orientação.

O referido projeto tem o objetivo de conhecer e analisar as estratégias dos idosos que moram só, frente ao processo de envelhecimento. Será um estudo com abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas domiciliares ou em lugar combinado com o idoso.

O projeto será enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA.

Temos certeza que as informações coletadas serão de grande importância para todos os envolvidos na Atenção a Pessoa Idosa.

Atenciosamente

Profa Dra Eliane Pinheiro de Moraes

Assessora do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública

Fone: 33598573