

ENVELHECENDO... PARA VIVER SÓ?

Fernanda Silva d' Alencar*

Priscilla Sousa Silva**

Resumo. As estatísticas vêm sinalizando aumento crescente de lares unipessoais em vários países, em todas as faixas etárias, tendência também encontrada no Brasil. A importância de analisar a realidade de idosos que moram sozinhos traz à tona questões como a perda do suporte familiar, com o avanço da idade, com consequências para idosos, comunidade do entorno e os próprios familiares. Aponta demandas relevantes para profissionais da saúde, considerando que a longevidade impõe requerimentos de cuidados cada vez maiores, e de acolhimento especializado no campo da saúde, especialmente a partir da Estratégia de Saúde da Família. Diante dos novos arranjos familiares e suas demandas para o setor de saúde, em especial para a atenção básica, este texto propõe discutir a realidade de idosos que vivem sozinhos. Na experiência de trabalho na atenção básica, destacamos dois casos de homens idosos que vivem sós, mesmo com a idade já avançada. Através de entrevista semiestruturada, foi possível reconhecer como esses dois idosos vivem, qual a sua situação de saúde e o significado, para eles, e viver só.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estratégia de Saúde da Família. Velhice sozinha.

* Enfermeira de Programa Saúde da Família. Especialista em Gerontologia Social, Pesquisadora-Voluntária no Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-Mail:* <dalencar09@hotmail.com>.

** Enfermeira de Programa Saúde da Família. Especialista em Gerontologia Social, Pesquisadora-Voluntária no Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-Mail:* <priscilla14@hotmail.com>.

AGING ... TO LIVE ALONE?

Abstract. The statistics are signaling increasing person households in several countries, in all age groups, a trend also found in Brazil. The importance of analyzing the reality of the elderly who live alone brings up issues such as loss of family support, with advancing age, which has consequences for the elderly, the surrounding community and their own families. Pointing demands relevant to health professionals, considering that the longevity of care imposes requirements increasing, and host specializing in the healthcare field, especially from the Family Health Strategy. Faced with the new family and its demands for the health sector, especially for primary care, this paper proposes to discuss the reality of older people living alone. In the experience of working in primary care, highlight text in two cases of elderly men living alone, even with old age. Through semi-structured interviews, it was possible to recognize how these two seniors live, what their health situation and the meaning of living alone.

Keywords: Aging. Family Health Strategy. Old age alone.

1 INTRODUÇÃO

As estatísticas vêm sinalizando aumento crescente de lares unipessoais em vários países, em todas as faixas etárias, tendência que o Brasil vem acompanhando.

As hipóteses para explicar esse crescimento são apontadas em diferentes estudos como consequência do aumento da renda dos indivíduos, redução (ou inexistência) das redes de parentesco, preferência por privacidade o que, às vezes, não ocorre em lares populosos, além das facilidades de

lazer, entretenimento e melhorias na quantidade e qualidade de serviços¹, como supermercados, *fast foods*, alimentos industrializados de fácil preparo, lavanderias, diaristas, e substituição de trabalhos braçais pela tecnologia (máquinas para cafês, lava-louças e roupas, panelas elétricas).

Análise feita pelas Nações Unidas sobre os arranjos domiciliares dos idosos em 130 países destacou que “aproximadamente uma em cada sete pessoas idosas (90 milhões) vive sozinha e cerca de dois terços dessas são mulheres” (CAMARGOS, 2008, p. 11).

Acompanhando essa tendência e por força das mudanças na pirâmide etária, o idoso vem se rendendo a esse novo estilo de vida, que é morar sozinho, embora a coresidência permaneça elevada e embora grande parte de idosos mais velhos, especialmente homens, tendam a morar sozinhos por circunstâncias, muito menos que por escolha. Domicílios unipessoais habitados unicamente por idosos já representam 42,3% dos domicílios unipessoais no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Em 2006, esse percentual representava 40,3% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2011 apontam que os índices de idosos que moram sozinhos representam 14% em relação ao total de idosos brasileiros, ou seja, cerca de três milhões de pessoas com mais de 60 anos vivem

¹ CAMARGOS (2008).

desacompanhadas².

Outros estudos mais recentes têm mostrado que a universalização da seguridade social, as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos, tais como os meios de comunicação, elevadores, automóveis, entre outros, podem estar sugerindo que viver só, para idosos, está mais associado a novas maneiras de viver e envelhecer do que ao abandono, descaso ou solidão (apud CAMARANO, 2002; CAMARGOS, 2008).

As motivações para esse crescente arranjo domiciliar de idosos que moram sem companhia são variados e sinalizados em diferentes estudos como consequência de rupturas como separação ou divórcio, viuvez, saída ou morte de filho, celibato; ou, simplesmente, a uma forma inovadora e bem sucedida de envelhecimento, evidenciando que nem toda pessoa idosa necessita, ou quer, viver com sua família (CAMARANO, 2002).

Embora os números apontem o crescente aumento de idosos morando desacompanhados, com ou sem suporte familiar, trata-se de realidade pouco estudada, não só em relação às diferenças nas variáveis demográficas e sociais, tais como idade, condição de renda, escolaridade e saúde, mas em relação aos motivos que nortearam a decisão de viver só, além dos mecanismos e estratégias criadas para tornar possível essa decisão.

Analisando a velhice na perspectiva de sua complexidade e das condições vividas por parcela

² Em 2006, essa proporção era de 13,2%.

significativa da população, com fraturas familiares importantes, associada à perda da capacidade física, redução da capacidade sensorial e cognitiva do idoso à medida que a idade aumenta, o viver só pode se constituir em dependência maior do suporte social e conseqüente demanda por serviços de saúde.

A importância de analisar a realidade de idosos que moram sozinhos é singular, na medida em que a perda do suporte familiar, com o avanço da idade, traz conseqüências para idosos, comunidade do entorno e os próprios familiares. Mas aponta demandas relevantes para profissionais da saúde, considerando que a longevidade impõe requerimentos de cuidados cada vez maiores, e de acolhimento especializado no campo da saúde, especialmente a partir da Estratégia de Saúde da Família.

Esse acolhimento representa um desafio importante para os profissionais da atenção básica, particularmente pela abordagem múltipla que o envelhecimento requer, com o adequado dimensionamento da capacidade funcional e cognitiva que qualifica a velhice ativa.

Essas demandas para o campo da saúde tanto podem se estabelecer por força de doenças preexistentes, ou por patologias próprias de um novo padrão demográfico e epidemiológico. Não se pode subestimar o fator de que o envelhecimento na realidade brasileira ocorre sem que se tenha superado o padrão epidemiológico de doenças transmissíveis.

À situação preexistente incorpora-se um novo padrão característico da longevidade – as doenças

crônicas e suas complicações –, como sequelas por acidente vascular cerebral, fraturas em decorrência de quedas, insuficiência cardíaca e pulmonar, demências, dentre outras, que reduzem a sua capacidade física e mental.

Naturalmente é preciso considerar que o aumento da expectativa de vida tem relação direta com o aumento de riscos à saúde. No contexto atual, a expectativa de vida do brasileiro tem sido significativamente positiva (os homens estão vivendo em média 68 anos e as mulheres 76 anos). Viver mais, no caso das mulheres, vem significando mais porosidade a tratamentos e busca por assistência médica com maior frequência.

Vivendo mais que os homens, em média, de sete a oito anos, a mulher tende a enviuvar e, de acordo com alguns estudos, um novo casamento não é tão fácil; por outro lado, homens vivem menos, são mais resistentes à procura de assistência médica, e estão bem mais expostos a riscos externos variados.

2 ARRANJOS FAMILIARES E VELHICE

A unidade familiar vem sendo alcançada seriamente pelas mudanças pelas quais passa toda a sociedade, pelo avanço tecnológico e globalização das culturas, com redefinições de papéis entre seus membros e, por consequência, mudanças de papéis dentro da própria instituição família.

Os impactos das mudanças observadas sobre as famílias e sobre toda a experiência humana enfra-

queceram o modelo de família tradicional, trazendo novos arranjos, decorrentes da dissolução dos casamentos (por divórcios e separações)³, formação de lares de solteiros, ou lares com apenas um dos pais, formação de relacionamentos sem casamento, apresentando novas variedades de estruturas domésticas e configurações familiares que redimensionam os papéis dos diferentes membros que a constituem.

O perfil das famílias brasileiras mudou em relação aos dados do último censo, afirma Nolasco (2012). Mas o que hoje se observa é a convivência daquela família constituída por pai, mãe e filhos, lado a lado, com outro tipo de família, cuja formação passa pela presença de crianças de uniões anteriores, de pessoas sozinhas, casais sem filhos e uniões constituídas por pessoas do mesmo sexo. Os chamados casamentos consensuais têm aumentado em relação aos casamentos anteriores, civis ou religiosos. Os novos modelos de família, portanto, definitivamente mudam a estrutura e o perfil das famílias brasileiras. O censo de 2010 enumerou 19 laços de parentesco, para que fosse possível cobrir todas as mudanças constatadas (NOLASCO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) afirma que são as famílias que providenciam a maior parte do auxílio para idosos que precisam de ajuda. Contudo, em função das mudanças observadas em todas as sociedades e que

³ Tomando-se dados relativos aos anos de 1990, o número de divórcios triplicou, enquanto o de casamentos de papel passado diminuiu em 12%, de acordo com o IBGE, 2000.

atingem as relações familiares, são os poderes públicos que são chamados a desenvolver mecanismos de proteção social a idosos incapazes de ganhar a vida e que estejam sozinhos e vulneráveis. Na realidade brasileira, os idosos que precisam de assistência tendem a confiar na ajuda da família, em transferências de serviços informais e em economias pessoais, estas proporcionadas, em muitos casos, pelo benefício da prestação continuada (BPC).

O acelerado envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho, no tamanho das famílias, perfil da força de trabalho; todas essas alterações vêm significando menos pessoas para cuidar de pessoas mais velhas quando estas necessitarem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

3 VELHO, HOMEM, E MORANDO SÓ – COMO FICA A SAÚDE?

É fato que o número de pessoas morando sozinhas tem crescido e deve aumentar ainda mais com o crescimento da expectativa de vida e a conseqüente longevidade da população, haja vista o que os censos demonstram, sistematicamente. Atualmente, 23,5 milhões de pessoas estão com mais de 60 anos e as mulheres têm mais alta expectativa de vida em relação aos homens.

Para morar sozinhas, a diferenciação geracional e de gênero era evidente entre as pessoas, no Brasil. De acordo com Alves e Cavenaghi (2012), entre os

homens predominavam aqueles com idade entre 30 e 59 anos, enquanto entre as mulheres em domicílios unipessoais predominavam aquelas acima de 60 anos. Os números sinalizam crescimento de mulheres de todas as idades morando sozinhas.

Apesar do sistemático crescimento de idosos morando sós no Brasil, são raros os estudos sobre as múltiplas situações em que esse morar ocorre, quem são (se solteiros, divorciados, viúvos, com ou sem filhos), como vivem e as circunstâncias que os levaram à decisão de viver desacompanhados.

Como os estudos são limitados, limitado também é o conhecimento a respeito da saúde do homem e, em especial, desses homens que vivem sozinhos. Apesar da preocupação do Ministério da Saúde com a saúde masculina, expressa na Portaria n.º 1.944 de 2009 (BRASIL, 2009), que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e busca reduzir a morbimortalidade da população masculina e ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, pouco se conhece a respeito.

A preocupação do Ministério da Saúde faz sentido na medida em que informações amplamente divulgadas em diferentes ambientes, mas, principalmente, na área da saúde, dão conta de que os homens não frequentam consultórios de saúde por variadas razões, ainda que haja maior vulnerabilidade desse segmento ao alcoolismo, às doenças crônicas e graves, ao tabagismo e violência, fatores de risco à mortalidade precoce.

A baixa procura dos homens por serviços de saúde é quase sempre justificada por eles próprios como

falta de tempo para enfrentar as longas filas, além do mito da invulnerabilidade masculina que, como provedor, não pode adoecer, tampouco necessitar de cuidados (ARAÚJO et al, 2012).

Outras razões, conforme assinalam Lyra e outros (2012), estariam centradas principalmente: na resistência de profissionais, na rejeição dos próprios homens, na inadequada estrutura (basicamente voltada para o atendimento às mulheres), e nos horários dos serviços de saúde ou, simplificando, por conta de barreiras culturais, institucionais e médicas.

Ainda que não se veja na velhice uma relação linear com doença ou incapacidade, pois a velhice tem muito a ver com a genética e, principalmente, com o estilo e as condições de vida de cada um, sabe-se que nessa fase da vida as pessoas tendem a estar mais susceptíveis a problemas de saúde e, em consequência, tornam-se mais carentes de apoio.

Se é assim, é importante saber como e o que fazem os idosos acometidos de patologias, considerando que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, trata-se de segmento comumente afetado por doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabete, câncer, doença pulmonar obstrutiva, doenças musculoesqueléticas, doenças mentais, cegueira e diminuição da visão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Manter-se ativo, como quer a OMS, implica que as estruturas educacionais, de saúde, transporte, ruas, praças, moradias, acesso a telefone para contatos de emergência, sejam adequadas às diferentes necessidades das pessoas que envelhecem. O que se sabe é

que parcela significativa de idosos moradores de cidades de médio e pequeno porte não tem acesso a essas condições infraestruturais.

Nesse sentido, idosos que moram sozinhos, sem qualquer companhia, terão bem mais dificuldades para realizar atividades da vida diária e manter-se ativos, se tiverem *deficit* visual, auditivo, problemas de equilíbrio e dificuldades de locomoção. Em situações de risco, tornar-se-ão mais vulneráveis e, sem qualquer suporte, passam a depender de cuidados e atenção especial de profissionais vinculados ao campo da saúde, em especial aqueles da estratégia de saúde da família.

Os exemplos de idosos vivendo sós são muitos, independente de gênero, região, vinculação familiar, condição social e de saúde. Na experiência de trabalho na atenção básica, em Unidade de Saúde da Família do município de Ilhéus, Bahia, destacamos entre vários idosos cadastrados para o atendimento na Unidade, dois casos: são homens com a idade avançada e que vivem sós. Recebem a visita do profissional de enfermagem, sistematicamente, e quando é possível, ele dialoga procurando saber as condições de saúde, as necessidades básicas e se estão cumprindo as orientações passadas pelos profissionais de saúde, mantendo-os, assim, vinculados ao serviço de atenção básica e cuidando da continuidade do tratamento. De acordo com Camarano (2002), a proporção dos mais idosos vivendo sós é mais elevada do que a dos idosos jovens, tendo esse diferencial crescido com o tempo.

4 Idoso 1 – SUA EXPERIÊNCIA DE VIVER SÓ

Residente em cidade do sul da Bahia, Andrade⁴ tem 83 anos, é viúvo, sem escolaridade, pai de três filhos e há dezoito anos mora sozinho em residência própria, cinco cômodos (entre quarto, sala, banheiro, cozinha), condição sanitária satisfatória, presença de escadas nos acessos à cozinha e ao banheiro. Andrade extrapola a ideia de que morar sozinho, na velhice, “pode ser um estágio temporário do ciclo de vida e pode estar refletindo preferências”, conforme Camarano (2002, p. 7).

Andrade aposentou-se desde 1998 como trabalhador rural. Apesar de ter uma filha que mora próximo à sua casa, e com quem escolheria viver caso não conseguisse mais viver sozinho, afirma que mora só por não querer incomodá-la, pois “ela tem a família dela”. A situação de Andrade corrobora afirmações de diversos trabalhos, de que a proximidade geográfica nem sempre pode ser traduzida por uma maior frequência de contato com filhos ou netos (CAMARANO, 2002). Como outros idosos, Andrade sugere que, embora próximo de pessoas da família, pode viver sem dividir o mesmo espaço de moradia.

Mesmo com alguns problemas de saúde, como hipertensão (toma medicamento de uso contínuo), hérnia de disco (que por vezes limita a deambulação) e dores frequentes no local da hérnia inguinal (cirurgia ainda contraindicada), ele consegue desenvolver as atividades cotidianas, como limpar a casa, prepa-

⁴ Pseudônimo, para preservar a identidade.

rar a própria alimentação etc.

Mesmo dizendo gostar de morar só, porque já se acostumou, o idoso aponta desvantagens, inclusive pela falta de segurança onde mora.

– Quando a gente fica velho é complicado, porque velho e doente sozinho não dá. A gente fica dependente dos outros. Tá acontecendo muitos casos de idoso que corre risco de vida por causa dos ladrões que sabe que a gente vive só, pra roubar... (informação verbal)⁵.

A proximidade da filha não o impede de sentir-se sozinho e isolado, ainda que receba visitas, não tão frequentes (da própria filha, do neto, genro, da irmã e do cunhado).

Como não se sente mais em condição de deslocamentos frequentes, sua locomoção ainda pode ser feita de ônibus, recebe visita mensal da equipe de saúde da família do bairro, mas quando a dificuldade aumenta, ele freta um carro para levá-lo ao médico. Andrade entende que, para uma pessoa viver só “é preciso ter saúde para arrumar a casa, cozinhar, fazer compras”; portanto, é preciso estar funcionalmente capaz. Mas quando o assunto é a solidão, ele manifesta certa inquietação e recorre ao equilíbrio emocional e afirma ser preciso “muita calma e paciência, para ter cabeça e não se perder”.

Sobre o crescimento quantitativo de idosos que moram sozinhos, Andrade diz que escuta isso na te-

⁵ Depoimento fornecido pelo IDOSO 1, cadastrado no Programa de Saúde da Família, em Ilhéus, Bahia, durante visita domiciliar, em 2012.

levisão e associa a situação à ausência de uma companheira, expressando o sentimento de quem já viveu o problema tempos atrás e sente na pele a situação.

– Acho que é porque a companheira morre e fica difícil achar mulher que preste, e direita, de novo (informação verbal)⁶.

5 Idoso 2 – EXPERIMENTANDO O VIVER SÓ

Almeida também reside no sul da Bahia e tem 74 anos. Aposentou-se em 2008, depois de uma vida dedicada ao trabalho rural e à construção civil. Vive em domicílio próprio, quatro cômodos (entre quarto, sala, cozinha, banheiro), condição de higiene insatisfatória.

Pai de nove filhos, está separado da esposa há mais de quatro anos e diz não querer mais mulher com a idade que tem. Antes de decidir-se por morar sozinho, Almeida morava com as filhas, mas elas casaram e saíram do lugar onde moravam, no campo. Diz que mora só porque “não tem jeito; tem que gostar”.

Aponta como vantagem o fato de não ter preocupação com outras pessoas. No entanto, diz, “é ruim pela doença”. Almeida sofre de hipertensão, é resistente ao tratamento (fazendo uso incorreto da medicação contínua), pouco procura a Unidade de Saúde da Família do bairro onde mora, e teve um câncer de próstata, tendo se submetido a tratamento.

⁶ Notícia fornecida pelo IDOSO 1, cadastrado no Programa de Saúde da Família, em Ilhéus, Bahia, durante visita domiciliar, em 2012.

Embora resida sozinho, recebe apoio e interage sistematicamente com vizinhos e amigos quando estes o visitam, pois embora consiga deambular sem limitações, pouco sai do espaço intradomiciliar. O idoso não se sente só ou isolado “porque eu tenho muitos amigos que vem prosar comigo toda hora”. Além disso, recebe visitas de uma neta e de uma vizinha, esta faz as tarefas de casa, pois “eu não faço nada, fico bestando aqui no quintal, ou prosando com os outros, pra ver se as hora passa”.

O deslocamento para longas distâncias pode ocorrer de ônibus “quando tenho condição de andar; se não, a gente freta um carro que ele leva e traz”.

Estudos apontam para o fato de que melhores condições de saúde, associadas a outros fatores sociodemográficos podem contribuir para que o idoso more sozinho. Entretanto, nos dois casos trazidos, não foi possível determinar se o morar só foi o desencadeante das doenças de que são portadores.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Família brasileira: plural, complexa e diversa. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, ano XII, n. 406, p. 1, 29 out.2012.

ARAÚJO, E. M. de; OLIVEIRA, N. F.; PORTELLA, D. D. A.; PINTO, D. R. M.; PASSOS, E. C. S.; NERY, F. S. Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 33-40, ago.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2000. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Gabinete da Presidência**, Brasília, DF, [20--]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.htm>. Acesso em: abr. 2012.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto para discussão nº 858**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARGOS, M. C. S. **Enfim só**: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 2007. Belo Horizonte. Tese (Doutorado em Demografia)– Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA
E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos
responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de
Janeiro: IBGE, 2012.

_____. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise
das condições de vida da população brasileira,
2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007

LYRA, J; MEDRADO, B; BARRETO, AF; AZEVEDO,
M. Homens e gênero: desafios na construção de uma
agenda de política de saúde. **Boletim do Instituto
de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7-16 , ago.
2012.

NOLASCO, S. A individualização da família. **Revista
do Instituto Humanitas Unisinos**. São Leopoldo,
ano XII, n. 406, p. 1, 29 out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento
ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana
Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana
da Saúde, 2005.

Recebido em junho de 2012.

Reapresentado em setembro de 2012.

Aprovado em dezembro de 2012.