





Necessidades de cuidado de idosos que vivem sozinhos: uma visão intersetorial*

Care needs of the elderly who live alone: an intersectoral perception

Como citar este artigo:

Cardoso GP, Damaceno DG, Alarcon MFS, Marin MJS. Care needs of the elderly who live alone: an intersectoral perception. Rev Rene. 2020;21:e44395. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144395>

-  Giovana Peres Cardoso¹
-  Daniela Garcia Damaceno²
-  Miriam Fernanda Sanches Alarcon²
-  Maria José Sanches Marin¹

*Extraído da dissertação “A visão multidisciplinar sobre autonomia e necessidades de cuidado dos idosos que vivem sozinhos”, Faculdade de Medicina de Marília, 2020.

¹Faculdade de Medicina de Marília.
Marília, SP, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
Botucatu, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Miriam Fernanda Sanches Alarcon
Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n,
CEP: 18618-687, Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho.
Botucatu, SP, Brasil.
E-mail: miriam@uenp.edu.br

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: compreender a visão de profissionais da área da saúde e do direito acerca do cuidado a idosos fragilizados que vivem sozinhos. **Métodos:** pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas com profissionais da área da saúde e do direito, tendo como disparador uma vinheta, contendo a descrição da história de uma idosa fragilizada que vivia sozinha. Dados submetidos à técnica de análise temática. **Resultados:** os 23 profissionais apontaram que a família deveria ser a principal responsável pelo idoso; que a institucionalização deveria ocorrer como última opção; ressaltaram a importância do trabalho multiprofissional e intersetorial; e reconheceram as limitações do Estado. Os profissionais relataram as intervenções apropriadas para o caso. **Conclusão:** na atenção ao idoso que vive sozinho, existem limitações das famílias, dos serviços de atenção social e de saúde ao idoso, bem como do Estado, havendo necessidade de fortalecimento dos recursos legalmente garantidos. **Descritores:** Idoso Fragilizado; Colaboração Intersectorial; Equipe de Assistência ao Paciente; Direitos dos Idosos; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of health and law professionals regarding care for frail elderly people who live alone. **Methods:** qualitative research, carried out through interviews with health and law professionals, using a vignette as a trigger, presenting the description of the story of a frail elderly woman who lived alone. Data were submitted to the thematic analysis technique. **Results:** the 23 professionals pointed out that the family members should be the responsible ones for the elderly; that institutionalization should take place as the last option; stressed the importance of multi-professional and intersectoral work; and recognized the limitations of the state. The professionals reported the appropriate interventions for the case. **Conclusion:** in care for the elderly who live alone, there are limitations for families, social care, and health services for the elderly, as well as the State, with the need to strengthen legally guaranteed resources.

Descriptors: Frail Elderly; Intersectoral Collaboration; Patient Care Team; Aged Rights; Aging.

Introdução

O aumento da longevidade nas sociedades contemporâneas está ocorrendo de forma acentuada. No Brasil, em 2015, a população de idosos perfazia 14,3% do total. Em 2050, espera-se que esse percentual seja de 29,0%, o que representa grandes desafios para a sociedade e as políticas públicas⁽¹⁾. As alterações morfofisiológicas e funcionais próprias do processo de envelhecimento modificam os padrões de morbimortalidade, aumentando, também, a possibilidade de essa população apresentar fragilidades, o que demanda nova abordagem dos serviços de assistência à saúde, consequentemente, implicando desafios à saúde e gestão pública⁽²⁾.

A fragilidade é uma síndrome caracterizada pela redução da força, resistência e alterações das funções fisiológicas, aumentando a vulnerabilidade física do indivíduo, levando-o à incapacidade funcional⁽³⁾. Os idosos que se encontram nessa situação precisam de apoio e cuidados constantes.

Segundo a legislação, a primeira instância responsável por assegurar os direitos básicos da pessoa idosa é a família, a fim de garantir maior qualidade de vida⁽⁴⁾. Contudo, modificações na composição familiar, diminuição das taxas de natalidade e evidente mudança nos sistemas de valores influenciam, também, a ruptura dos laços intergeracionais, comprometendo a oferta de cuidado familiar⁽⁵⁾. Além de idosos que optam pela privacidade, preferindo morar sozinhos, o que os tornam ainda mais vulneráveis.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio demonstrou que 15,3% das pessoas com 60 anos ou mais vivem sozinhas, com maior prevalência de mulheres com 75 anos de idade ou mais e, embora atingindo maior proporção nas regiões de alta renda, esta condição afeta mais intensamente a vida dos idosos de baixa. A mesma pesquisa mostrou que esses idosos apresentam pior estado de saúde e de hábitos relacionados aos cuidados com a saúde⁽⁶⁾.

Frente a esse contexto e considerando que as políticas públicas direcionam para que a assistência

ao idoso ocorra essencialmente no domicílio, observa-se que especialmente o contingente de idosos que moram sozinhos encontra dificuldades para manter resguardado o direito às boas condições de vida e saúde, por isso, há preocupação intersetorial, na busca por assistência adequada às necessidades dos idosos que vivem sozinhos.

Dessa forma, procederam-se aos questionamentos: como profissionais de diferentes áreas de formação percebem o cuidado a idosos frágeis que vivem sozinhos? Quais as possíveis intervenções frente a situações de vulnerabilidade de idosos? Deste modo, objetivou-se compreender a visão de profissionais da área da saúde e do direito acerca do cuidado a idosos fragilizados que vivem sozinhos.

Métodos

Pesquisa qualitativa, realizada em município do interior do estado de São Paulo, Brasil, que conta com, aproximadamente, 216.745 habitantes, destes, 13,6% são idosos⁽⁷⁾. Os dados foram coletados com profissionais da rede de atenção básica de saúde, constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde e 39 Unidades de Saúde da Família, e da área jurídica, incluindo Poder Judiciário, Ministério Público, membros da Defensoria Pública, advogados inscritos na Subseção da Ordem dos advogados do Brasil do município e delegados da Polícia Civil.

Para definição amostral dos profissionais de saúde, elegeram-se três Unidades de Saúde da Família que atende maior número de idosos, sendo que nelas atuam 31 profissionais, além daqueles que compõem a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, totalizando 37 profissionais. Para os profissionais da área jurídica, buscou-se a representatividade dos diferentes setores. A amostra se deu por conveniência, buscando contemplar as diferentes categorias profissionais, tanto na área da saúde quanto no direito.

O critério de inclusão foi lidar cotidianamente com situações que envolvessem idosos. Incluíram-se 23 profissionais: um juiz, um promotor de justiça, um

delegado de polícia, um conciliador, um defensor público, cinco advogados, quatro enfermeiros, dois médicos, um fisioterapeuta, dois auxiliares de enfermagem, dois dentistas e dois assistentes sociais. A amostra foi construída por meio da estratégia da saturação teórica, isto é, a coleta ocorreu até que nenhum dado novo ou relevante surgisse em relação a qualquer tema, explorando as propriedades, dimensões e interlocuções das categorias⁽⁸⁾.

Realizaram-se contatos telefônicos com os responsáveis por cada serviço, sendo estes os entrevistados ou lhes solicitados que indicasse algum profissional que se enquadrasse nos critérios do estudo. Após definido o participante, pactuaram-se dia e horário, conforme a disponibilidade, não havendo recusa. As entrevistas foram realizadas de janeiro a março de 2019, em salas cedidas pelos participantes, que garantissem a não interrupção da entrevista. Coletaram-se dados sociodemográficos do participante e, em seguida, aplicou-se a técnica de vinheta.

Para este estudo, a elaboração da história da vinheta se pautou em uma situação real, vivenciada por uma das autoras, conforme segue: “Uma senhora, com 87 anos de idade, mora sozinha em casa própria e conta com uma aposentadoria de dois salários mínimos. É hipertensa, tem dificuldade visual e relata dores na região lombar, possuindo ainda dificuldades para se deslocar até a unidade de saúde da sua área de abrangência. Tem dois filhos, sendo um que mora em São Paulo e a visita uma vez por ano e outro que mora na mesma cidade, o qual tem problema com alcoolismo. Sua casa encontra-se em precárias condições de higiene. Faz uso irregular de medicamentos e mantém a pressão arterial em torno de 200x100 milímetro de mercúrio. Foi sugerida a ela a possibilidade de ter uma pessoa para apoiá-la nas atividades e ela mostrou-se extremamente irritada”.

Após a leitura da vinheta pelos profissionais, realizou-se a seguinte questão norteadora: como você lidaria com essa situação? A totalidade das entrevistas foi efetuada por uma das autoras devidamente treina-

da. Utilizou-se de gravador de voz e arquivamento em mídias digitais. As entrevistas foram gravadas em áudio, após consentimento dos profissionais, e transcritas na íntegra. A análise e representação do material coletado efetuaram por meio da técnica de análise de conteúdo⁽⁹⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 98637118.9.0000.5413 e parecer nº 2.912.279/2018, atendendo à Resolução 466/2012, e apreciado, também, pelos órgãos gestores dos setores de cada profissional. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para apresentação dos resultados, os profissionais foram identificados por E, seguidos pela identificação da área de atuação e sequência numérica crescente (ES1...ES11; EJ1...EJ10).

Resultados

Entrevistaram-se 23 profissionais, 12 da área jurídica e 11 da área da saúde, com idades entre 29 e 56 anos; média de 40,2 anos, sendo 21 do sexo feminino e 17 profissionais sem especialização na área do envelhecimento.

Das falas dos participantes, emergiram as categorias temáticas: responsabilidade da família frente ao cuidado, institucionalização como possibilidade, trabalho intersetorial e multiprofissional, limitações do Estado e complexidade das intervenções.

Responsabilidade da família frente ao cuidado

No geral, os profissionais entrevistados apontaram que a família deveria ser a principal responsável pelo cuidado ao idoso, sendo preciso reconhecer a situação dos integrantes desta e buscar o fortalecimento dos vínculos. Caso não haja acordo, indicam-se medidas judiciais que obrigam o familiar a proporcionar os recursos para que o cuidado ocorra a contento,

como evidenciado nas falas: *Como profissional do direito, eu tentaria primeiro a questão vínculo familiar, como é a vinheta dessa senhora, tentaria que algum filho a acolhesse. Caso não seja possível... obrigar a pagar uma pensão* (EJ 4). *Então, assim, numa situação dessa, o que fazer enquanto serviço de saúde? E, nesse cuidado, eu digo, no sentido assim, precisa mobilizar, precisa mobilizar esta família* (ES 2). *O filho, ele tem a responsabilidade civil sobre o pai e a mãe* (ES 6). *Como ela vive sozinha e tem vários problemas de saúde, então, tentaria que algum filho a acolhesse* (EJ 5). *Eu acionaria os filhos, porque na verdade ela precisa de cuidados... já que os filhos estão distantes* (EJ 14).

Institucionalização como possibilidade

Os participantes do estudo compreenderam que, em alguns casos, há necessidade de institucionalização, principalmente quando o idoso está em risco de agravo às condições de saúde, como é a situação da idosa relatada na vinheta. Entretanto, ponderaram a institucionalização como última alternativa, visto que envolve perdas de vínculos, dos objetos e da própria moradia, levando o idoso a se debilitar ainda mais, como expressaram nas falas: *Ao que consta, ela está em risco de saúde e de vida, porque ela está tomando medicação, seria o caso de acolhimento institucional. Mas, o acolhimento institucional, de outro lado, gera perda de vínculo com a moradia, com as coisas, os dados pessoais dela e ela se debilita de 40,0% a 50,0%, então, nós temos que tomar cuidado com isso, é uma medida dura* (EJ 2). *Que ela fosse para alguma instituição de idoso, para que ela tenha esses cuidados, porque ela sozinha já não está conseguindo ter autonomia e ser dona dos próprios atos e está colocando em risco a saúde e a integridade dela* (EJ 4). *Já que ela não quer ter ninguém na casa, eu perguntaria se ela gostaria de frequentar algum asilo, porque, assim, ela conviveria com outras pessoas, com outras pessoas idosas, teria um lazer, coisa que aqui parece que não. Ela teria os cuidados necessários, medicamento, higiene, alimentação, coisa que aqui ela não tem* (EJ 14). *A possibilidade seria uma casa de repouso, pra dar essa assistência, então, nesse sentido, eu acho que eu envolveria a família* (ES6). *O acolhimento, por exemplo, em uma pessoa idosa em uma instituição, ela tem que estar em vulnerabilidade, porque se não ela fala que ela não quer ir e você não vai colocá-la* (EJ 2).

Trabalho intersetorial e multiprofissional

Os profissionais destacaram a importância do trabalho multiprofissional e intersetorial, para que se possa avançar no cuidado ao idoso, uma vez que isto contribui para construir vínculo, conscientizá-lo sobre a real situação e tentar solução articulada para melhoria das condições de vida do idoso. Entretanto, há o reconhecimento de que as redes de cuidado estão fragilizadas, especialmente ao que se refere às ações intersetoriais, como demonstram as falas: *A gente percebe que quando o idoso passa pelo atendimento multidisciplinar, é mais comum ele voltar e pedir ajuda outras vezes. Ou, em primeiro momento, ele ainda não se sente pronto para fazer uma denúncia e ele quer tirar dúvidas e conversar, mas ele volta depois de passar pela equipe, ele cria um laço, ele cria segurança* (EJ 5). *A rede de cuidados, ela não existe. É tudo muito fragilizado, se da saúde eu preciso ir para outro serviço, para educação, para o social, para o jurídico, é tudo tão burocrático, é tudo tão difícil que, infelizmente, a consequência vem para o usuário* (ES 2). *Eu envolveria outros órgãos responsáveis para dar essa assistência e não o deixar nessas condições* (ES6).

Limitações do Estado

Os entrevistados reconheceram, ainda, que quando a família não é capaz de atender às necessidades dos idosos, o Estado deveria ser acionado. Porém, abordaram as limitações deste, evidenciando que é preciso ir além daquilo que o Estado oferece: *Porque a gente sabe que o Estado tem as limitações. Muitas vezes, é falho e não tem como suprir a demanda dessa idosa* (EJ 4). *Hoje, os filhos abandonam os pais e aí é nossa responsabilidade dar apoio para esse idoso, para essa família, dever do Estado, da gente dar esse respaldo para ele* (ES 8). *Está cada vez aumentando os idosos que moram sozinhos e eles não conseguem gerir a própria vida. Então, o país está envelhecendo e o Estado não tem como suprir essa nova demanda* (EJ 5).

Complexidade e limites das intervenções

Nas falas dos participantes, depreendeu-se que se trata de situação complexa e que existem limitações

para intervenções. Indicaram que, na ausência de um transtorno mental, não há como interditar um idoso. Reconheceram que, nos casos apresentados, não teria como colocá-los em instituição de longa permanência, pois há necessidade de respeitar a autonomia do idoso. Ao indicarem que não conseguiriam atender a essa necessidade, colocaram como possibilidade a judicialização: *Se ela não tiver (transtorno mental), não há nada que possa ser feito na questão jurídica, não podemos interditar uma pessoa por ela não enxergar direito, mas ela precisaria de um atendimento* (EJ 1). *E como profissional, eu não posso intervir muito nisso, aliás, eu não posso intervir em nada.* (EJ 10). *O próprio Centro de Referência de Assistência Social deu entrada na parte judicial com o promotor, foi atrás do promotor e judicializou um caso para gente poder conseguir uma intervenção* (ES 3).

Discussão

Destaca-se como limitação o fato de ter sido realizado apenas com profissionais da equipe de saúde da atenção básica e profissionais do direito, visto que profissionais de outras áreas, como dos serviços sociais que também são responsáveis por esse cuidado, poderiam contribuir para ampliar as reflexões acerca da temática. Sugere-se, portanto, que estudos complementares sejam realizados, com vistas ao aprofundamento das discussões em relação ao idoso fragilizado que vive sozinho, sendo esta condição que tende a aumentar e envolve a atenção de diferentes profissionais.

O presente estudo, entretanto, contribui para prática clínica da enfermagem, uma vez aponta para complexidade que esse cuidado representa, e notoriedade e reflexões acerca do idoso que vive sozinho, visto que possibilitou identificar a importância da articulação entre os profissionais da saúde e do direito para o atendimento integral ao idoso.

As percepções dos profissionais entrevistados convergiram, ao considerar a responsabilidade da família por esse cuidado. O cuidado familiar é importante para qualquer grupo populacional, sendo considerado, portanto, como a melhor forma de cuidado

aos idosos fragilizados. De acordo com a Constituição Federal, é dever do Estado e da família a garantia do bem-estar e do exercício da cidadania de indivíduos idosos, estabelecendo responsabilidade aos filhos maiores em amparar os pais na velhice, carência e em casos de adoecimento⁽¹⁰⁾. Mesmo sendo a família o primeiro núcleo de interação e apoio ao idoso, há a compreensão de que o grande número de idosos morando sozinho representa mudança significativa e quebra de paradigma⁽¹¹⁾. Frente a isso, há o agravante de que a sociedade e, especialmente, os serviços responsáveis pelo atendimento ao idoso não estão devidamente preparados para lidar com essa realidade.

Para os profissionais entrevistados, os filhos deveriam ser acionados e assumir a responsabilidade de cuidar dos pais, assim como disposto na legislação brasileira que, entre outros aspectos, considera que abandonar a pessoa idosa em estado de fragilidade é crime.

Todavia, em muitas situações, a família se apresenta insuficiente, como em contextos em que a pessoa que deveria cuidar do idoso se encontra com problemas de saúde física e/ou mental, é usuária de álcool ou drogas, ou é vista como risco maior ao idoso. Essa realidade é vivida por diversos idosos em contexto familiar, o que gera maior complexidade à resolução do problema⁽¹²⁾. Portanto, torna-se questionável responsabilizar e culpabilizar familiares em relação à negligência e abandono de idosos, visto que, por vezes, apresentam dificuldades, até mesmo, para o cuidado de si.

Outro aspecto relevante a considerar em relação ao acolhimento do idoso por familiares se trata da existência de conflitos, o que indica a necessidade de investimentos na recuperação e no fortalecimento do vínculo afetivo. Resgata-se, assim, que ao tratar sobre situação de conflitos, do ponto de vista judicial, deve haver mediação entre idoso e familiares, embasada na argumentação e demonstração de que atingir um consenso é benéfico para ambas as partes⁽¹²⁾.

Na impossibilidade de obter apoio de familiares, a institucionalização se torna uma alternativa. Po-

rém, aponta-se que o processo de institucionalização assola significativamente a vida das pessoas idosas. Embora, em alguns casos, possa vir a ser a única opção que o idoso tem para garantir o atendimento das necessidades básicas. A organização do processo de trabalho neste cenário é pautada no atendimento das necessidades básicas, como alimentação e higiene, reproduzindo modelo assistencialista, dificultando a promoção do cuidado integral. Além disso, seguem normas e rotinas que distorcem, muitas vezes, a identidade dos moradores, comprometendo independência e autonomia⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Há, também, a compreensão de que a falta de um parceiro para apoiar as atividades diárias torna a vida do idoso menos saudável, portanto, é preciso grande esforço para capacitar aqueles que moram sozinhos para o desenvolvimento das atividades instrumentais de vida diária⁽¹⁵⁾. Para tanto, os serviços de saúde precisam desempenhar papel ativo na promoção da autonomia e manutenção da independência dessas pessoas⁽⁶⁾.

A ausência de comunicação e os conflitos entre os serviços de atenção social, de saúde e jurídica, principalmente nos casos mais complexos e de difícil solução, trazem prejuízos para a atenção ao idoso, o que mostra a necessidade de aprimoramento das intervenções, na perspectiva intersetorial⁽¹⁶⁾.

Resgata-se, também, a importância de investimentos na promoção da saúde. Revisão sistemática e metanálise encontrou efeitos fortemente significativos entre ações educativas e contato intergeracional, em relação à redução do processo de envelhecimento, no que se refere a mudanças de hábitos, ao conhecimento, conforto e à ansiedade⁽¹⁷⁾. Embora tais ações possam ser desenvolvidas com tecnologias de baixo custo e que, no Brasil, a atenção primária em saúde conta com estrutura direcionada para esse fim, os processos de cuidado ainda ocorrem de forma fragmentada e voltados para a doença. Avanços na lógica da promoção da saúde implicam necessidade de os profissionais ter maior aproximação com a realidade, a fim de compreendê-la e transformá-la⁽¹⁸⁾.

Observa-se, assim, que os casos de maior com-

plexidade, em que o idoso vive sozinho, encontra-se fragilizado e não tem como contar com o apoio da família, impactam grandes desafios aos profissionais, pois, embora exista legislação que garanta boas condições de vida e saúde ao idoso, poucos foram os investimentos do Estado, com vistas a proporcionar, de fato, a proteção necessária⁽¹⁹⁾.

Para os entrevistados, o Estado é um dos responsáveis pela assistência ao idoso e deveria prover serviços mais qualificados e com dinâmica apropriada, além de minimizar burocracias que tornam essa assistência ainda mais complexa. Essa complexidade está fortemente relacionada às dificuldades encontradas no fluxo de atendimento a essas pessoas⁽¹⁶⁾.

Outro aspecto a ser considerado se refere ao respeito à autonomia, uma vez que as pessoas idosas querem cuidar de si, manter a autodeterminação e envolver-se nas tomadas de decisões, não importa quão doente ou frágil se encontrem. Mesmo cientes de que a dependência muda, ao longo do tempo, é comum sentirem que podem se responsabilizar pela própria segurança e pelo bem-estar. Recomenda-se, portanto, que sejam apoiados na tomada de decisão e manutenção da autonomia, o que poderá gerar sensação de controle da vida cotidiana⁽²⁰⁾.

Conclusão

O cuidado ao idoso fragilizado que vive sozinho deve ter como ponto de partida o resgate das possibilidades da família prestar essa atenção, visto que se trata de responsabilidade legal, sugerindo que, no caso de conflitos, a melhor solução seria a mediação e, até mesmo, a judicialização. A institucionalização foi colocada como recurso existente, caso não haja outra possibilidade, para manter o idoso em domicílio, livre de riscos de agravos às condições de saúde. Frente a isso, é preciso reconhecer que a autonomia do idoso deve ser respeitada, especialmente na ausência de transtorno mental, como no caso descrito na vinheta. A atuação multiprofissional e intersetorial foi reconhecida como necessária, mediante situações complexas.

Colaborações

Cardoso GP, Damaceno DG, Alarcon MFS e Marin MJS contribuíram com concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 [Internet]. 2016 [cited May 3, 2020]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>
- Andrade JM, Duarte YAO, Alves LC, Andrade FCD, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF, et al. Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52(Suppl 2):17s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000616>
- Duarte YAO, Nunes DP, Andrade FB, Corona LP, Brito TRP, Santos JLF, et al. Frailty in older adults in the city of São Paulo: Prevalence and associated factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(Suppl 2):e180021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>
- Bernardo MHJ. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. *Pauta*. 2018; 16(42):65-80. doi: <https://doi.org/10.12957/rep.2018.39408>
- Camarano AA, Barbosa P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p.479-514.
- Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018; 21(5):523-31. doi: doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2010 [cited May 9, 2020]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/marilia/panorama>
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet]*. 2017 [cited May 9, 2020]; 5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Silva RS, Fedosse E, Pascotini FS, Riehs EB. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019; 27(2):345-56. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1590>
- Klinenberg E. Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *Am J Public Health*. 2016; 106(5):786-7. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303166>
- Vale MS, Faleiros VP, Santos IB, Matos NM. Proposed methodology of work for the mediation of violence against elderly people conflicts: a non-legal proposition. *Textos Contextos*. 2015; 14(1):104-14. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.18168>
- Veras R. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(6):887-905. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Damaceno DG, Lazarini CA, Chirelli MQ. Caring for institutionalized elderly: representations of managers and professionals. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(3):e20190036. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0036>
- Henning-Smith C, Shippee T, Capistrant B. Later-life disability in environmental context: why living arrangements matter. *Gerontologist*. 2017; 58(5):853-62. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303166>
- Plassa BO, Alarcon MFS, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Bracciali LAD, Silva JAVE, et al. Flowchart of elderly care victims of abuse: an interdisciplinary perspective. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(4):e20180021. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0021>
- Burnes D, Sheppard C, Henderson Jr CR, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review

- and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2019; 109(8):e1-e9. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
18. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*. 2016; 40(108):190-203. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>
19. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3):507-19. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
20. Fjordside S, Morville A. Factors influencing older people's experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature. *Int J Older People Nurs*. 2016; 11(4):284-97. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12116>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons