

A família frente a realidade do idoso de morar sozinho

The family in face of the elderly's reality of living alone

La familia delante la realidad del anciano que vive solo

Marcelo Geovane Perseguino¹, Ana Lucia de Moraes Horta¹, Circéa Amália Ribeiro^{II}

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Pediátrica. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Perseguino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. The family in face of the elderly's reality of living alone. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):235-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>

Submissão: 03-08-2016

Aprovação: 30-08-2016

RESUMO

Objetivo: compreender a dinâmica familiar frente a realidade do idoso de morar sozinho. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, com referencial teórico do Interacionismo Simbólico e que envolveu entrevistas com famílias. Os dados foram analisados por análise temática. **Resultados:** seis famílias participaram do estudo. A análise de discurso originou as seguintes categorias: A família se organizando ao processo de morar sozinho após os 80 anos; A família respeitando as suas tomadas de decisão; A família vivenciando a liberdade do morar sozinho. **Conclusão:** neste estudo foi possível identificar que a possibilidade de morar sozinho é facilitada pelo preparo e acordos da família durante o ciclo vital familiar, levando à sensação de liberdade e qualidade de vida de todos os membros. A enfermagem, como ciência responsável pela elaboração de estratégias de cuidado, deve trabalhar junto às famílias auxiliando no planejamento de planos assistenciais baseados na realidade social familiar individual.

Descritores: Idoso; Habitação; Enfermagem Familiar; Relações Familiares; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to understand the family dynamics in face of the reality of the elderly living alone. **Method:** study of qualitative approach with theoretical reference of symbolic interactionism that involved interviews with families. Data were analyzed by thematic analysis. **Results:** six families participated in the study. The discourse analysis originated the following categories: The family respecting their decision making; The family organizing itself to the process of living alone after the age of 80 years; The family experiencing the freedom of living alone. **Conclusion:** in this study, it was possible to identify the facilitation of the possibility of living alone with preparation and agreements between the family during the family life cycle, leading to the feeling of freedom and quality of life of all members. Nursing, as a science responsible for elaborating care strategies, should work together with families to assist in the planning of care plans based on the individual social reality of the family.

Descriptors: Elderly; Housing; Family Nursing; Family Relationships; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender la dinámica de la familia frente a la realidad de los ancianos que viven solos. **Método:** estudio cualitativo con el marco teórico de la interacción simbólica y que incluyó entrevistas con las familias. Los datos fueron analizados mediante el análisis temático. **Resultados:** seis familias participaron en el estudio. El análisis del discurso ha originado las siguientes categorías: La familia respeta su toma de decisiones; La familia se organiza al proceso de vivir solo después de 80 años; La familia experimenta la libertad del vivir solo. **Conclusión:** en este estudio se observó que la posibilidad de vivir solo se ve facilitada por la preparación y las disposiciones de la familia en el ciclo de vida familiar, dando lugar a una sensación de libertad y la calidad de vida de todos los miembros. La enfermería, como la ciencia encargada de desarrollar estrategias de atención, debe trabajar con las familias para asistir en la planificación de los planes de atención basados en la realidad social familiar individual.

Descriptores: Anciano; Vivienda; Enfermería de la Familia; Relaciones Familiares; Enfermería Geriátrica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Marcelo Geovane Perseguino

E-mail: marcelogp@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O número de idosos no mundo apresentou um rápido aumento no século XX. Este aumento é dominado pelas regiões menos desenvolvidas, onde a melhora nas condições de vida leva à menor mortalidade populacional, aumentando a longevidade. Em 1950, a população de idosos nos países em desenvolvimento era de 108 milhões, e em 2013 este número se tornou cinco vezes maior, com 554 milhões de idosos⁽¹⁾.

O Brasil está inserido no grupo de países em desenvolvimento e o número da população de idosos também apresenta um rápido crescimento. O número de pessoas idosas chega a 10,8% da população brasileira, cerca de 20.590.599 habitantes com idade acima de 60 anos. Acredita-se que em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, enquanto a população idosa alcançará os 22,71% da população total, o que caracteriza a inversão de pirâmide populacional⁽²⁻⁴⁾.

Na América Latina e Caribe o número de pessoas muito idosas apresentou um comportamento muito similar, passando de 6,5% da população em 1950 para 11,1% em 2000 e projeção de 18,1% para 2050⁽¹⁾. No Brasil, as pessoas muito idosas correspondem a 1,7% da população, um aumento significativo quando comparado a 1950, quando correspondiam a 0,4% (3.233.749 habitantes) da população⁽⁴⁾.

O Brasil tem apresentado um rápido crescimento do número de idosos em domicílios unipessoais – em 1992 essa população era de 7,3%, passando para 8,6% em 1999 e 9,2% em 2001⁽⁴⁾. Atualmente, 13% da população de idosos vive em residências unipessoais. Pessoas que vivem em centros urbanos apresentam 20% mais chances de morarem sozinhas em comparação aos que vivem em regiões rurais, fato explicado pelos valores familiares mais tradicionais. Porém, o alto custo de vida em regiões urbanas e a impossibilidade de deixar o trabalho para o cuidado com o idoso são fatores familiares importantes que dificultam o cuidado e acompanhamento do idoso que mora sozinho⁽³⁻⁴⁾.

O crescimento no número de domicílios unipessoais de idosos traz o problema da necessidade de cuidado, visto que o processo de envelhecimento tem como consequência a vulnerabilidade caracterizada pela dependência. No Brasil, a família é a principal responsável pelo cuidado ao membro idoso. Ela tem a obrigação de assistir às suas necessidades, mas apresenta incapacidades socioeconômicas próprias, e as impostas pela opção da pessoa idosa em morar só⁽⁵⁾.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa fundamentado na Resolução nº 466/12, que relata os aspectos da pesquisa com seres humanos Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e Declaração da Associação Médica Mundial de Helsinki, 2013. Durante o estudo, foi garantida aos participantes a possibilidade de retirar seu consentimento ou desistirem sem qualquer prejuízo.

Tipo de estudo e referencial teórico metodológico

O objetivo deste trabalho foi compreender a dinâmica familiar

frente a realidade do idoso de morar sozinho. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa e referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Esta é uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e outras pessoas com quem interagem, e como este processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas. Utilizamos a entrevista semiestruturada para a coleta dos dados.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi realizada na residência de idosos. Para a escolha dos participantes foi realizada uma pré-entrevista com os idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 80 anos, morar sozinho por período superior a 2 anos, residir na cidade de São Paulo e com familiares moradores na mesma cidade ou proximidades. O critério de exclusão foi a presença de diagnósticos médicos que comprometessem a autonomia e independência do participante idoso, e indisponibilidade da família na ocasião da entrevista.

Inicialmente, foram contatadas oito pessoas idosas para uma pré-entrevista. Nesta ocasião foram identificados os critérios de inclusão e exclusão e foi realizado um genograma para identificação dos membros da família atual para a pessoa idosa. Após a pré-entrevista foram escolhidas seis famílias que respondiam aos critérios. O número de membros em cada família variou entre cinco e oito pessoas. Foi considerado como família um grupo com relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiências existenciais⁽⁶⁾. Desta forma, foi considerada a família consanguínea e a família estendida, segundo os critérios fornecidos pela pessoa idosa.

Foram elencados idosos com idade superior a 80 anos por apresentarem características que aumentam o risco de vulnerabilidade e fragilidade segundo a OPAS⁽⁷⁾. O critério de dois anos em domicílio unipessoal se deve ao fato de acreditarmos que após este período, a família e a pessoa idosa já estejam adaptadas ao processo de morar sozinho.

Após a pré-entrevista, o primeiro autor esclareceu sobre a necessidade de gravação da entrevista em áudio, e foram agendadas duas entrevistas com a pessoa idosa e as pessoas identificadas por ela no genograma como a família atual.

Os familiares foram contatados via telefone pelo primeiro autor e pela pessoa idosa, e orientados sobre os preceitos éticos. No momento antes da entrevista foram lidos e assinados os termos de consentimento livre esclarecido.

O primeiro autor realizou entrevistas semiestruturadas de duração aproximada de 90 minutos cada com a pessoa idosa e familiares juntos, e a seguinte pergunta principal como objetivo: Como vocês convivem com a realidade de ter um idoso na família que mora sozinho?

Os dados foram coletados através das gravações em áudio, observação participativa (linguagem corporal, condições de moradia, tons de voz e demais expressões não verbais) e através do genograma.

Os participantes foram identificados por números ordinais em Família 1, Família 2, Família 3 e Família 4, e seus membros por meio do parentesco em relação à pessoa idosa, acrescidos do número de sua família, como Filho 1, Nora 1, Irmã 1, Neto 1.

Os dados foram devidamente transcritos pelo autor, que é enfermeiro e terapeuta familiar, e analisados por meio da análise de conteúdo com base na análise temática ou categorial, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem as mensagens⁽⁸⁾.

As seguintes etapas de análise foram seguidas pelo primeiro autor e revisadas pelos demais autores: 1) pré-análise - fase de organização, com os procedimentos de leitura flutuante e elaboração dos indicadores que fundamentaram a interpretação; 2) exploração do material - os dados foram codificados a partir das unidades de registro; 3) tratamento dos resultados e interpretação – foi feita a categorização por classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento em função de características comuns.

Desta forma, foram criadas categorias com base nos dados provenientes da revisão de literatura para ressaltar a regularidade do aparecimento dos temas e proporcionar abertura para novas categorias no decorrer da análise.

Durante as fases de pré-análise e exploração do material, utilizamos o modelo Sistêmico como base teórica de organização dos dados. Neste modelo, a família é vista como um sistema de relações organizado em função de determinados objetivos comuns que, separadamente, não seriam atingidos pelos diferentes membros⁽⁹⁾. A família é considerada um sistema único que não pode ser descrito pela soma de suas partes, portanto, foram consideradas as respostas atribuídas pelo grupo e não as respostas individuais.

Para estabelecer os critérios de credibilidade, transferibilidade, confirmabilidade e confiabilidade, foi utilizado o método de triangulação com múltiplos métodos, técnicas de coleta ou fontes de dados, na tentativa de superar parcialmente as deficiências que pudessem decorrer da investigação ou do método. Para a avaliação da credibilidade, foi utilizada a escolha de famílias em diferentes condições sociais e culturais. As entrevistas foram realizadas pelo primeiro pesquisador, que esteve sempre atento ao esclarecimento das dúvidas dos entrevistados e aprofundamento dos assuntos pertinentes ao objetivo pesquisa. Os dados foram analisados pelos demais pesquisadores⁽¹⁰⁾.

A transferibilidade se deu pela saturação dos dados, identificada pela repetição dos temas no material coletado nas diferentes entrevistas. Tal material foi analisado pelos diferentes pesquisadores para diminuir a influência do primeiro pesquisador. Para garantir a confiabilidade dos dados, foi utilizada a descrição textual detalhada do método de coleta e revisão dos dados em cada fase do processo de construção categorial pelos demais pesquisadores, sendo que esta foi uma obrigatoriedade para a realização da próxima fase de análise. Desta maneira, as fases de codificação detalhada inicial, criação das unidades de significado, subcategorias e categorias foram analisadas por cada pesquisador antes do início de uma próxima fase⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Participaram deste estudo seis famílias com os membros escolhidos pela pessoa idosa na pré-entrevista, identificados no genograma, e considerados por ela como sua família atual. Os demais familiares presentes no genograma não foram

considerados família pela pessoa idosa por motivos pessoais como distanciamento, abandono ou descaso com os cuidados diretos com a pessoa idosa.

A partir da análise dos dados surgiram as seguintes categorias:

Categoria 1: A família respeitando as suas tomadas de decisão

O morar sozinho é uma opção da pessoa idosa e da família, e depende da capacidade da pessoa idosa em manter sua independência e autonomia. A família reconhece estas capacidades e necessidades como fatores importantes na manutenção do morar sozinho.

As famílias reconhecem as capacidades da pessoa idosa em tomar decisões e realizar as atividades de vida diárias. Mesmo necessitando de auxílio em muitas atividades, a família respeita a necessidade e vontade da pessoa idosa em continuar a morar sozinha. Foi comum o relato de limitações físicas relacionadas à idade e sequelas de doenças crônicas, mas estas não parecem ser limitantes no processo de adaptação familiar.

Categoria 2: A família se organizando ao processo de morar sozinho após os 80 anos

Mesmo antes do idoso morar sozinho, as famílias já estavam preparadas para que ele tivesse a possibilidade de manter uma vida independente. Estratégias como a proximidade dos filhos da residência do idoso, possuir um imóvel próprio ou ter um membro da família disposto a participar deste processo de transição foram utilizadas pelas famílias entrevistadas.

A presença do filho cuidador é um fato constante nas famílias entrevistadas. Os auxílios às atividades vão desde as atividades de deslocamento para locais mais distantes, como viagens e visitas ao médico, como em questões burocráticas e financeiras, trazendo também a sensação de segurança para a pessoa idosa.

O processo de morar sozinho faz com que alguns filhos se aproximem mais da pessoa idosa e outros se afastem ou esperem que a presença seja solicitada, não havendo um acordo entre os familiares sobre quem será responsável pelo auxílio à pessoa idosa que passa a morar sozinha. Desta forma, parece ser um processo espontâneo da família. Os familiares cuidadores assumem o cuidado direto, mas mantém a comunicação com os demais membros da família, dividindo a responsabilidade das decisões.

Ter um membro idoso morando sozinho gera na família a preocupação quanto ao risco de violência, quedas e necessidade de auxílio nas atividades de vida diária. O idoso reconhece a vontade da família em tê-lo morando com os filhos, mas prefere permanecer sozinho para manter a sua autonomia.

Categoria 3: A família vivenciando a liberdade do morar sozinho.

A família é descrita pelos idosos entrevistados como um motivo de alegria, companhia e segurança. A segurança de ter alguém próximo e sempre disposto a atender às necessidades quando chamado, é descrita pelos entrevistados como relevante. Ter a família próxima também proporciona a possibilidade de manter a autonomia.

Para as pessoas idosas entrevistadas, o morar sozinho proporciona a liberdade de tomada de decisão. A família respeita

a decisão do idoso e auxilia no processo de morar sozinho. O discurso de não “dar trabalho” e atrapalhar a família é visto como uma estratégia para manter a liberdade de tomada de decisões longe da influência dos filhos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o significado atribuído à família pela pessoa idosa segue os preceitos do Interacionismo Simbólico, construído por meio das interações humanas. O significado surge da interação social. Assim, o significado dado à família pela pessoa idosa surge por meio da relação familiar dela com as pessoas com quem interage, ou seja, os laços consanguíneos trazem o significado de familiar. Entretanto, a maior proximidade e a qualidade nas relações auxiliam na construção do significado de família⁽¹²⁾.

A família é caracterizada pelos aspectos fundamentais de afeto, compromisso, presença, e auxílio à sobrevivência (segurança, alimentação e manutenção do lar), além do desenvolvimento afetivo, cognitivo e social e os sentimentos de sentir-se cuidado, amado e aceito, o que pode justificar a diferenciação de familiares e família pelos idosos. Os sistemas familiares não são determinados por sua estrutura ou papel social, mas por sua dinâmica relacional organizada em torno de significados compartilhados, nos quais residem os problemas vivenciados⁽¹³⁾.

A facilidade de poder ter uma residência própria, a proximidade dos filhos, e possuir um membro da família morando com a pessoa idosa durante o processo de viuvez, são aspectos descritos em literatura que facilitam a escolha do morar sozinho. Os resultados deste estudo permitiram observar esta realidade e outro ponto, que foi o processo gradual do morar sozinho, com a permanência de um filho solteiro ainda morando com a pessoa idosa pós o processo de viuvez⁽³⁾.

A presença do filho cuidador, descrita em literatura como o familiar de contato mais próximo com o membro idoso, foi identificada em todas as famílias entrevistadas. A relação entre o cuidado e o significado de família estão muito próximas para as pessoas idosas entrevistadas. Elas identificaram como família apenas os familiares que mantinham um apoio familiar concreto, baseado em atos de assistencialismo⁽¹⁴⁾.

Tendo em vista o paradigma da necessidade de prestação de cuidados a seus membros e a introdução da mulher no mercado de trabalho, a família necessita de mudanças sociais para a preservação e reconhecimento do cuidado⁽¹⁵⁾. Dentre essas mudanças, podemos citar as recomendações da Organização Internacional do Trabalho, 2009, com destaque da recomendação do reconhecimento do trabalho do cuidador familiar e a corresponsabilidade do Estado neste cuidado. Também podemos citar a orientação da desconstrução do papel da mulher como cuidadora e responsável pelos trabalhos domésticos e do homem como trabalhador ideal, revendo os papéis de maternidade e paternidade⁽¹⁶⁾.

Os ajustes à nova vida independente depois da viuvez e a possibilidade de mudança de *status* familiar, numa recusa a desistir de alguns papéis sociais agregados a poder na família, podem ser fatores conflitantes na relação familiar. A mudança na função familiar característica da mulher, de cuidadora para a posição de cuidada, pode gerar mudanças no *Self* da pessoa idosa⁽¹⁷⁾.

A mudança nos papéis familiares leva a uma reflexão sobre o Eu e o mim que constituem o *Self*, ou seja, na forma como me identifico como pessoa na família e como identifico a visão dos familiares sobre mim⁽¹⁸⁾. O processo de deixar de cumprir o papel de cuidadora e passar a ser cuidada pelos filhos, numa inversão de papéis, pode gerar conflitos familiares⁽¹⁹⁾.

A capacidade de resiliência apresentada pelas famílias é um fator importante na manutenção da boa relação familiar e saúde mental, podendo interferir na longevidade da pessoa idosa. Famílias mais resilientes apresentam melhor capacidade de adaptação às mudanças apresentadas pelo ciclo vital, tanto físicas como a presença de doenças crônicas incapacitantes e também as mentais relacionadas ao afastamento, depressão e isolamento⁽²⁰⁻²²⁾.

Em todas as famílias entrevistadas ocorreu o movimento de comunicação entre cuidador principal e os demais familiares, com o objetivo de dividir a responsabilidade da tomada de decisões. Mesmo aqueles mais afastados ou com relações mínimas com os demais familiares, são comunicados quanto às condições de saúde e financeiras do membro familiar idoso cuidado pelo cuidador principal.

O símbolo utilizado para descrever o que se pensa, observa e imagina é chamado de linguagem e tem o objetivo de expressar a realidade social. A comunicação com o uso da palavra, gestos e comportamentos nos diálogos apresenta significados originados nas relações sociais e familiares, construídos nas interações e que passam a serem considerados como símbolos quando adicionados a um sentido⁽¹³⁾.

Os medos apresentados pelos familiares entrevistados dizem com a realidade vivida pelos idosos no Brasil, onde se convive com medo de violências, quedas, dificuldade no acesso à assistência médica e hospitais, e escassas atividades de lazer. Tais fatores, somados à desinformação sobre o processo de envelhecimento, ao preconceito e desrespeito contra a pessoa idosa são preocupantes. Além disso, há precariedade de investimentos e recursos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, tanto no que diz respeito à quantidade quanto à qualidade da assistência⁽²³⁻²⁵⁾.

Embora o membro idoso tenha sido avaliado por profissionais de saúde (o profissional médico foi citado nas entrevistas) como impossibilitado de permanecer morando sozinho pela necessidade de cuidados, as famílias se mostram resistentes em cumprir a orientação e desenvolvem estratégias para garantir que ele permaneça morando sozinho. Assim, a família reconhece a necessidade de cuidado e impossibilidade do morar sozinho, mas resignifica este conceito possibilitando uma nova visão do cuidar.

O conceito novo paradigmático da intersubjetividade pode ser utilizado para descrever como ocorre a influência do profissional de saúde nas relações familiares dentro de uma visão sistêmica, onde o profissional interage com a família fazendo parte do sistema, e não como mero observador. Sendo assim, a opinião médica altera o funcionamento familiar e força a busca da adaptação à nova realidade imposta por ela, mantendo o conceito de instabilidade do sistema familiar.

O apoio social e material dos filhos adultos é um fato esperado pelos pais no processo de envelhecimento. Embora a

maioria dos idosos prefira morar com seus filhos, a população de idosos morando sozinho é crescente no mundo e no Brasil. Os laços de afeição e a obrigatoriedade social da família em apoiar seus membros são fatos esperados pelas pessoas idosas, não só de seus filhos, mas também dos genros e amigos. O apoio familiar na melhoria do bem-estar é fator essencial para o envelhecimento saudável⁽²⁶⁾.

Segundo Catão (2014), a construção do significado de envelhecimento como uma fase produtiva do ciclo vital, e de que todos os seres humanos, independentemente da idade, têm um papel ativo socialmente e um espaço a ser respeitado, deve acontecer desde a infância. A ação para a formação de um novo significado social para o envelhecimento deve objetivar a criação de uma cultura baseada no desenvolvimento humano. Este processo é contínuo, e o envelhecimento está associado a projetos de construção, ao trabalho, à inclusão à cidadania, ao convívio com as diferenças e à humanização de si e do outro⁽²⁷⁾.

O morar sozinho trouxe para as famílias a sensação da liberdade de escolhas, de manutenção do espaço pessoal, de decidir sobre sua própria vida. Neste processo, os significados criados pelas famílias possibilitaram a criação de estratégias que ultrapassaram as limitações e dependências, tornando o processo de envelhecimento um fato real, porém com necessidades e cuidados muito próximos a qualquer outra fase do ciclo vital.

Segundo Bauman (2014), a liberdade depende de duas condições sociais distintas e diferencia o ser livre do não ser livre, assim como o mal e o bem, a percepção de ser livre implica na existência de uma forma de dependência da qual se espera fugir. O significado dado para a liberdade é fruto das relações sociais e depende de nossas histórias. Assim, o envelhecimento traz a possibilidade da dependência e do isolamento social, e de deixar de ser reconhecido como parte da sociedade⁽²⁸⁾.

A sensação de liberdade é intensificada quando a pessoa idosa se sente parte integrante de um grupo, com possibilidade de manter-se em convívio social, familiar, participar de atividades de lazer, conviver com pessoas ativas e da mesma idade, reduzindo a solidão, levando à vontade de viver e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida⁽²⁹⁾. A participação em grupos de convivência para idosos ou encontros comunitários favorece estas atividades⁽³⁰⁾.

A limitação deste estudo está no fato de não terem sido encontradas famílias com uma pessoa

idosa de sexo masculino morando sozinha, o que limita a reflexão sobre a questão de gênero, morar sozinho e família. Ampliar a discussão para a questão de gênero talvez descreva novas formas de adaptação familiar aos cuidados com pessoas idosas morando sozinhas e novas visões e significados sobre a dinâmica familiar nesta situação específica.

Diante dos resultados apresentados, fica evidente que a atenção de Enfermagem à saúde da família deve estar pautada na compreensão dos significados e crenças apresentados pela realidade social familiar. Isto significa romper com preconceitos e propostas prontas, auxiliando na formulação de estratégias pautadas na parceria e cuidado integral à família. O conceito de família como um sistema que interage entre si e com a sociedade, onde o individual é fruto da construção e interação do todo com a finalidade do bem-estar comum, deve ser considerado na formulação de propostas de cuidado em saúde da família.

O enfoque sistêmico auxilia na avaliação detalhada do grupo familiar e formação de parcerias com a família. O profissional de saúde pode atuar na proposta de intervenções e criação de estratégias conjuntas de melhoria da qualidade de vida da família, onde ela também percebe a aplicação de suas próprias soluções para o enfrentamento dos problemas dentro dos significados de sua realidade social.

No trabalho com famílias, a Enfermagem deve repensar suas atitudes frente aos modelos tradicionais e biomédico de cuidado, rever conceitos e abordar uma dimensão amplificada do conceito de família e cuidado. A pessoa deve ser entendida como ser individual e coletivo, participante ativa de uma sociedade onde devem ser respeitados os seus significados, sua liberdade de ação e tomada de decisão em sua vida e no cuidado com ela.

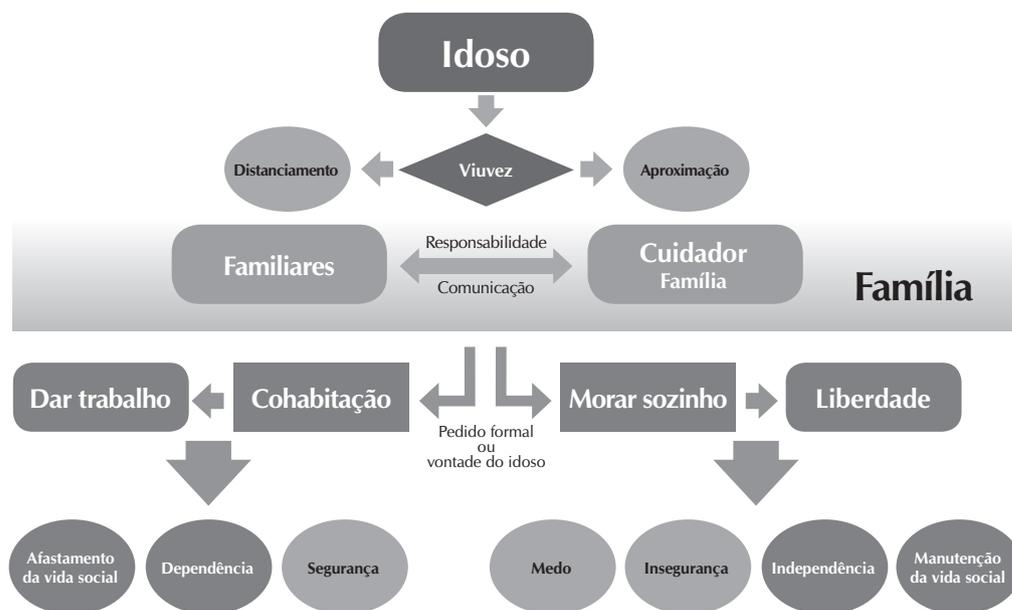


Figura 1 – Diagrama da família frente a realidade do idoso de morar sozinho

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pode-se identificar que a possibilidade de morar sozinho é facilitada pelo preparo da família durante seu ciclo vital familiar. Este processo tem início após a viuvez e afastamento dos filhos pelo casamento. As famílias elegem um membro como o cuidador familiar para a pessoa idosa. O processo ocorre espontaneamente e sem a presença de um acordo formal entre os familiares, seguido pelo afastamento dos demais familiares. A família se preocupa com o risco de violência e acidentes que podem ocorrer com a pessoa idosa morando sozinha e reconhecem a necessidade, muitas vezes descrita por profissionais de saúde, da pessoa idosa morar com os familiares. Porém, a família respeita a decisão

da pessoa idosa em morar sozinha e cria estratégias para a sua manutenção.

A possibilidade de poder morar sozinho traz a sensação de liberdade para a pessoa idosa e seus familiares, pois garante a manutenção não só de seu espaço físico, com suas lembranças e vínculos com a comunidade, mas também seu espaço social e reconhecimento como parte integrante da sociedade. Neste processo, são essenciais as estratégias de cuidado e elaboração de políticas de saúde baseadas na visão de envelhecimento como parte integrante do processo familiar e família como um sistema complexo e instável, além da atuação profissional em uma relação de intersubjetividade e o entendimento dos significados criados pelo sistema familiar dentro de sua interação social.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. UN. World Population Ageing 2013. United Nations Publ. 2013.
2. Moraes E. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. OPAS[Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 24];1:98. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
3. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev Bras Estud Popul[Internet]. 2011[cited 2014 Sep 24]; 28:217-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2000/2060: Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000/2030. IBGE: 2013.
5. Ors Montenegro A, Maciá Soler L. Social dependency in old age: poor training, pension and housing. Enferm Glob[Internet]. 2013[cited 2015 Jun 10];12(4):147-63. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/157241>
6. Ness TM, Student D, Hellzen OVE, Enmarker I. Struggling for independence: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations. Int J Qual Stud Health Well-being[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 10];9(1):1-8. Available from: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/23088/32352>
7. Batista AS, Jacooud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e Dependência: desafios para a Organização da Proteção Social Envelhecimento e Dependência. Coleção da Previd Social. 2008.
8. Câmara RH. Content analysis: from theory to practice in social research applied to organizations. Gerais Rev Interinst Psicol. 2011;6(2):179-91.
9. Östlund U, Bäckström B, Saveman B, Lindh V, Sundin K. A Family Systems Nursing Approach for Families Following a Stroke: Family Health Conversations. J Fam Nurs[Internet]. 2016[cited 2016 Nov 10];22(2):148-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27090511>
10. Rebar CR, Gersch CJ, Macnee CL, McCabe S. Understanding Nursing Research: using research in Evidence-Based Practice. 3.ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Valadão Jr VM. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Rev Adm Contemp[Internet]. 2004[cited 2015 Nov 28];8(2):243-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v8n2/v8n2a16.pdf>
12. Carvalho VD de, Borges LDO, Rêgo DP do. Symbolic Interactionism: origins, assumptions and contributions to social psychology studies. Psicol: Ciênc Prof. 2010;30:146-61.
13. Dias MO. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. Gestão e Desenvol[Internet]. Universidade Católica Portuguesa. Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais; 2011[cited 2015 Sep 5];19. Available from: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9176>
14. Almeida L, Azevedo RC de S, Reiners AAO, Sudré MRS. Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the Family Health Strategy. Texto Contexto Enferm[Internet]. 2012[cited 2015 Sep 16];21(3):543-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a08.pdf
15. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc Estado. 2012;27(1):165-80.
16. Organização Internacional do Trabalho. Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social. Brasília: OIT/PNUD; 2009. 150 p.
17. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRDS, Fabrício-Wehbe SCC. Transition of care for the elderly after

- cerebrovascular accidents – from hospital to the home. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2016 Nov 10];21(spe):216-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/27.pdf>
18. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective e method*. Univ Califórnia; 1969.
 19. Cabote CJ, Bramble M, McCann D. Family Caregivers' experiences of caring for a relative with Younger Onset Dementia: a qualitative systematic review. *J Fam Nurs*[Internet]. 2015[cited 2016 Nov 10];21(3):443–68. Available from: <http://jfn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1074840715573870>
 20. Bahreman M, Rai A, Alikhani M, Mohammadi S, Shahebrahimi K, Janjani P. Relationship between family functioning and mental health considering the mediating role of resiliency in type 2 diabetes mellitus patients. *Glob J Health Sci*[Internet]. 2014[cited 2015 Jun 10];7(3). Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/40674>
 21. Petrowski K, Brähler E, Zenger M. The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample. *Health Qual Life Outcomes*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 10];12(1):95. Available from: <http://www.hqlo.com/content/12/1/95>
 22. Law J, Richmond RL, Kay-Lambkin F. The contribution of personality to longevity: Findings from the Australian Centenarian Study. *Arch Gerontol Geriatr*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 10];59(3):528-35. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494314001009>
 23. Castro AP, Guilam MCR, Sousa ESS, Marcondes WB. Violence in old age: the issue addressed in indexed national journals. *Cienc Saude Colet*[Internet]. 2013[cited 2015 Sep 7];18(5):1283-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/13.pdf>
 24. Crandall CJ, LaMonte MJ, Snively BM, LeBoff MS, Cauley JA, Lewis CE et al. Physical functioning among women aged 80 years and older with previous fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*[Internet]. 2016[cited 2016 Nov 10];71 (Suppl 1):S31-S41 Available from: http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/71/Suppl_1/S31.long
 25. Ganong LH, Coleman M, Benson JJ, Snyder-Rivas LA, Stowe JD, Porter EJ. An Intervention to Help Older Adults Maintain Independence Safely. *J Fam Nurs*[Internet]. 2013[cited 2016 Nov 10];19(2):146-70. Available from: <http://jfn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1074840712471900>
 26. Chen Y-J, Chen C-Y. Living arrangement preferences of elderly people in Taiwan as affected by family resources and social participation. *J Fam Hist*. 2012. 37(4):381-94.
 27. Catão MFFM, Grisi AFM. Life project and work as matter of exclusion/inclusion of the elderly person. *Estud Psicol*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 10];31(2):215-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v31n2/a07v31n2.pdf>
 28. Bauman Z. *Liberdade*. São Paulo: Editora Academia Cristã; 2014. 165 p.
 29. Shin SH, Sok SR. A comparison of the factors influencing life satisfaction between Korean older people living with family and living alone. *Int Nurs Rev*[Internet]. 2012[cited 2016 Nov 10];59(2):252-8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-7657.2011.00946.x>
 30. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB, et al. Elderly's perceptions of living groups: study in the city of Cajazeiras-PB. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 10];17(1):39-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00039.pdf>
-