



## Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil

Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle

Etienne Larissa Duim Negrini<sup>1</sup>  
Carla Ferreira do Nascimento<sup>1</sup>  
Alexandre da Silva<sup>1</sup>  
José Leopoldo Ferreira Antunes<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** avaliar a prevalência de idosos morando sozinhos no Brasil, segundo condições de saúde, comportamento e características sociodemográficas. **Método:** dados de 11.967 indivíduos (60 anos ou mais) foram obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2013). Morar sozinho foi definido por residir em domicílios unipessoais. A prevalência de indivíduos que moram sozinhos foi estratificada por condições sociodemográficas e regiões geográficas. Morar sozinho também foi avaliado como fator para resultados sobre funcionalidade física, comportamento e condições de saúde. Modelos de regressão de Poisson avaliaram razões de prevalência e intervalos de confiança (95%). **Resultados:** no Brasil, 15,3% das pessoas (60 anos ou mais) moram sozinhas. Essa condição foi ainda mais prevalente em regiões de renda mais elevada; mas foram mais afetados os indivíduos de baixa renda. Houve maior prevalência entre mulheres e pessoas com 75 anos ou mais. Morar sozinho foi associado a dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária (razão de prevalência 1,15; intervalo de confiança de 95% 1,04-1,28); ao relato de alguma doença durante as duas semanas anteriores (RP=1,35; IC95%=1,16-1,57); assistir televisão (cinco ou mais horas diárias) (RP=1,40; IC95%=1,26-1,56) e quedas no último ano (RP=1,35; IC95%=1,10-1,66). Indivíduos idosos que moram sozinhos também relataram piores hábitos alimentares, menor consumo de carne, feijão e saladas do que seus colegas que moram acompanhados. **Conclusão:** os idosos que vivem sozinhos no Brasil apresentam pior estado de saúde e hábitos relacionados à saúde. Esses achados são desafiadores e devem impulsionar políticas sociais e de saúde para o atendimento das maiores necessidades dos adultos que envelhecem sozinhos.

**Palavras-chave:** Habitação. Disparidades nos Níveis de Saúde. Epidemiologia.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Programa de pós-graduação em Epidemiologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Número do edital: 301968/2014-4, Bolsa de produtividade.

Correspondência  
José Leopoldo Ferreira Antunes  
leopoldo@usp.br

## Abstract

*Objective:* to assess the prevalence of elderly persons living alone in Brazil, based on covariates of health status, behavior and socio-demographic characteristics. *Method:* data from 11,967 individuals (aged 60 or over) were obtained from the National Health Survey (Brazil, 2013). Living alone was defined as residing in a one-person household. The prevalence of individuals living alone was stratified by socio-demographic conditions and geographic region. Living alone was also assessed as a factor for outcomes of physical functioning, behavior and health conditions. Poisson regression models were used to evaluate the prevalence ratios and a 95% confidence interval was applied. *Results:* in Brazil, 15.3% of people aged 60 years and over live alone. This condition is more prevalent in higher income regions; however, more lower-income individuals were affected. Prevalence was higher among women and individuals aged 75 years or more. Living alone was associated with difficulties in instrumental activities of daily living (prevalence ratio 1.15; 95% confidence interval 1.04-1.28); the reporting of an illness in the two prior to the study (PR=1.35; 95%CI=1.16-1.57); watching television (five or more hours daily) (PR=1.40; 95%CI=1.26-1.56) and falls in the previous year (PR=1.35; 95%CI=1.10-1.66). Elderly persons living alone also had worse eating habits, with a less frequent intake of meat, beans and salads than their counterparts who lived with others. *Conclusion:* elderly persons living alone in Brazil have a worse health status and health-related habits. These findings represent a challenge and should motivate social and health policies aimed at fulfilling the greater needs of adults who grow old alone.

**Keywords:** Housing.  
Health Status Disparities.  
Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

O Brasil, como outros países de renda média, está passando por um processo acelerado de envelhecimento populacional nas últimas décadas. Essa transição está diretamente relacionada à diminuição da mortalidade infantil e de crianças ao longo do século XX. Também está relacionado ao declínio da fertilidade e ao aumento da expectativa de vida após a década de 1950<sup>1</sup>.

Os domicílios em que os idosos residem fornecem o primeiro núcleo de interação e apoio social, influenciando, assim, seu acesso a bens e recursos. As más condições de habitação e a desorganização das famílias foram relatadas como contribuindo para o risco e a progressão de incapacidade<sup>2</sup>. À medida que novos paradigmas relacionados ao envelhecimento surgiram, o grande número de idosos que moram sozinhos foi considerado uma das mudanças mais significativas nas sociedades contemporâneas<sup>3</sup>.

Este estudo foi motivado pela percepção de que mudanças nos arranjos domiciliares acompanharam o processo acelerado de envelhecimento na sociedade brasileira. Projeções populacionais estimam que a proporção de pessoas idosas em 2050 seja maior no

Brasil do que no mundo<sup>4</sup>. Apesar dessa observação, o país ainda caminha lentamente para proporcionar proteção social efetiva na velhice.

A organização familiar é dinâmica e os arranjos domiciliares mudaram com o tempo, em consonância com a mudança social. Um crescente contingente de pessoas idosas optou ou foi induzido a morarem sozinhas. O aumento da longevidade e o declínio histórico da fecundidade, que caracterizam a transição demográfica, foram acompanhados por novos padrões de comportamento, novos arranjos de vida e prolongada viuvez sem parentesco. Essas mudanças geraram um grande número de adultos idosos com poucos ou sem parentes próximos; a proporção de domicílios familiares unipessoais aumentou no contexto brasileiro desde a década de 1970<sup>5</sup>.

Envelhecer morando sozinho (definido por viver em residências unipessoais), sem o apoio de um parentesco próximo, pode associar-se de maneiras diferentes a vários desfechos de saúde, inclusive a morte<sup>6</sup>. A solidão e a falta de redes pessoais foram relatadas como associadas ao risco de mortalidade em estudos de grande porte e seguimento longitudinal<sup>7-10</sup>. De qualquer forma, a perspectiva de arranjos domiciliares para idosos no Brasil é desconhecida,

pois esse tema tem sido pouco estudado, o que impede uma clara descrição de suas necessidades e potencial demanda por serviços de saúde e apoio social<sup>3,11</sup>.

Este estudo teve como objetivo descrever quem são os idosos que moram sozinhos no Brasil e como vivem, em relação às características específicas de seu perfil de saúde.

## MÉTODOS

### População e desenho do estudo

Este estudo transversal avaliou as informações coletadas pela Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2013. Uma amostra probabilística foi projetada especificamente para permitir inferência estatística para todo o país e cada uma de suas cinco regiões. A amostra foi estratificada por agrupamentos em três estágios: setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios e indivíduos. Informações mais abrangentes sobre ponderação, tamanho e delineamento da amostra foram relatadas anteriormente<sup>12</sup>.

Um total de 64.308 indivíduos com 18 anos ou mais foi entrevistado entre agosto e novembro de 2013, correspondendo a uma taxa de resposta de 86%. Questionários foram aplicados em visitas domiciliares por entrevistadores especialmente treinados. Este estudo considerou exclusivamente informações relacionadas a indivíduos com 60 anos ou mais de idade (N=11.967). A pesquisa observou diretrizes internacionais sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram um termo de consentimento e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa aprovou o projeto em junho de 2013 (nº 10853812.7.0000.0008).

### Variáveis

Este estudo avaliou a prevalência de idosos morando sozinhos, definida pela proporção de indivíduos com 60 anos ou mais de idade residentes em domicílios unipessoais. Essa foi a principal variável do estudo.

O Brasil tem cinco regiões geográficas: as regiões Norte e Nordeste são as mais pobres, com produto interno bruto per capita próximo à metade das demais regiões.

Informações sociodemográficas foram coletadas (sexo, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade e renda per capita). A classificação da raça/cor da pele observou padrões utilizados nos censos realizados no Brasil, com informações autorreferidas nas seguintes categorias: branca (descendência europeia), preta (afrodescendente), parda (descendência mista), amarela (descendência asiática) e Ameríndia. Para idosos no Brasil, menos de quatro anos de educação formal representa escolaridade insuficiente; oito anos corresponde ao ensino fundamental completo; onze anos corresponde ao ensino secundário completo; quatorze anos representa o ensino universitário. A renda foi classificada por tercís, de acordo com uma escala de equivalência da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que divide a renda familiar pela raiz quadrada do número de residentes no domicílio<sup>13</sup>.

Para informar sobre as condições de saúde, o entrevistador perguntou se um médico já havia diagnosticado hipertensão, diabetes, colesterol elevado, doença coronariana, derrame, asma, artrite ou reumatismo, problemas na coluna, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, depressão, outras doenças mentais, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, insuficiência renal e outras doenças crônicas. As respostas foram agrupadas de acordo com o número de doenças relatadas. A prevalência de perda auditiva e incapacidade física (paralisia, amputação, deformidade, deficiência motora, ostomia e nanismo) também foram registradas. A variável "doença nas últimas duas semanas" foi avaliada perguntando se naquele período o informante deixara de realizar alguma de suas atividades habituais por motivos de saúde.

O questionário incluiu informações sobre incapacidades funcionais dos idosos. As atividades básicas da vida diária compreendem a capacidade de se alimentar, tomar banho, usar o banheiro, vestir-se, caminhar dentro de casa, levantar-se da cama e de cadeiras<sup>14</sup>. As atividades instrumentais da vida diária

compreendem a capacidade de comprar alimentos, cuidar de dinheiro, ir ao médico, tomar remédios, usar o transporte<sup>15</sup>. Cada uma dessas atividades foi avaliada com as seguintes opções: (i) sem dificuldade, (ii) dificuldade pequena, (iii) grande dificuldade e (iv) impossibilidade. As respostas foram classificadas de forma dicotômica como nenhuma dificuldade [opção (i)] ou qualquer dificuldade (demais opções), como sugerido por Espelt et al.<sup>16</sup>. O questionário também registrou o uso de bengala, a ocorrência de quedas no último ano e a participação em atividades sociais organizadas por grupos comunitários ou religiosos, clubes, centros de convivência de idosos e outros.

As características comportamentais incluíram indicadores de padrão alimentar (consumo diário de feijão e salada, e consumo de carne cinco ou mais vezes por semana) e o hábito de assistir à televisão por cinco ou mais horas por dia.

### Análise estatística

A distribuição dos idosos foi descrita de acordo com as variáveis de interesse; a associação entre essas variáveis foi analisada. A prevalência de indivíduos que moram sozinhos foi avaliada como desfecho de acordo com a região geográfica e os fatores sócio-demográficos da análise. A prevalência de idosos vivendo em domicílios unipessoais foi considerada um fator para a avaliação de desfechos relacionados a condições de saúde, incapacidades funcionais e comportamentos.

Modelos de regressão de Poisson foram utilizados para avaliar as razões de prevalência e

seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Intervalos de confiança que englobam valores maiores que um indicam que o grupo de comparação teve prevalência maior que a referência. O inverso ocorre quando os intervalos de confiança abrangem valores menores que um. Complementarmente, a ausência de associação estatisticamente significativa é concluída quando o intervalo de confiança engloba a unidade.

Todas as análises foram realizadas no Stata 14 (College Station, TX, EUA, 2015), considerando o desenho amostral complexo e os pesos amostrais.

## RESULTADOS

A proporção de idosos morando sozinhos no Brasil foi de 15,3% (14,4%-16,2%, intervalo de confiança de 95%) em 2013. Essa proporção variou geograficamente, com a porção mais rica do país (regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste) apresentando valores mais elevados que as regiões mais pobres (Norte e Nordeste) (Tabela 1).

A prevalência de idosos morando em domicílios unipessoais foi 29% maior em mulheres que em homens. Essa condição também foi mais prevalente entre pessoas mais idosas, afetando quase um em cada cinco indivíduos com 75 ou mais anos de idade ( $p < 0,001$ ). Não foi observada diferença significativa entre os estratos de raça/cor da pele e níveis de educação. No entanto, a avaliação da distribuição de renda mostrou uma proporção significativamente maior de indivíduos vivendo sozinhos para o tercil mais pobre (Tabela 2).

**Tabela 1.** Quem são eles? Prevalência de idosos que moram sozinhos em cada região geográfica (Brasil, 2013). (N=11.967).

Região geográfica	Prevalência	RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>	p
Sudeste	15,9	1,00		
Sul	17,8	1,12	0,97-1,30	0,132
Centro-Oeste	15,4	0,97	0,82-1,14	0,721
Norte	11,9	0,75	0,60-0,94	0,013
Nordeste	13,3	0,84	0,73-0,97	0,017

<sup>1</sup>Razão de prevalências; <sup>2</sup>Intervalo de confiança 95%.

**Tabela 2.** Quem são eles? Prevalência de idosos que moram sozinhos de acordo com características sociodemográficas (Brasil, 2013). (N=11.967).

Características sociodemográficas	Prevalência	RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>	<i>p</i>
<b>Gênero</b>				
Feminino	17,0	1,29	1,14-1,45	<0,001
Masculino	13,2	1,00		
<b>Idade</b>				
60-64	11,5	1,00		
65-69	15,3	1,33	1,13-1,57	0,001
70-74	15,5	1,35	1,13-1,62	0,001
75 ou mais	20,0	1,75	1,49-2,04	<0,001
<b>Raça/cor da pele</b>				
Branca	15,6	1,00		
Parda	14,9	0,95	0,84-1,07	0,428
Preta	15,2	0,97	0,78-1,20	0,775
Amarela	14,5	0,93	0,55-1,55	0,768
Ameríndia	16,2	1,04	0,51-2,09	0,923
<b>Anos de estudo</b>				
0-3	15,2	1,00		
4-7	14,7	0,96	0,84-1,11	0,620
8-10	16,9	1,11	0,92-1,34	0,268
11-13	15,3	1,00	0,83-1,21	0,970
14 ou mais	15,5	1,01	0,83-1,25	0,889
<b>Renda</b>				
1o tercil	23,0	2,06	1,78-2,40	<0,001
2o tercil	11,8	1,06	0,90-1,25	0,488
3o tercil	11,1	1,00		

<sup>1</sup>Razão de prevalências; <sup>2</sup>Intervalo de confiança 95%.

A avaliação das condições de saúde revelou diferenças importantes entre os idosos que moram sozinhos e os que moram com parentes ou outros. A prevalência dos que se queixam de ter tido alguma doença nas duas semanas anteriores foi quase um terço maior no primeiro grupo do que no segundo (RP: 1,35; IC 95% 1,16-1,57). Não houve diferença significativa entre os dois grupos, quanto ao número de doenças crônicas, nem quanto à prevalência de doenças crônicas, exceto artrite ou reumatismo, com pior perfil para os que moram sozinhos (RP: 1,18; IC95% 1,03-1,36). Além disso, idosos que moram sozinhos apresentaram uma prevalência significativamente maior de perda auditiva (RP: 1,57; IC95%: 1,27-1,93) (Tabela 3).

No que tange à capacidade funcional, a prevalência de dificuldades nas atividades de vida diária (AVD) ( $p=0,211$ ) e o uso de bengala ( $p=0,155$ ) não diferiram significativamente entre idosos que moram sozinhos e os que moram com outros. No entanto, o primeiro grupo apresentou uma prevalência significativamente maior de dificuldades autorreferidas nas atividades instrumentais da vida diária (RP: 1,15; IC95%: 1,04-1,28) e quedas durante o período de 12 meses antes da coleta de dados (RP: 1,35; IC95%: 1,10-1,66) (Tabela 4).

A avaliação das características comportamentais retratou um melhor padrão alimentar para os idosos que moram acompanhados, em comparação com os que moram sozinhos. O primeiro grupo teve uma proporção significativamente maior de indivíduos

que comem feijão ( $p<0,001$ ) e salada ( $p=0,045$ ) diariamente, e carne cinco ou mais vezes por semana ( $p=0,019$ ). Quanto a assistir à televisão cinco ou mais

horas por dia, comportamento sedentário prejudicial, a prevalência foi 40% maior entre os que moram sozinhos (RP: 1,40; IC95%: 1,26-1,56) (Tabela 5).

**Tabela 3.** Como eles vivem? Prevalência de condições de saúde em idosos que moram sozinhos e que moram com outros (Brasil, 2013). (N=11.967).

Condições de saúde	Moram sozinhos	Moram com outros	RP <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>	p
Qualquer doença (últimas 2 semanas)	15,0	10,9	1,35	1,16-1,57	<0,001
Doenças crônicas One	24,0	26,0	0,92	0,85-1,01	0,076
Two or more	52,4	52,7	0,99	0,95-1,04	0,228
Hipertensão	49,1	51,5	0,95	0,89-1,02	0,164
Artrite ou reumatismo	18,9	16,0	1,18	1,03-1,36	0,021
Incapacidade física	3,4	3,5	0,97	0,68-1,39	0,872
Perda auditiva	11,6	7,4	1,57	1,27-1,93	<0,001

<sup>1</sup>Razão de prevalências; <sup>2</sup>Intervalo de confiança 95%.

**Tabela 4.** Como eles vivem? Prevalência de condições de funcionalidade física em idosos que moram sozinhos e que moram com outros (Brasil, 2013). (N=11.967).

Funcionalidade física	Moram sozinhos	Moram com outros	RP <sup>1</sup>	IC 95%	p
Dificuldades em ABVD <sup>2</sup>	16,7	15,3	1,10	0,95-1,26	0,211
Dificuldades em AIVD <sup>3</sup>	30,4	26,3	1,15	1,04-1,28	0,007
Sem atividades sociais	71,7	75,5	0,95	0,91-0,99	0,012
Queda (no último ano)	9,5	7,0	1,35	1,10-1,66	0,004
Uso de bengala	10,1	8,8	1,15	0,95-1,40	0,155

<sup>1</sup>Razão de prevalências; <sup>2</sup>Atividades básicas da vida diária; <sup>3</sup>Atividades instrumentais da vida diária.

**Tabela 5.** Como eles vivem? Prevalência de características comportamentais em idosos que moram sozinhos e que moram com outros (Brasil, 2013). (N=11.967).

Características comportamentais	Moram sozinhos	Moram com outros	RP <sup>1</sup>	IC 95%	p
Come feijão (todos os dias)	49,2	61,0	0,81	0,76-0,86	<0,001
Come salada (todos os dias)	37,3	40,9	0,91	0,83-0,99	0,045
Come carne (5 ou mais vezes por semana)	29,4	33,4	0,88	0,79-0,98	0,019
Televisão (5 ou mais horas por dia)	31,2	22,2	1,40	1,26-1,56	<0,001

<sup>1</sup>Razão de prevalências.

## DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo são ter mostrado que os idosos que moram sozinhos no Brasil são principalmente mulheres, pessoas mais pobres e mais idosas, morando nas regiões mais ricas do país e ter descrito que seus hábitos alimentares são piores, têm mais necessidades de saúde e comportamento sedentário.

## Quem são eles?

No Brasil, indivíduos de baixa renda estão optando ou sendo levados a viver sozinhos na velhice. Curiosamente, esta condição afeta principalmente as regiões geográficas mais ricas do país. O Sul e o Sudeste tiveram uma proporção maior de pessoas idosas vivendo em domicílios unipessoais do que as regiões brasileiras mais pobres. Essas regiões também

têm um índice de desenvolvimento humano mais alto, maior expectativa de vida e proporção de pessoas idosas. O estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, tem quase 18% de sua população com idade acima de 59 anos; enquanto os estados do norte (como Roraima e Amapá) têm piores índices socioeconômicos e apenas 8% dos idosos em sua população<sup>4</sup>.

As diferenças geográficas na transição demográfica e a conseqüente maior proporção de pessoas idosas na população refletem o processo histórico de como o território brasileiro foi ocupado durante ciclos econômicos subsequentes. As regiões brasileiras mais ricas receberam maior fluxo de imigração, tanto do exterior como de outros estados brasileiros, e fomentaram a industrialização e serviços urbanos<sup>17</sup>. Essas condições podem ter propiciado melhores condições para a seguridade social e aposentadoria, bem como oportunidades para os indivíduos mais velhos permanecerem no mercado de trabalho<sup>18</sup>. Não obstante a maior proporção de pessoas idosas que moram sozinhas nas regiões mais ricas, os resultados aqui relatados sugerem que os indivíduos em melhores condições socioeconômicas tentam evitar morar sozinhos, mesmo nas regiões mais ricas.

Foi também observado que as pessoas idosas do sexo feminino e com idade mais elevada são mais propensas a morarem sozinhos que suas respectivas contrapartes. A população idosa no Brasil é composta principalmente por mulheres; sua participação percentual tende ser ainda maior entre grupos de idade mais elevada<sup>1</sup>. O aumento da proporção de mulheres entre os idosos e a maior probabilidade de mulheres idosas morarem sozinhas não se restringem ao Brasil. Margolis e Verdery<sup>11</sup> obtiveram resultados análogos ao avaliar informações relativas aos Estados Unidos. Nos países europeus, a proporção de mulheres idosas que moram sozinhas também teve gradação socioeconômica, variando de 24% em Chipre a mais de 45% na Noruega, Finlândia e Dinamarca<sup>19</sup>.

### Como eles vivem?

Nota-se que a prevalência de doenças crônicas não diferiu significativamente entre idosos que moram sozinhos e os que moram acompanhados; o mesmo foi observado para incapacidade física, dificuldades

nas atividades básicas da vida diária e uso de bengala. Sixsmith et al.<sup>20</sup> afirmaram que morar sozinho pode ser uma oportunidade para o autoconhecimento e estreitar os laços sociais fora do ambiente doméstico. É reconfortante reconhecer que indivíduos idosos que moram sozinhos não estão sujeitos a um perfil mais pobre de condições severas. Morar sozinho pode ter aspectos atrativos, apesar de exigir alguma força e capacidade física. Deixar de atender a essa demanda pode colocá-los em desvantagem, acabando por sobrecarregar os serviços sociais com demandas por cuidados de longo prazo e apoio aos idosos.

Apesar da distribuição relativamente homogênea das doenças crônicas entre os que moram e os que não moram sozinhos, este estudo mostrou que os primeiros apresentaram pior perfil epidemiológico no que se refere a condições menos severas. Indivíduos que moram sozinhos queixaram-se em maior proporção por não ter tido atividades sociais e terem estado doentes durante as últimas duas semanas. Também apresentaram maior prevalência de perda auditiva, artrite ou reumatismo e dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária. Esses achados chamam a atenção para as maiores necessidades de saúde desse segmento populacional, o que deve ser considerado como um sinal de alerta para as autoridades de saúde.

Nos Estados Unidos, um estudo representativo em nível nacional sobre a população idosa, o Health and Retirement Study, 2015, também descreveu maior prevalência de incapacidades entre aqueles que moravam sozinhos, no que diz respeito às atividades instrumentais da vida diária<sup>2</sup>. Os autores interpretaram este achado como sendo devido ao fato de que um parceiro de convivência pode fornecer apoio para uma vida mais saudável e rica. Muitos idosos que moram sozinhos no Brasil, assim como nos EUA, podem não dispor de arranjos familiares funcionais. Para esses indivíduos, o sistema de saúde pode vir a ser demandado adicionalmente para atender suas maiores necessidades.

Os resultados desse estudo mostraram uma prevalência significativamente maior de perda auditiva em idosos que moram sozinhos. Estudos anteriores também relataram associação entre deficiência auditiva e isolamento social<sup>21-23</sup>. Uma interação complexa está envolvida nessa associação porque ambas as condições podem influenciar uma

à outra e refletem de alguma forma a dificuldade de comunicação. Esse achado reforça a necessidade de maior atenção a esse contingente populacional.

Os idosos que moram sozinhos apresentaram pior padrão alimentar quando comparados aos que vivem em coabitação. A sociedade brasileira passou por um processo de transição nutricional<sup>24</sup>, refletindo a inserção maciça de *junk food* no cardápio diário da população. Muitos estudos relatam o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento de uma alimentação mais tradicional, baseada em hortaliças e alimentos minimamente processados, como sendo uma característica comum da dinâmica alimentar brasileira<sup>25,26</sup>. O presente estudo sugere que essa transição já pode ter atingido a população idosa, afetando principalmente aqueles que moram sozinhos.

### Limitações e forças

Ter avaliado dados transversais - os quais não permitem inferir causalidade ou relações temporais entre fatores e desfechos - e ter se baseado no autorrelato dos participantes (não foram coletados dados de prontuários ou outros registros) são as

principais limitações deste estudo. Ter avaliado uma amostra de grande porte, especificamente projetada para ser representativa do país como um todo e de cada uma das suas cinco regiões geográficas, é um ponto forte deste estudo. Ter permitido a definição de metas específicas para o planejamento de serviços de saúde voltados para esse grupo populacional também é um ponto forte deste estudo.

### CONCLUSÃO

Este estudo descreveu a prevalência de idosos que moram sozinhos no Brasil, segundo características sociodemográficas e região geográfica de residência. Este estudo também descreveu a maior probabilidade de adultos idosos que moram sozinhos serem afetados por piores condições relativas ao estado de saúde, funcionalidade física e comportamento. As informações aqui relatadas são relevantes para a política e o planejamento de saúde. Buscar soluções para o declínio funcional na velhice é uma demanda contemporânea relevante para muitos países. Essa tarefa é ainda mais desafiadora no contexto da vida solitária. Estratégias de saúde devem considerar o fornecimento de serviços sociais adicionais para substituir para o apoio domiciliar ausente para os idosos solitários.

### REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. The new demographic paradigm. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(12):3446-7.
2. Henning-Smith C, Shippee T, Capistrant B. Later-life disability in environmental context: why living arrangements matter. *Gerontologist*. 2017;1-23.
3. Klinenberg E. Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *Am J Public Health*. 2016;106(5):786-7.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
5. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):139-51.
6. Ng KH. Future of family support: projected living arrangements and income sources of older people in Hong Kong up to 2030. *Australas J Ageing*. 2016;35(2):113-8.
7. Pimouguet C, Rizzuto D, Schön P, Shakersain B, Angleman S, Lagergren M, et al. Impact of living alone on institutionalization and mortality: a population-based longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2016;26(1):182-7.
8. Ellwardt L, van Tilburg T, Aartsen M, Wittek R, Steverink N. Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study. *PLoS ONE*. 2015;10(3):1-14.
9. Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *Am J Public Health*. 2013;103(11):2056-62.

10. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2013;110(15):5797-801.
11. Margolis R, Verdery AM. Older adults without close kin in the United States. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(4):688-93.
12. Souza Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Sampling design for the National Health Survey, Brazil 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):207-16.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. Social Policy Division. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Quality review of the OECD database on household incomes and poverty and the OECD earnings database. Part I. Paris: OECD; 2012.
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
16. Espelt A, Font-Ribera L, Rodriguez-Sanz M, Artazcoz L, Ferrando J, Plaza A, et al. Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *J Women's Health (Larchmt)*. 2010;19(5):927-33.
17. Villa SB. Os formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. *Observatorum*. 2012;4(12):2-26.
18. Maia AG, Sakamoto CS. The impacts of rapid demographic transition on family structure and income inequality in Brazil, 1981-2011. *Popul Stud (Camb)*. 2016;70(3):293-309.
19. Reher D, Requena M. Elderly women living alone in Spain: the importance of having children. *Eur J Ageing*. 2017;14(3):311-22.
20. Sixsmith J, Sixsmith A, Fänge AM, Naumann D, Kucsera C, Tomsone S, et al. Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. *Soc Sci Med*. 2014;106:1-9.
21. Mick P, Parfyonov M, Wittich W, Phillips N, Kathleen Pichora-Fuller M. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness: analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can Fam Physician*. 2018;64(1):33-41.
22. Pronk M, Deeg DJ, Kramer SE. Hearing status in older persons: a significant determinant of depression and loneliness? results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Am J Audiol*. 2013;22(2):316-20.
23. Sung YK, Li L, Blake C, Betz J, Lin FR. Association of hearing loss and loneliness in older adults. *J Aging Health*. 2016;28(6):979-94.
24. Conde WL, Monteiro CA. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(6):1617-22.
25. Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS ONE*. 2014;9(3):1-7.
26. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev*. 2013;14(Suppl 2):21-8.

Recebido: 29/05/2018

Revisado: 09/08/2018

Aprovado: 08/10/2018