

Pessoas idosas que moram sozinhas: análise de demanda para os serviços sociais e saúde

Older adults living alone: demand analysis for social and health services

Personas ancianas que viven solas: análisis de la demanda de servicios sociales y de salud

RESUMO

Objetivo: Analisar as condições sociais, demográficas, econômicas, de vida e saúde, de apoio social e cuidado de pessoas idosas que moram sozinhas. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa por meio de uma entrevista com questionário semiestruturado com idosos. Utilizou-se uma análise univariada a partir do teste qui-quadrado, de análise de correspondência múltipla e de *cluster* pelo procedimento não hierárquico. **Resultados:** Foram encontrados quatro principais agrupamentos de pessoas idosas que moram só, sendo eles: o primeiro, dos mais longevos com comorbidades respiratórias e que precisam de ajuda regularmente; o segundo, de idosos sem apoio a que recorrer; o terceiro, composto por homens com mais apoio; e o quarto, de mulheres mais independentes de apoio e cuidado. **Conclusão:** Esse diagnóstico da situação de pessoas idosas que vivem sozinhas evidencia um impacto direto e indireto nos serviços sociais e de saúde, subsidiando reformulações e implantações de políticas públicas de apoio e cuidado. **Descritores:** Idoso; Características de residência; Sistemas de apoio psicossocial; Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the social, demographic, economic, living, and health conditions, social support, and care of older adults who live alone. **Method:** Cross-sectional study with a quantitative approach using a semi-structured questionnaire interview with older adults. A univariate analysis was carried out with the chi-square test, multiple correspondence analysis and cluster analysis with a non-hierarchical procedure. **Results:** There was statistical significance among the variables sex ($p=0.013$), marital status ($p<0.001$), financial head of the household ($p<0.001$), contribution to family support ($p=0.038$), indebtedness ($p=0.034$), kidney disease ($p=0.009$), and all the social support and care variables ($p\leq 0.05$). Four groups were found in which longest-lived adults have comorbidities (pulmonary and respiratory disease) and need help regularly, older adults have no support, men have more support, and women are more independent of support and care. **Conclusion:** This diagnosis of the situation of older adults living alone supports the implementation of public support and care policies.

Descriptors: Aged; Residence characteristics; Psychosocial support systems; Comprehensive health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las condiciones sociodemográficas, económicas, de vida y de salud, de apoyo social y cuidado de las personas mayores que viven solas. **Método:** Estudio transversal, con enfoque cuantitativo, que utilizó entrevista con cuestionario semiestructurado aplicado a adultos mayores. Se utilizó un análisis univariante basado en la prueba de chi-cuadrado, análisis de correspondencia múltiple y análisis de clústeres mediante un procedimiento no jerárquico. **Resultados:** Se encontraron cuatro principales clústeres de personas mayores que viven solas, que son: el grupo de los más longevos con comorbilidades respiratorias y que necesitan de ayuda regularmente; el de las personas mayores que no tienen a quien les asista; el grupo de hombres que tienen más apoyo; y el de las mujeres independientes de apoyo y atención. **Conclusión:** Este diagnóstico de la situación de los ancianos que viven solos muestra un impacto directo e indirecto en los servicios sociales y de salud, lo que apunta a la necesidad de reformulaciones e implementaciones de políticas públicas de apoyo y cuidado. **Descritores:** Anciano; Características de la residencia; Sistemas de apoyo psicossocial; Atención integral en salud.

Denise Frutuoso Lopes Soler¹
ID 0000-0003-1375-9529

**Maria de Lourdes Sperli
Geraldos Santos¹**
ID 0000-0001-6110-619X

**Natália Sperli Geraldos Marin
dos Santos Sasaki¹**
ID 0000-0002-8627-9713

Camila Garcel Pancote²
ID 0000-0002-8823-675X

Marília Cristina Prado Louvison³
ID 0000-0003-1630-3463

Antonio Caldeira Da Silva²
ID 0000-0002-8622-4982

Amena Alcântara Ferraz²
ID 0000-0002-0150-8733

Elisa Coelho Monteiro⁴
ID 0000-0001-8728-244X

Alexandre Kalache⁴
ID 0000-0002-3203-0568

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto – SP, Brasil

²União das Faculdades dos Grande Lagos (Unilago), São José do Rio Preto – SP, Brasil

³Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), São Paulo – SP, Brasil

⁴Centro Internacional de Longevidade-Brasil (ILC), Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Autor correspondente:
Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki
E-mail: nsperli@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população mundial experimenta um crescente e importante fenômeno caracterizado pela acentuada queda da mortalidade e da fecundidade, que tem acarretado mudanças significativas no ritmo do crescimento da população, tendo por consequência o processo de envelhecimento populacional e o contínuo aumento da longevidade⁽¹⁾. A revolução da longevidade acontece em um cenário de mudanças constantes, pautado por uma interação entre risco e oportunidade⁽²⁾, contribuindo para a vulnerabilidade social dessa população, além de afetar seu bem-estar, aposentadoria, renda, discriminação, isolamento social e familiar e deficiência de políticas públicas para suporte. Esses fatores influenciam as relações sociais e, conseqüentemente, intensificam o estado de vulnerabilidade e fragilidade das pessoas idosas⁽²⁻³⁾.

Nesse contexto, o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida do brasileiro vem acontecendo de forma tão acelerada que se depara com a falta de planejamento para essa nova realidade, seja no âmbito familiar, social ou político, interferindo na proteção social efetiva das pessoas idosas. Essa situação vem acompanhada por novos padrões de comportamento e arranjos de vida e, muitas vezes, por viuvez sem parentesco, separação, entre outras condições que desestabilizam a funcionalidade familiar, interferindo positiva ou negativamente na estrutura de vida e de cuidado da pessoa idosa⁽⁴⁻⁶⁾. Assim, é importante que se compreenda o envelhecimento como um processo heterogêneo que sofre influência profunda das condições sociais, implicando na intensidade da vulnerabilidade social dessa população. Ressalta-se, ainda, que se destacam, entre os fatores que fragilizam os idosos, os arranjos domiciliares, sendo apontados inclusive como aspecto de qualidade de vida⁽⁷⁻⁸⁾. Entende-se por arranjo domiciliar a forma como as pessoas se organizam em um mesmo espaço físico (domicílio)⁽⁸⁾. É importante ressaltar que nem sempre as decisões quanto ao tipo de arranjo domiciliar adotado são exclusivamente dela ou da família, pois dependem de fatores socioculturais, políticos e até

econômicos, contribuindo, assim, para uma qualidade de vida boa ou ruim⁽⁷⁻⁸⁾. Durante o processo de envelhecimento, as famílias desempenham importante papel em relação ao suporte social, para que possam viver esse período de suas vidas com qualidade e melhores condições físicas e sociais. A literatura mostra que deficiências no convívio e no suporte familiar podem impactar negativamente a funcionalidade e harmonia da família, assim como o processo de envelhecimento⁽⁹⁻¹⁰⁾. São três os tipos de arranjos mais comuns: monoparental, casal sem filhos e unipessoal⁽¹¹⁾.

No Brasil, 15,3% das pessoas idosas moram sozinhas, principalmente nas regiões mais ricas, sendo mais comum entre mulheres, mais velhos (maiores de 75 anos) e mais pobres⁽⁴⁾. A família é considerada a principal forma de apoio à pessoa idosa, tendo impacto significativo na qualidade de vida e podendo causar mudanças positivas ou negativas para a saúde e o bem-estar de pessoas idosas⁽¹²⁻¹³⁾. Arranjos unipessoais promovem uma maior autonomia, independência e tranquilidade⁽¹²⁾; porém, podem ocasionar declínio funcional, pela falta de auxílio para suas necessidades de cuidado e atividades diárias, ou, por outro lado, podem melhorar o desempenho funcional, considerando que pode ser uma característica fundamental para viver só⁽¹⁴⁾. Além disso, a solidão e o replanejamento da renda mensal são fatores negativos que acompanham esse tipo de moradia^(4,12-13,15). Outro aspecto relevante para aqueles que vivem sozinhos é a ampliação da rede de apoio, como vizinhança, amigos e organizações sociais, e do apego à espiritualidade que acaba dando suporte emocional, repercutindo na saúde física e mental⁽¹²⁾.

Diante do exposto, a hipótese deste estudo é que pessoas idosas que moram sozinhas são mulheres, com idade superior a 75 anos, com maiores dificuldades financeiras, fragilizadas sem rede de apoio e mais adoecidas, impactando diretamente na demanda dos serviços de apoio e cuidado. Este estudo tem por objetivo analisar as condições sociais, demográficas, econômicas, de vida e saúde, de apoio social e de cuidado de pessoas idosas que moram sozinhas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de agosto de 2019 a março de 2020. Faz parte de um projeto, intitulado “São José do Rio Preto: Cidade Para Todas As Idades”, em parceria com Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR) e com a instituição de ensino superior privada do interior paulista União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago).

O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, localizado a 451 km da capital São Paulo. Conta com uma população, estimada em 2019, de 460.671 habitantes, sendo que 79.452 desses habitantes têm 60 anos ou mais, ou seja, 17,2% de idosos. O município está no Grupo 1 do estado de São Paulo (grupo de elite), com bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade⁽¹⁶⁾. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,797 em 2013 e o Índice Firjan de Desenvolvimento Social Municipal (IFDM), referente ao ano base 2018, de 0,8753, que classifica São José do Rio Preto em 9º lugar entre os municípios paulistas e em 14º lugar no Brasil (<http://www.firjan.org.br/ifdm/consulta-ao-indice>).

Foi realizada uma entrevista por meio de um questionário semiestruturado constituído por cinco blocos, divididos em questionários e escalas construídos com base em inquéritos de idosos já existentes⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. São eles: Bloco A (identificação e condições socioeconômicas); Bloco B (saúde mental: estado mental, depressão e memória); Bloco C (condições, hábitos e uso de serviços de saúde); Bloco D (capacidade funcional e rede de proteção social); e Bloco E (condições do ambiente físico e social). O questionário foi adaptado a um aplicativo (Censo Rio Preto), desenvolvido por uma empresa contratada pela equipe ILC-BR, instalado no celular de cada entrevistador, otimizando o tempo da pesquisa de 60 minutos à duração de aproximadamente 40 minutos.

Os critérios de inclusão utilizados foram todos os indivíduos acima de 60 anos, de ambos os gêneros e que atingiram o escore mínimo

pelo Miniexame do Estado Mental, seguindo a classificação de Brucki et al., que considera sem déficit cognitivo os escores de acordo com a escolaridade (analfabetos = ≥ 17 ; 1 a 4 anos de escolaridade = ≥ 22 ; 5 a 8 anos de escolaridade = ≥ 24 ; e 9 ou mais anos de escolaridade = ≥ 26)⁽²⁰⁾. Não houve critérios de exclusão.

As variáveis incluídas neste estudo foram condições socioeconômicas e demográficas: faixa etária, gênero, situação conjugal, raça/cor, anos de instrução, situação de emprego, tipo de trabalho, aposentado, responsável financeiro da família, contribui com o sustento da família, proprietário da residência, dinheiro o suficiente para cobrir as despesas, endividado; condições de vida e saúde: comorbidades (doença do coração, hipertensão arterial sistêmica – HAS, diabetes mellitus – DM, acidente vascular cerebral – AVC, doença renal, câncer, artrite ou reumatismo, doença pulmonar e doença de Parkinson), queda no último ano, quantas vezes caiu, ingestão de bebida alcoólica e uso de medicamentos; apoio social e cuidado: precisa de ajuda regularmente, conta com alguém para ajudar nas atividades de vida diária, tem família e amigos próximos disponíveis para cuidar da casa e das compras, tem alguém caso necessite de dinheiro ou objeto emprestado, consegue ajudar outras pessoas quando solicitado e cuida ou ajuda a cuidar de algum idoso. Como variável de interesse, foi considerado o idoso que mora sozinho. As variáveis foram dicotômicas (sim e não).

Participaram da pesquisa 618 pessoas idosas identificadas preliminarmente pelo cadastro municipal, com quantitativo selecionado de forma aleatória a partir das regiões do município (divisão territorial em dez regiões), idade (entre 60 e 69 anos, entre 70 e 79 anos e com 80 anos ou mais) e gênero (masculino e feminino), incluindo entrevistas de pessoas idosas sorteadas, complementadas por procura espontânea a partir de divulgação da pesquisa nas regiões. Inicialmente, foi realizado um cálculo amostral levando em consideração essas particularidades. A estratégia utilizada para o recrutamento foi alterada, devido às dificuldades relacionadas à atualização cadastral ou recusas por insegurança e em função da

pandemia. No mês de março de 2020, houve a paralisação das entrevistas devido à pandemia de covid-19 com a imposição de isolamento social pelos órgãos competentes do município, em decorrência da decisão do Governo Estadual de São Paulo.

As entrevistas foram domiciliares ou realizadas em locais previamente definidos, como equipamentos públicos da área de saúde ou da assistência social, que fossem acessíveis e com os quais as pessoas idosas estivessem familiarizadas, considerando as especificidades de cada território. Dessa forma, a abordagem foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros esportivos, centro de convivência de idosos, igrejas e/ou o próprio domicílio. Foi mantido o critério da amostra inicial, por faixa etária e gênero, nas diferentes regiões. Após a apresentação dos avaliadores, seguida da explicação do motivo da entrevista e de sua contribuição para obter dados, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que o indivíduo e o avaliador assinavam, e, só então, iniciava-se a entrevista.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas, iniciando pela univariada, por meio de estatística descritiva com uso de frequência e teste do qui-quadrado de Pearson e Fisher, quando necessário, sendo considerado como significância estatística um $p \leq 0,05$ ⁽²¹⁾. Posteriormente, foi feita uma análise multivariada, por meio da análise de correspondência múltipla (ACM) representada por um gráfico bidimensional, demonstrando a inter-relação

entre as variáveis categóricas. Depois, foi realizada uma análise de *cluster*, pelo procedimento não hierárquico (*K-means*) que classifica as variáveis de acordo com uma definição prévia do número de agrupamentos⁽²²⁾. Foram incluídas as variáveis com $p \leq 0,10$. Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel® e os testes realizados no programa SPSS versão 20.0 e Minitab.

O estudo atende aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12, sendo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Unilago sob Parecer n. 3.429.122 e CAAE: 16552319.0.0000.5489.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição das características entre sociais, econômicas, demográficas e de condições de vida e saúde dos idosos que moram só. Observa-se que, dos 618 idosos entrevistados, 24,8% moram sozinhos. Houve significância estatística entre as variáveis gênero ($p=0,013$), situação conjugal ($p<0,001$), responsável financeiro da família ($p<0,001$), contribui com o sustento da família ($p=0,038$), endividado ($p=0,034$), Doença renal ($p=0,009$). Entre as pessoas idosas que vivem sozinhas no município, 71,2% são mulheres, 94,1% sem companheiros, 96,1% são responsáveis financeiro da família, 1,3% contribuem com o sustento da família, 34,0% estão endividados e 5,2% têm doença renal (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociais, econômicas, demográficas e de condições de vida e saúde, segundo moradia do idoso. São José do Rio Preto, SP, 2020

Variáveis (n=618)		Mora sozinho				Valor-p	Total	
		Não		Sim			N	%
		N	%	N	%			
Gênero	Masculino	182	39,1	44	28,8	226	36,6	
	Feminino	283	60,9	109	71,2			392
Faixa etária	60 a 75 anos	348	74,8	105	68,6	453	73,3	
	> 75 anos	117	25,2	48	31,4			165

(Continua)

Variáveis (n=618)		Mora sozinho				Valor-p	Total	
		Não		Sim			N	%
		N	%	N	%			
Situação conjugal	Com companheiro	296	63,7	9	5,9	<0,001*	305	49,4
	Sem companheiro	169	36,3	144	94,1		313	50,6
Cor	Branco	346	74,4	114	74,5	0,536*	460	74,4
	Outro	119	25,6	39	25,5		158	25,6
Anos de instrução	Nunca foi à escola ou não concluiu nenhum ano	43	9,2	13	8,5	0,961†	56	9,1
	Primeiro grau	292	62,8	97	63,4		389	62,9
	Segundo grau ou mais	130	28,0	43	28,1		173	28,0
Trabalha	Não	339	72,9	104	68,0	0,142*	443	71,7
	Sim	126	27,1	49	32,0		175	28,3
Tipo de trabalho	Voluntário	22	4,7	6	3,9	0,503†	28	4,5
	Esporádico	25	5,4	13	8,5		38	6,1
	Regular formal	38	8,2	11	7,2		49	7,9
	Regular informal	40	8,6	18	11,8		58	9,4
Aposentado	Não	124	26,7	40	26,1	0,495*	164	26,5
	Sim	341	73,3	113	73,9		454	73,5
Responsável financeiro da família	Não	222	47,7	6	3,9	<0,001*	228	36,9
	Sim	243	52,3	147	96,1		390	63,1
Contribui com o sustento da família	Não	53	11,4	4	2,6	0,038*	57	9,2
	Sim	165	35,5	2	1,3		167	27,0
Proprietário da residência	Não	89	19,1	29	19,0	0,484*	118	19,1
	Sim	372	80,0	117	76,5		489	79,1
Dinheiro suficiente para cobrir as despesas	Não	90	19,4	30	19,6	0,533*	120	19,4
	Sim	371	79,8	123	80,4		494	79,9
Endividado	Não	344	74,0	101	66,0	0,034*	445	72,0
	Sim	120	25,8	52	34,0		172	27,8
Doença Coração	Não	338	72,7	115	75,2	0,271*	453	73,3
	Sim	127	27,3	37	24,2		164	26,5
HAS	Não	178	38,3	64	41,8	0,258*	242	39,2
	Sim	285	61,3	89	58,2		374	60,5
AVC	Não	425	91,4	142	92,8	0,272*	567	91,7
	Sim	40	8,6	10	6,5		50	8,1
Doença renal	Não	407	87,5	144	94,1	0,009*	551	89,2
	Sim	56	12,0	8	5,2		64	10,4
Câncer	Não	419	90,1	143	93,5	0,136*	562	90,9
	Sim	46	9,9	10	6,5		56	9,1
Artrite ou reumatismo	Não	286	61,5	93	60,8	0,450*	379	61,3
	Sim	177	38,1	60	39,2		237	38,3

(Continua)

Variáveis (n=618)		Mora sozinho				Valor-p	Total	
		Não		Sim			N	%
		N	%	N	%			
Doença pulmonar	Não	421	90,5	145	94,8	0,087*	566	91,6
	Sim	42	9,0	8	5,2		50	8,1
Doença de Parkinson	Não	452	97,2	151	98,7	0,239*	603	97,6
	Sim	13	2,8	2	1,3		15	2,4
Queda no último ano	Não	332	71,4	107	69,9	0,401*	439	71,0
	Sim	133	28,6	46	30,1		179	29,0
Quantas vezes caiu	1	64	13,8	19	12,4	0,160†	83	13,4
	2	31	6,7	7	4,6		38	6,1
	3 ou mais	36	7,7	19	12,4		55	8,9
Consumo de bebida alcoólica	Não	349	75,1	112	73,2	0,361*	461	74,6
	Sim	116	24,9	41	26,8		157	25,4
Uso de Medicamentos	Não	59	12,7	20	13,1	0,499*	79	12,8
	Sim	406	87,3	133	86,9		539	87,2
Total		465	75,2	153	24,8		618	100,0

*teste Fisher; † qui-quadrado de Pearson

Fonte: Elaboração própria (2023)

A Tabela 2 mostra a distribuição de pessoas idosas que moram sozinhas e as variáveis sobre apoio social e cuidado. Houve significância estatística em todas as variáveis analisadas. Entre os que moram sozinhos: 17,6% precisam de ajuda regularmente; 37,9% não contam com alguém para ajudar nas atividades de vida de diária; 24,2%

não têm família e amigos próximos disponíveis para cuidar da casa e compras; 21,6% não têm a quem recorrer em momentos de aflição; 27,5 não contam com ajuda caso necessitem de dinheiro ou objeto emprestado; 13,7% não conseguem ajudar outras pessoas quando solicitado; e 16,3% cuidam ou ajudam a cuidar de algum idoso (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sobre apoio social e cuidado segundo idosos que moram só. São José do Rio Preto, SP, 2020

Variáveis		Mora sozinho				Valor-p	Total	
		Não		Sim			N	%
		N	%	N	%			
Precisa de ajuda regularmente	Não	346	74,4	126	82,4	0,027†	472	76,4
	Sim	119	25,6	27	17,6		146	23,6
Conta com alguém para ajudar nas atividades da vida diária	Não	140	30,1	58	37,9	0,046†	198	32,0
	Sim	325	69,9	95	62,1		420	68,0
Família e amigos próximos são disponíveis para cuidar da casa e compras*	Não	52	11,2	37	24,2	<0,001†	89	14,4
	Sim	410	88,2	116	75,8		526	85,1
Tem a quem recorrer nos momentos de aflição*	Não	45	9,7	33	21,6	0,001†	78	12,6
	Sim	418	89,9	119	77,8		537	86,9

(Continua)

Variáveis		Mora sozinho				Valor-p	Total	
		Não		Sim			N	%
		N	%	N	%			
Conta com ajuda caso necessite de dinheiro ou objeto emprestado	Não	67	14,4	42	27,5	109	17,6	
	Sim	394	84,7	111	72,5			505
Consegue ajudar outras pessoas quando solicitado*	Não	33	7,1	21	13,7	54	8,7	
	Sim	432	92,9	132	86,3			564
Cuida ou ajuda a cuidar de algum idoso*	Não	341	73,3	128	83,7	469	75,9	
	Sim	123	26,5	25	16,3			148
Total		465	75,2	153	24,8	618	100,0	

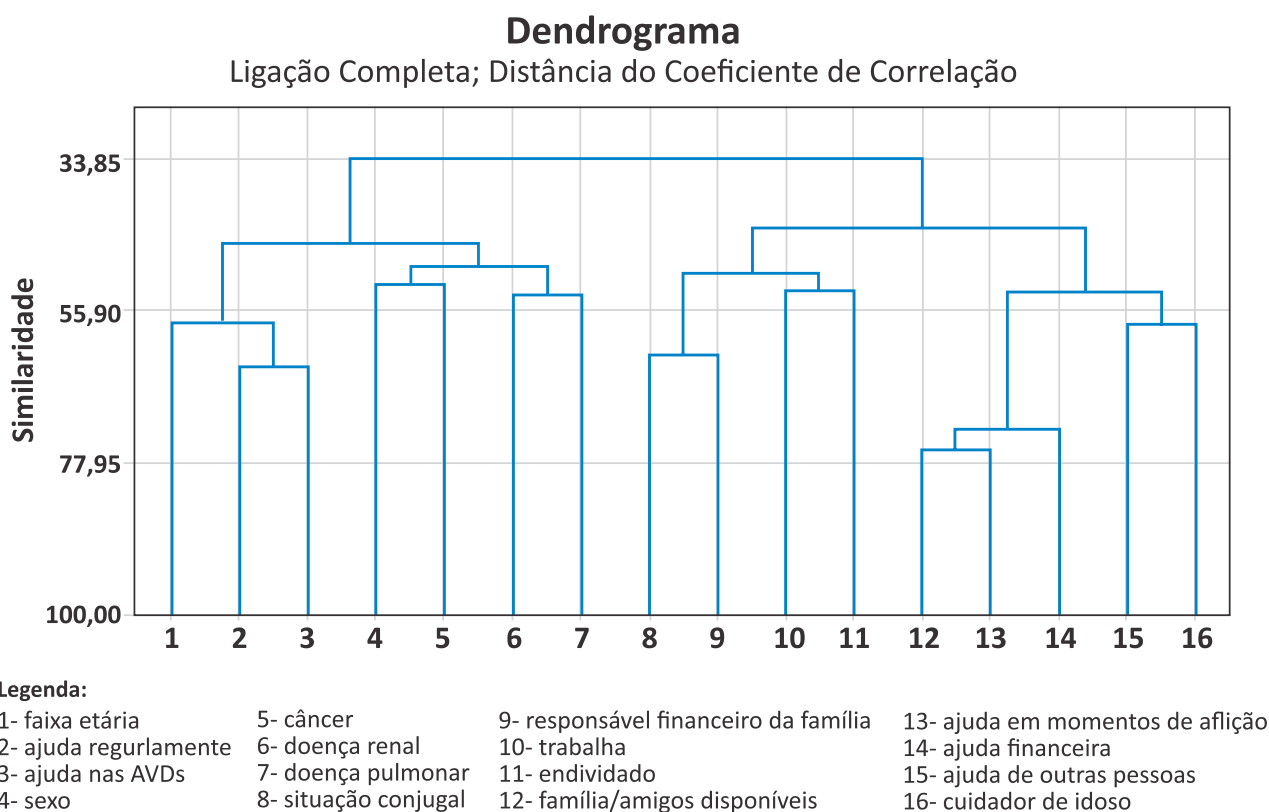
*exclusão das respostas: Não Sabe/não respondeu; † teste de Fisher; ‡qui-quadrado de Pearson

Fonte: Elaboração própria (2023)

A Figura 1 mostra o dendrograma com a participação final de quatro agrupamentos, com uma similaridade de aproximadamente 56%. O primeiro agrupamento é composto pelas variáveis faixa etária, precisa de ajuda regularmente, conta com alguém para ajudar nas atividades vida diária; o segundo inclui gênero, comorbidades (câncer, doença renal e doença pulmonar); o terceiro engloba situação

conjugal, responsável financeiro da família, trabalha e endividado; e o quarto é formado pelas variáveis família e amigos próximos são disponíveis para cuidar da casa e compras, tem a quem recorrer nos momentos de aflição, conta com ajuda caso necessite de dinheiro ou objeto emprestado, consegue ajudar outras pessoas quando solicitado, cuida ou ajuda a cuidar de alguma pessoa idosa.

Figura 1 - Dendrograma das variáveis selecionadas. São José do Rio Preto, SP, 2020

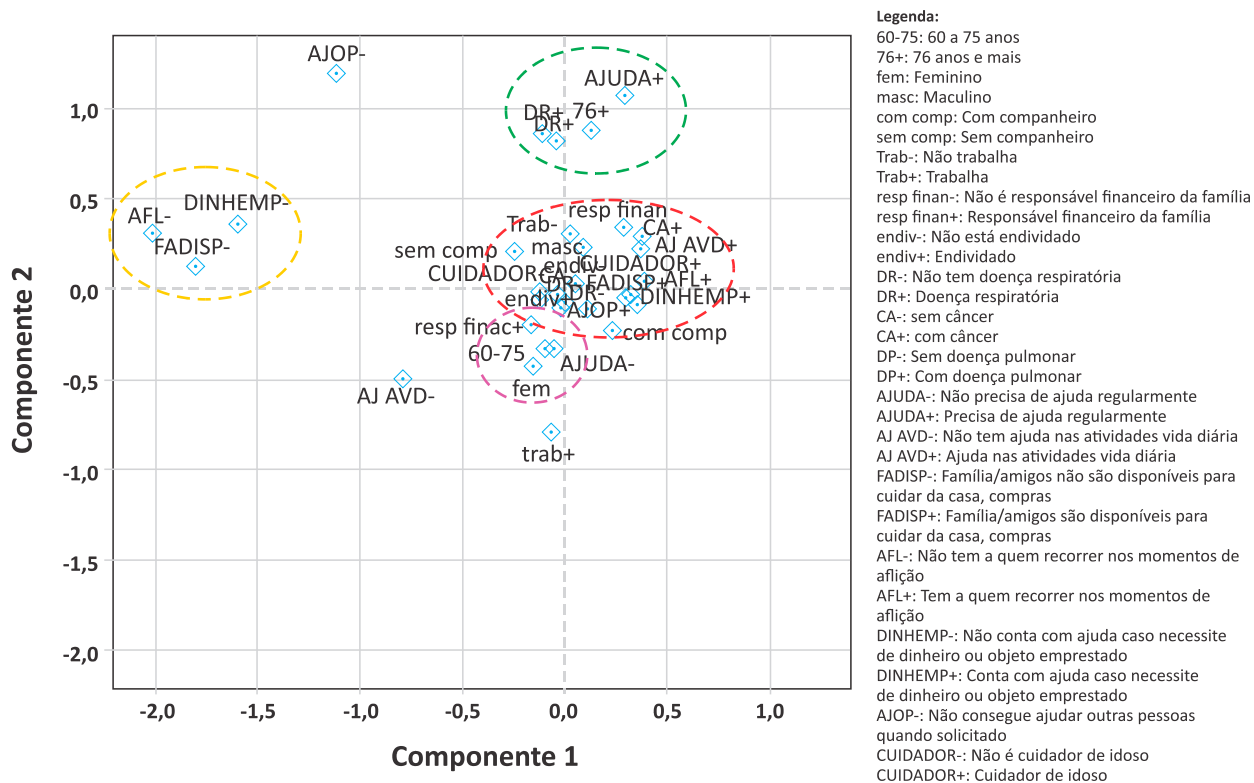


Fonte: Elaboração própria (2023)

A Figura 2 mostra um gráfico bidimensional das variáveis, observam-se quatro agrupamentos. O primeiro, identificado com a cor verde, corresponde aos idosos com 76 anos ou mais, com doença pulmonar e respiratória que precisam de ajuda regularmente. O segundo, na cor laranja, compreende os idosos que não têm a quem recorrer nos momentos de aflição, família e amigos próximos que não estão disponíveis para cuidar da casa e compras e não têm com quem contar caso necessite de dinheiro ou objeto emprestado. O terceiro, o maior agrupamento, representado com a cor vermelha, independentemente da

situação conjugal, se está endividado ou não, se cuida ou ajuda a cuidar de um idoso corresponde ao sexo masculino, que não trabalham, têm com quem contar caso necessite de dinheiro ou objeto emprestado, não é responsável financeiro da família, com câncer, têm ajuda nas atividades de vida diária, consegue ajudar outras pessoas quando solicitado e têm a quem recorrer em momentos de aflição. O último agrupamento, representado pela cor roxa, corresponde à faixa etária entre 60 e 75 anos, sexo feminino, responsável financeiro da família e que não precisam de ajuda regularmente.

Figura 2 - Distribuição bidimensional da Análise de Correspondência Múltipla das variáveis selecionadas. São José do Rio Preto, SP, 2020



Fonte: Elaboração própria (2023)

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que pessoas idosas que moram sozinhas apresentam maiores dificuldades para apoio e cuidado, principalmente os mais longevos com comorbidades, como doença pulmonar e respiratória. Os homens têm maior suporte, já as mulheres mais jovens são mais

autossuficientes. Esses resultados são importantes para um diagnóstico da população idosa, que vem crescendo gradativamente a cada ano e que necessita de políticas públicas pautadas nas principais necessidades de apoio e cuidado, para que os serviços de saúde e assistência social possam se estruturar para atender a demanda.

Este estudo teve como limitação a dificuldade de entrevistar pessoas idosas, principalmente no momento em que a pandemia de covid-19 se iniciava, já que, por conta do isolamento social, foi necessário interromper o estudo. Apesar disso, as características da população amostral equivalem às encontradas pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽²³⁾.

A proporção de pessoas idosas que vivem sozinhas neste estudo corrobora outros, em que a prevalência encontrada foi de 15,3% a 20,3%^(4-5,23) e, em regiões mais ricas, esse percentual foi maior, como 15,9% no Sudeste⁽⁴⁾. Mulheres também tiveram maiores percentuais^(7,9,23-24), sendo que essa população tem taxa de solidão 2,6 vezes maior que homens⁽²⁵⁾. Uma explicação para isso é que as mulheres vivem mais, com expectativa de vida de 81,25 anos⁽²⁴⁾.

Idades mais avançadas, acima de 75 anos, também foram encontradas na população que mora sozinha^(15,23). É importante lembrar que as incapacidades funcionais, o aumento da fragilidade e a dependência nas atividades de vida diária surgem com o avançar da idade, principalmente na população mais velha⁽²⁶⁾. Observa-se que a condição de morar sozinho não interferiu na presença de doenças crônicas^(4,25); porém, o fato de apresentar comorbidades pode contribuir para uma maior incapacidade funcional ou física que, associada a baixas condições financeiras e de escolaridade, pode representar um agravante para a condição de dependência dos serviços sociais e de saúde^(5,24). Além disso, a baixa escolaridade dificulta o acesso a cuidados de saúde e trabalho, tornando essa população ainda mais vulnerável⁽²⁷⁾. Neste estudo, observa-se que a presença de comorbidades foi correlacionada no agrupamento das pessoas com 75 anos ou mais, mostrando um impacto na vida diária desses indivíduos. Apesar disso, esse tipo de arranjo familiar demanda maiores cuidados, como capacidade funcional e física da pessoa idosa, principalmente entre aqueles com recursos escassos, o que gera uma demanda para os serviços de apoio e saúde que devem prever cuidados a longo prazo^(4,25), sendo as políticas voltadas para os serviços de apoio e saúde planejadas.

O ato de morar sozinho não significa abandono ou negligência para aqueles que têm recursos para subsistência, pode, inclusive, representar uma situação de autoconhecimento e autonomia para a criação de vínculos sociais na comunidade⁽²⁸⁾. Porém, o conhecimento de que as pessoas idosas com maiores dependências necessitam de maiores demandas de cuidado social e de saúde demonstra a necessidade de elaboração de políticas públicas com foco nesses indivíduos, demandando planejamento de linhas de cuidado específicas para essa população⁽²⁹⁾. Vale ressaltar que, apesar de morarem sós, um pequeno percentual de indivíduos referiu ter companheiro, representando um ponto positivo para a construção de rede de apoio que tem impacto na saúde⁽³⁰⁾. Entende-se por rede de apoio social as relações estabelecidas espontânea e mutuamente entre indivíduos que proporcionam bem-estar no âmbito individual e coletivo. Ela providencia ajuda material, afetiva, informativa e pode ser constituída por pessoas de fora ou dentro da família; porém, é nesta última em que o apoio geralmente acontece, principalmente nas questões financeiras, psicológicas e sociais^(15,25). Este estudo evidenciou mais apoio para homens, corroborando a literatura, a qual revela que homens têm rede de amigos e de familiares maiores que as mulheres, resultando em menores índices de isolamento social^(15,31). Outro achado importante é que as relações familiares de pessoas idosas vivendo sozinhas são fragilizadas, contribuindo para uma precária rede de apoio, o que deve ser levado em conta pelos serviços de apoio e cuidado para buscar formas de promover e constituir essas redes. Em locais em que as políticas públicas de assistência são insuficientes ou inexistentes, é importante considerar a coabitação, principalmente com familiar, já que, historicamente, representa um caráter protetor para a pessoa idosa⁽⁵⁾.

O predomínio de mulheres morando sozinha foi outro achado importante. A literatura revela que os homens estão mais expostos a fatores de risco à saúde, já que se cuidam menos e são mais dependentes de cuidado⁽³²⁻³³⁾. Já as mulheres são mais autossuficientes, pois culturalmente foram

ensinadas sobre o papel da mulher de cuidar da família, do trabalho, da casa, das crianças e dos mais velhos, refletindo na questão da tripla jornada de trabalho^(8,34-36).

Além disso, mulheres utilizam o trabalho como forma de seguirem ativas na sociedade, mantendo suas relações como uma forma de garantir o empoderamento na sociedade⁽³⁴⁾. Outro fato importante encontrado na literatura é que a renda está diretamente relacionada à escolaridade, sendo que mulheres mais escolarizadas têm maiores rendas; porém, quando comparada com os homens, existe uma diferença salarial, sendo menor entre as mulheres, revelando uma necessidade de mudança nessas políticas⁽³⁷⁾.

O envelhecimento ativo é compreendido como estilo de vida saudável, buscando qualidade por meio de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, que é fundamentado pela Década do Envelhecimento Saudável proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU). O termo ativo envolve o indivíduo saudável, bem sucedido, produtivo e positivo⁽³⁸⁻⁴¹⁾. A construção de políticas públicas assertivas voltadas para pessoas idosas deve ser pautada na concepção de quem são esses indivíduos, que vai além da definição proposta pela idade. É necessário levar em consideração suas características sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas, bem como suas experiências na utilização do território, tanto físico como dinâmico, na utilização de serviços e dos espaços, dando voz para essa população invisibilizada. Isso possibilita o conhecimento do processo de como a pessoa envelhece e as dificuldades vivenciadas^(39,42-44). A iniciativa da construção de cidades amigáveis a pessoas idosas surgiu em 2007, por meio do lançamento do Guia Global das Cidades Amigas da Pessoa Idosa, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de promover o envelhecimento ativo, e, atualmente, está difundida em diversos países que são adeptos da Rede Global de Cidades Amigáveis da Pessoa Idosa da OMS⁽¹⁷⁾. Esse modelo é complexo, dinâmico e multidimensional, exigindo uma abordagem

específica para a discussão e construção da política que envolve tanto os protagonistas, as pessoas idosas, como a sociedade civil e os setores públicos e privados. Devido a essa complexidade metodológica, a sua implantação enfrenta desafios, tanto nacionalmente como internacionalmente⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Por meio dessa perspectiva de cidades amigáveis, é necessário estabelecer e políticas que garantam maior autonomia e oportunidades para que ambientes possibilitem aos idosos continuar com sua rotina, garantindo qualidade de vida e maior participação e proteção, além de assegurar serviços qualificados para promover saúde, apoio social, educação ao longo da vida e garantia de renda para um envelhecimento ativo^(44,46).

Este estudo é resultado de uma parcela do diagnóstico realizado pela iniciativa do Projeto Cidade Amiga de Todas as Idades, realizada pelo município, que culminou na discussão e reformulação de políticas públicas em todos os setores governamentais, envolvendo tanto a sociedade civil e governantes como, e principalmente, os idosos, que tiveram participação ativa na inclusão do município na Rede Global da OMS.

CONCLUSÃO

Observou-se, com este estudo, que pessoas idosas morando sozinhas têm impacto direto e indireto nos serviços de saúde e assistência social, por apresentarem dificuldades para conseguir apoio e cuidado, pois os mais longevos têm mais comorbidades e precisam de ajuda regular, mulheres têm menos suporte para ajuda financeira, mesmo que as mais jovens sejam autossuficientes tanto no cuidado como financeiramente. A partir disso, políticas públicas voltadas para o apoio e cuidado podem ser planejadas e implementadas, visando garantir melhores condições de vida às pessoas idosas que moram sozinhas. Este estudo norteou o município para a reconstrução e replanejamento de políticas mais integradas e que proporcionam o envelhecimento ativo de todos que compartilham o território.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019_10KeyFindings.pdf
2. Kalache A. An education revolution in response to the longevity revolution. *Rev Bras Geriatr Gerontol (Online)*. 2019;22(4):e190213. DOI: [10.1590/1981-22562019022.190213](https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190213)
3. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol (Online)*. 2019;22(3):e180212. DOI: [10.1590/1981-22562019022.180212](https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212)
4. 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: [10.1590/1981-22562018021.180101](https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101)
5. Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):562-9. DOI: [10.1590/1981-22562018021.180081](https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081)
6. Schuck LM, Antoni CD. Resiliência e Vulnerabilidade nos sistemas ecológicos: Envelhecimento e políticas públicas. *Psicol Teor Pesqui*. 2018;34:e3442. DOI: [10.1590/0102.3772e3442](https://doi.org/10.1590/0102.3772e3442)
7. Rabelo DF, Rocha NMFD, Pinto JM. Arranjos de Moradia de Idosos: Associação com Indicadores Sociodemográficos e de Saúde. *Rev Subj*. 2020;20(Esp1):e8873. DOI: [10.5020/23590777.rs.v20iEsp1.e8873](https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iEsp1.e8873)
8. Bolina AF, Araújo MC, Haas VJ, Tavares DMS. Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3401. DOI: [10.1590/1518-8345.4051.3401](https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401)
9. Tomé A, Formiga N. Pensamentos e sentimentos sobre envelhecimento: um estudo das representações sociais em produtores rurais de Diamantino - MT. *Rev Psicol Divers Saúde*. 2021;10(1):26-36. DOI: [10.17267/2317-3394rpds.v10i1.3294](https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.3294)
10. Weissman JD, Russell D. Relationships Between Living Arrangements and Health Status Among Older Adults in the United States, 2009-2014: Findings From the National Health Interview Survey. *J Appl Gerontol*. 2018;37(1):7-25. DOI: doi.org/10.1177/0733464816655439
11. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Haas VJ. Impact of household arrangement on the development of the functional capacity of elderly. *REME Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1091. DOI: [10.5935/1415-2762.20180021](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180021)
12. Almeida PKP, Sena RMC, Pessoa Júnior JM, Dantas JLL, Trigueiro JG, Nascimento EGC. Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. *Rev Bras Geriatr Gerontol (Online)*. 2020;23(5):e200225. DOI: [10.1590/1981-22562020023.200225](https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200225)
13. Mota GMP, Cesário LC, Jesus ITM, Lorenzini E, Orlandi FS, Zazzetta MS. Arranjo familiar, apoio social e fragilidade em idosos da comunidade: estudo longitudinal com métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20210444. DOI: [10.1590/1980-265x-tce-2021-0444pt](https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0444pt)
14. Melo NCV, Teixeira KMD, Ferreira MAM, Silva NM. Consumo de bens e serviços por idosos nos arranjos domiciliares unipessoal e residindo com o cônjuge. *SER Soc (Online)*. 2018;20(42):112-30. DOI: [10.26512/ser_social.v20i42.13621](https://doi.org/10.26512/ser_social.v20i42.13621)
15. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Rev INFAD Psicol*. 2016;1(1):293-306. DOI: [10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279](https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279)
16. São José do Rio Preto (SP). Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico, Ciência, Tecnologia e Inovação. Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto. 37.ed. 2022. Disponível em: <https://www.riopreto.sp.gov.br/wp-content/uploads/arquivosPortalGOV/planejamento/conjuntura/CONJUNTURA-2022.pdf>
17. Organização Mundial da Saúde. Guia Global: Cidade Amiga Do Idoso. Rio de Janeiro: OMS; 2008. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/publicacao/guia-global-oms.pdf
18. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
19. Lima-Costa MF. Aging and public health: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2019;52(Suppl2):2s. DOI: [10.11606/S1518-8787.201805200supl2ap](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201805200supl2ap)
20. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3-B):777-81. DOI: [10.1590/S0004-282X2003000500014](https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014)
21. Assis SG, Gomes R, Pires TO. Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):43-51. DOI: [10.1590/S0034-8910.2014048004638](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004638)

22. Pereira IFS, Vale D, Bezerra MS, Lima KC, Roncalli AG, Lyra CO. Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(3):1091-102. DOI: [10.1590/1413-81232020253.01202018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01202018)
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população 2021. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado em 13 out 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>.
24. Daniele K, Marcucci M, Cattaneo C, Borghese NA, Zannini L. How Pre frail Older People Living Alone Perceive Information and Communications Technology and What They Would Ask a Robot for: Qualitative Study. *J Med Internet Res.* 2019;21(8):e13228. DOI: [10.2196/13228](https://doi.org/10.2196/13228)
25. Sant'Ana LAJ, D'Elboux MJ. Comparison of social support network and expectation of care among elderly persons with different home arrangements. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(3):e190012. DOI: [10.1590/1981-22562019022.190012](https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190012)
26. Medeiros APM, Viana LRC, Silva CRR, Ferreira GRS, Costa TF, Costa KNFM. Perception of elderly people who live alone about their conditions of life and health. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online).* 2021; 3:1242-8. DOI: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9336](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9336)
27. Tavares DMS, Oliveira NGN, Marchiori GF, Guimarães MSF, Santana LPM. Elderly individuals living by themselves: knowledge and measures to prevent the novel coronavirus. *Rev Latino-Am Enferm.* 2020;28:e3383. DOI: [10.1590/1518-8345.4675.3383](https://doi.org/10.1590/1518-8345.4675.3383)
28. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Estud Popul.* 2011;28(1):217-30 DOI: [10.1590/S0102-30982011000100012](https://doi.org/10.1590/S0102-30982011000100012)
29. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(Suppl2):e180020.supl.2. DOI: [10.1590/1980-549720180020.supl.2](https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2)
30. Freitas FFQ, Beleza CMF, Furtado IQCG, Fernandes ARK, Soares SM. Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl2):905-11. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0130](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0130)
31. Jesus DAS, Oliveira NGN, Oliveira NN, Bolina AF, Marchiori GF, Tavares DMS. Apoio social entre mulheres e homens idosos compreendido por meio da modelagem de equações estruturais. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl4):e20220188. DOI: [10.1590/0034-7167-2022-0188pt](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0188pt)
32. Kobayasi DY, Rodrigues PR, Fhon SJ, Silva LM, de Souza AC, Chayamiti CE. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Av Enferm.* 2019;37(2):140-8. DOI: [10.15446/av.enferm.v37n2.73044](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044)
33. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(4):1263-74. DOI: [10.1590/1413-81232014194.01242013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013)
34. Cepellos VM. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Rev Adm Empres.* 2021;61(2):e2019-0861. DOI: [10.1590/s0034-759020210208](https://doi.org/10.1590/s0034-759020210208)
35. Hirata H, Kergoat D. Atualidade da divisão sexual e centralidade do trabalho das mulheres. *Rev Pol Trab.* 2021;1(53):22-34. DOI: [10.22478/ufpb.1517-5901.2020v1n53.50869](https://doi.org/10.22478/ufpb.1517-5901.2020v1n53.50869)
36. José JN, Magni C, Santos KA. Narrativas de vida de mulheres idosas: a intersecção entre gênero e fator geracional. *Rev Kairós.* 2022;24(esp31):59-81. DOI: [10.23925/2176-901x.2021v24iespecial31p59-81](https://doi.org/10.23925/2176-901x.2021v24iespecial31p59-81)
37. Conte FA, Doll J, Vasconcelos MIG, Santos PS. A situação econômica da mulher idosa: dados de uma pesquisa no Rio Grande do Sul. *Rev Valore.* 2021;6(esp):38-58. DOI: [10.22408/revva602021101938-58](https://doi.org/10.22408/revva602021101938-58)
38. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro: ILC-Brasil; 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf
39. Chiarelli TM, Batistoni SST. Trajetória das Políticas Públicas Brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). *Rev Kairós.* 2022;25(1):93114. DOI: [10.23925/2176-901x.2022v25i1p93-114](https://doi.org/10.23925/2176-901x.2022v25i1p93-114)
40. Ivan L, Beu D, van Hoof J. Smart and Age-Friendly Cities in Romania: An Overview of Public Policy and Practice. *Int J Environ Res Public Health.* 2020, 17(14):5202. DOI: [10.3390/ijerph17145202](https://doi.org/10.3390/ijerph17145202)
41. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(11):e00173317. DOI: [10.1590/0102-311x00173317](https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317)
42. Cardoso E, Dietrich TP, Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. *Brazil J Polit Econ.* 2021;41(1):23-43. DOI: [10.1590/0101-31572021-3068](https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068)

43. Chung S, Kim M, Auh EYY, Park NSS. WHO's Global Age-Friendly Cities Guide: Its Implications of a Discussion on Social Exclusion among Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):8027. DOI: [10.3390/ijerph18158027](https://doi.org/10.3390/ijerph18158027)
44. Maciel TF, Moura LBA. Epistemological assumptions of age-friendly cities: a scoping review. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE00202. DOI: [10.37689/acta-ape/2023AR002022](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR002022)
45. van Hoof J, Marston HR, Kazak JK, Buffel T. Ten questions concerning age-friendly cities and communities and the built environment. *Building Environ*. 2021;199:107922. DOI: [10.1016/j.buildenv.2021.107922](https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2021.107922)
46. Tissot JT, Vergara LGL. Estratégias para prevenção de quedas no ambiente de moradia da pessoa idosa com foco no aging in place. *Ambient Constr*. 2023;23(3): 25-37. DOI: [10.1590/s1678-86212023000300674](https://doi.org/10.1590/s1678-86212023000300674)

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: DFLS, MLSGS, CGP, NSGMSS, MCPL, ACS, AAF, ECM, AK

Obtenção de dados: CGP, NSGMSS, MCPL, ACS, AAF, ECM

Análise e interpretação dos dados: DFLS, MLSGS, CGP, NSGMSS, MCPL, ACS, AAF, ECM, AK

Obtenção de financiamento: CGP, NSGMSS, MCPL, ACS, AAF, ECM, AK

Redação do manuscrito: DFLS, MLSGS, MCPL, ACS, AAF, AK

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: MLSGS, CGP, NSGMSS, MCPL, ACS, AAF, ECM, AK

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga – Editora Chefe

Kellen Rosa Coelho Sbampato – Editora Científica

Nota: Este trabalho é originado da dissertação de mestrado intitulada “Condições de vida, saúde, apoio social e cuidado de idosos que moram só”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp). Esta pesquisa é parte do projeto “São José do Rio Preto: cidade para todas as idades”, financiada pelo Conselho Municipal dos Direitos do Idoso por meio do Fundo Municipal do Idoso.

Recebido em: 05/05/2023

Aprovado em: 24/11/2023

Como citar este artigo:

Soler DFL, Santos MSLG, Sasaki NSGMS, et al. Pessoas idosas que moram só: análise de demanda para os serviços sociais e saúde. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2024;14:e5080. [Access _____]; Available in: _____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v14i0.5080>