



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

JÉSSICA BARRETO PEREIRA

**MORANDO DISTANTE DO CONTEXTO FAMILIAR NA VELHICE: violência con-
tra idosos ou opção de vida?**

CAJAZEIRAS – PB

2015

JÉSSICA BARRETO PEREIRA

MORANDO DISTANTE DO CONTEXTO FAMILIAR NA VELHICE: violência contra idosos ou opção de vida?

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus da cidade de Cajazeiras, sendo pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Anúbes Pereira de Castro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anúbes Pereira de Castro

CAJAZEIRAS – PB

2015

JÉSSICA BARRETO PEREIRA

**MORANDO DISTANTE DO CONTEXTO FAMILIAR NA VELHICE: violência
contra idosos ou opção de vida?**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus da cidade de Cajazeiras, sendo pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^a. D. Sc. Anúbes Pereira de Castro.

Monografia apresentada em 02/12/15

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof^a. Dr^a. Anúbes Pereira de Castro



1º examinador Prof^a. Dr^a. Aissa Romina Silva do Nascimento



2º examinador Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

P436m Pereira, Jéssica Barreto

Morando Distante do Contexto Familiar na Velhice: Violência
Contra Idosos ou Opção de Vida? / Jéssica Barreto Pereira. -
Cajazeiras: UFCG, 2015.

85f. il.

Bibliografia.

Orientador (a): Prof^a. D. Sc. Anúbes Pereira de Castro.

Monografia (Graduação) – UFCG.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, razão da minha existência, fonte do meu viver, quem me concede sabedoria e força no dia-a-dia. Por ter me dado coragem para prosseguir em busca de mais uma conquista, acrescentando, assim, ainda mais a minha paixão pelo o curso de Enfermagem.

Aos meus pais, por confiarem em mim e me darem esta oportunidade de concretizar e encerrar mais uma caminhada da minha vida. Sei que eles não mediram esforços para que eu me tornasse o que eu sou hoje e chegar até onde cheguei. Sem a compreensão, ajuda e confiança deles nada disso seria possível. A eles além da dedicatória de mais uma conquista dedico a minha vida. Dedico também a todos os idosos da pesquisa pelo ensino e carinho ofertados a mim.

A minha orientadora Anúbes Pereira de Castro pelo companheirismo e assistência, sempre me incentivando e me guiando para o caminho certo rumo à construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que apesar de tantas dificuldades nunca me fez desistir dos meus sonhos, às vezes as coisas só aconteciam para me testar, demonstrando que eu seria capaz de confiar e acreditar em seus ensinamentos, já que minha vida esta entregue em suas mãos, todos os meus sonhos seriam realizados segundo a sua vontade. Acredite Deus sempre nos surpreende, e nos dá provas suficientes para provar que tudo vai da certo, e até que já deu certo, basta apenas confiar e continuar. Saiba que ele está com você sempre e que se as coisas em sua vida não estão dando certo do jeito que esperou, vão da certo do jeito que Deus escreveu, o qual é PERFEITO!

Aos meus amados pais: Maria Aparecida Barreto Pereira e José Airton Pereira, que construíram esse sonho junto a mim, incentivando os meus estudos, lutaram e me passaram todos os ensinamentos, nunca mediram esforços para me proporcionar uma educação de qualidade. Obrigada por serem a base do meu caminho, o alicerce perfeito da minha vida, por todas as noites acordados em que zelaram pelos meus sonhos.

Obrigada meu pai, pelos dias de trabalho ao sol escaldante o qual o senhor vivenciou para que eu pudesse estudar, ter um futuro digno e ser a primeira pessoa de sua família a completar o ensino superior. Obrigada por ser esse homem honrado que zela por sua família de maneira tão exemplar, por todo amor dedicado a mim e por ser sempre o meu herói. Amo-te muito.

Obrigada minha mãe por todo amor e dedicação destinados a mim nesses 23 anos de minha vida, pois desde sua gestação eu já tinha a certeza que anjo mais perfeito na terra Deus não poderia ter me dado. Agradeço pelas noites acordada em que passou comigo, para que pudesse estudar as minhas provas, mesmo com sono a senhora me motiva a continuar. Obrigada por estar sempre ao meu lado na saúde e na doença, principalmente em todas atribuições que tivemos durante esses cinco anos e a senhora estava ali como rochedo para que eu não pudesse titubear, se eu caísse a senhora me levantava, sempre foi e sempre será você e eu. É o meu maior exemplo de amor ao próximo, meu maior exemplo de coração puro e nobre, pois sempre demonstrou que ajudar aos outros é divino, mesmo não tendo muito, a gente sempre deve ajudar a quem precisa, mesmo a outra pessoa não reconhecendo o que fazemos, sendo o mais importante fazer a sua parte. Eu te amo muito.

Aos meus avôs, Vovó Querubina Barreto dos Anjos e Vovô Zé Barreto, por todo carinho, dedicação e amor, vocês me ensinaram que a sabedoria, bondade, perdão e amor ao próximo são as maiores virtudes dos seres humanos, dessa forma o mundo seria bem melhor. Vovó a senhora é a mais forte, pura, bondosa e sábia mulher que conheço, sem a sua ajuda não teria chegado até aqui e sei que a minha vitória será mais um sonho seu realizado, devo muito do que sou à senhora. Obrigada por tudo e te amo muito.

A minha família paterna, Vovô Chiquinho e Vovó Lina, mesmo distantes estavam sempre presentes na minha vida, me ensinando que o bom humor era marca da família

Pereira. Vô lembro-me de todas suas piadas, mimos e cócegas, da tua alegria contagiante, do teu jeito de ser e levar a vida, mesmo sofrendo tanto no passado, o senhor nunca transpareceu isso, dessa forma é um ser único e iluminado, ensinou que devemos ser felizes com as coisas mais simples que a vida pode nos proporcionar. Muito Obrigada. Minhas tias e tios, por morarem distantes, não tiveram tanta convivência, porem foi possível sentir as boas energias e orações voltadas a mim, para que o sonho torna-se realidade.

Aos meus Padrinhos, Maria Lucia Barreto Gomes, Ana Paula Barreto Gomes e José Milson Gomes, agradeço por sempre torcerem e comemorarem comigo as minhas conquistas, por estarem sempre dispostos a me ajudar, assim como a minha prima Ana Lucia Gomes, mesmo distantes, também fazem parte dessa conquista.

A minha quase madrinha de crisma e tia do Coração, Maria Aparecida Freitas, desde sempre foi um anjo de luz que Deus colocou em meu caminho, sempre torcendo pelas minhas conquistas, comemorando as minhas vitórias e ajudando como pôde em minha formação. Muito obrigada por fazer parte de minha vida, a senhora sabe o tamanho do amor, respeito, carinho e admiração que tenho. É um ser de luz, enviado a terra para levar alegria por onde passa, conhecimento através de suas iluminadas ex/atual profissão, sempre tão admirada por todos os seus ex-alunos, é um exemplo de profissional que quero seguir na minha futura profissão. Amo-te muito.

A minha tia do coração, Edna Soraya, a senhora sabe o tamanho do amor e respeito que tenho por sua pessoa, é mais um anjo de luz colocado em minha vida, de coração límpido, nobre e bondoso, acolhendo-me em sua casa e fez de mim sua família, junto com Vovó Zefinha, neste último ano. Sei que meu amor por você não é só de hoje, mas desde pequena, aumentando a cada dia. Tia, obrigada por tudo que vens fazendo por mim, serei eternamente grata por sua torcida e ajuda para realização desse sonho. Amo-te muito.

Aos meus vizinhos-tios de coração, Durval Ferreira, Maria do Socorro, Maria da guia, Branca, Rodo, Leomar, Nequinho, Tereza. As minhas avós do coração Dona Rosa, Dona Ritinha, minhas primas Maria e Solange, que fizeram parte dessa história e conquista, vocês estavam sempre dispostos a anteciparem no tempo, aquilo que acreditávamos ser eterno. Sempre acreditando em mim e nos meus sonhos, disposto ajudar e reerguendo-me caso eu titubeasse e caísse, sem todos vocês eu não teria chegado até aqui. Os amo muito.

Ao meu namorado, Rivaildo Filho, por ter me acalmado, tido paciência, ser tão companheiro quando mais precisei, afirmando que tudo iria da certo, se propondo a me ajudar no que fosse preciso e no final, realmente deu tudo certo. Obrigada por sempre estar comigo, comemorando minhas vitórias, torcendo pelos meus sonhos, sendo essa pessoa incrível que Deus colocou em minha vida, que vem tornando-a mais completa, você veio pra somar meu amor. Obrigada por tudo, te amo.

A minha nova família, Cleonice, Rivaildo e Nelmara, que apesar de pouco tempo de convívio, torcem muito pela minha felicidade, preocupando-se sempre, ajudando no que for preciso, fazendo parte dessa história. Obrigada por tudo, já os amo muito.

A cuidadora dos meus avós, Francisca, não tenho palavras para explicar o carinho e admiração que tenho por você. Cuida dos meus avós como se eles fossem seus próprios pais. Deus foi muito bondoso conosco, por ter colocado você em nossas vidas, agradeço todos os dias por ter oportunidade de conviver contigo, por ter lhe conhecido, por ser mais que uma filha de coração para os meus avós e uma tia pra mim. Quero-te um bem danado e sei o quanto torceu por essa conquista. Obrigada por tudo, te amamos muito.

As minhas irmãs/amigas e do coração, Milena Albuquerque de Andrade, Larisse Carvalho, Rossana Oliveira sabemos que amor, respeito, carinho e irmandade não é recente, já faz uns longos anos, sempre serão os mesmo até ficarmos velhinhas. Independente do tempo que demoramos em nos ver, nossa amizade, carinho e afeto só aumentam. Deus não me deu irmãos de sangue, mas soube me dar grandes irmãs de coração, que torcem por minha felicidade, seja ela profissional, amorosa, nos momentos felizes e difíceis vocês sempre estiveram ao meu lado e fazem parte desta conquista. Amo muito vocês.

A minha dupla mais linda, Barbará Leticia e Brenda dos Santos, dois seres especiais e iluminados, colocados por Deus em minha vida. Sou muito grata por ter vivido esse ciclo da graduação com vocês, apesar de tudo que aconteceu, continuamos juntas e unidas do início ao fim. Nossa amizade foi evoluindo com o tempo, a cada fase ela foi se solidificando mais e mais, se moldando, tornando-se uma irmandade. Espero que continuemos assim, mesmo distantes, uma torcendo sempre pela outra, por onde quer que eu vá lembrarei sempre com carinho de vocês, do equilíbrio, abusos e brincadeiras de Babi, da alegria, das palhaçadas e do juízo de Brenda. Eu amo muito vocês.

Aos amigos que a graduação me deu, Andressa Carmo, Andressa Séfora, Antônio Carlos, Claudimira Alencar, Fernanda Tamy, Tibéria Carolino, Charles, Karol, Juliana Rodrigues, Karina Soares, agradeço por terem me ajudado tanto, por serem grandes amigos que a UFCG me presenteou, por estarem sempre comigo nas conquistas, por me ajudarem nas dificuldades, por terem corações tão grandiosos e lindos que não se pode contestar. Sou grata por ter tido oportunidade de conviver com cada um de vocês, desejo todo sucesso do mundo, os amo muito.

As minhas amigas, Virginia Estrela, Maria Amélia, Andreia Palitot, Raiza Feitosa, por serem pessoas tão especiais, por estarem ali sempre que foi preciso, pelo ombro amigo, pelas palavras de apoio e incentivo, por ficarem felizes com as minhas conquistas. Papai do céu foi sábio ao me presentear com estas amizades, que seja eterno o que sentimos uma pelas outras, pois cada uma tem uma importância e significado em minha vida. Não existe eu sem vocês, as amo muito.

Aos meus amigos do 3º Ano, obrigada por toda a força, torcida e valores ensinados durante esses anos de amizade, mesmo distantes, sempre torcemos uns pelos outros, sabemos o quanto essa vitória é nossa, pois este era o nosso sonho antes de entrarmos na faculdade, e hoje todo mundo esta no caminho certo, alguns já formados, outros se formando, continuando a torcer pela felicidade do outro. Formamos uma grande família durante esta fase vivida, essa vitória também é de vocês e os amo muito.

Agradeço a todos os componentes do CAEC Dália, sou muito grata por ter vivenciado essa fase na graduação, por todos os ensinamentos, por toda paciência, aprendizado, por toda dedicação que tivemos durante essa gestão. Obrigada por toda torcida que tiveram pelos meus sonhos, vocês são muito especiais pra mim, tenho certeza que serão profissionais brilhantes e capacitados, torço muito por todos.

A minha orientadora, Anúbes Pereira de Castro, por toda sabedoria repassada, por todo empenho e dedicação para comigo. Sou muito grata a Deus por tê-la em minha vida, por ter me dado a oportunidade de aprender e crescer acadêmica, humana e espiritualmente durante estes dois anos de convivência, devo muito, o que sou hoje a você. A senhora me ensinou que a paciência é a maior virtude de um ser humano, que viver um dia de cada vez é o ato mais sábio da vida, que não devemos nos importar com os pensamentos ou palavras das outras pessoas, mas sim, viver a nossa vida como queremos viver, lutando sempre pelos nossos sonhos. Obrigada por ser uma mãe pra mim, durante todo esse tempo, obrigada por todas as oportunidades, serei eternamente grata. Saiba que te tenho com uma mãe, mesmo a senhora não tendo idade pra isso, mas, me acolheu como uma filha, e tenho o maior orgulho disso, lhe admiro muito e lhe amo muito também.

A minha ex-orientadora, Rosimery Cruz de Oliveira Dantas Alencar, por toda sabedoria repassada, por todo empenho e dedicação que tens comigo, Sabes que é bem mais que minha professora, é minha amiga e uma das minhas mães da UFCG. Com tanta dedicação, se dedicou a me ensinar tudo que aprendeu com sabedoria me mostrou por onde percorrer soube ter paciência comigo e me ajudar a crescer, devo muito que sou hoje a senhora. Obrigada por tudo e lhe amo muito.

Aos meus professores e mestres, quero agradecer a estes que tive a oportunidade de conhecer desde o jardim até a graduação. Vocês compartilharam comigo o conhecimento acadêmico, o conhecimento de uma vida, de como enfrentar os obstáculos e estimularam os seus alunos a crescer, lutando sempre pelos seus sonhos. Isso não tem dinheiro nenhum que pague, espero que um dia o povo brasileiro possa valorizar esta brilhante profissão, pois ser professor vai além, de simplesmente, transmitir conhecimentos acadêmicos. É, poder mostrar valores, que serão importantes na vida de cada aluno. É, ensinar e aprender com cada um.

À Simone, Laraina e Cida, agradeço por terem aturado os meus apereios, por serem grandes exemplos de pessoas, de profissionais dedicadas, que estão sempre apostos para ajudar os alunos no que precisarem. Sem vocês a coordenação não funcionaria direito, pois vocês são os olhos das coordenadoras.

Aos meus anjos do céu, Tico, Seu Juvenal, Dona Severina, Socorro, Tia Emídia tenho certeza que dai do céu, vocês iluminaram esse caminho, cuidando de mim sempre em todas as atribulações.

RESUMO

PEREIRA, J.B. MORANDO DISTANTE DO CONTEXTO FAMILIAR NA VELHICE: violência contra idosos ou opção de vida? Trabalho de conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formações de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB.85P. 2015.

A violência contra o idoso abrange, além dos esfacelos físicos, psicológicos e sexuais, abandono, negligência, abusos financeiros, sofrimento, lesão, dor, omissão ou perda dos direitos humanos e redução da qualidade de vida do idoso (MELLO, MOYSÉS, 2010). Na sociedade em que vivemos, tal problema vem se acentuando, tornando-se socialmente mais visível, seja pelo aumento populacional desse grupo etário, ou pela ênfase dada nas discussões dos direitos em leis e políticas nacionais e internacionais dos idosos (RIBEIRO, SOUZA, VALADARES, 2012). Diante dessa realidade despertou-se a curiosidade de saber: O que levou os idosos da Cidade de Cajazeiras a ingressarem em instituições de longa permanência ou a morarem sozinhos, distantes do contexto familiar? Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório-descritivo e transversal a partir de uma pesquisa de campo realizada em setembro de 2015, com idosos institucionalizados e domiciliados residentes distante do contexto familiar, no Município de Cajazeiras; como grupo amostral teve vinte e cinco idosos, e como resultado encontrou: que sua maioria era do sexo feminino, da raça branca, viúvos, apresentando familiares vivos, alfabetizados, aposentados, recebendo de um à dois salários mínimos, tendo condições básicas de se manterem, sendo predominantemente da religião católica, apresentando doenças crônicas e utilizando medicações diárias, aptos a realizarem as atividades do dia a dia, morando longe do seio familiar a mais de 10 anos, sendo esta escolha, na maioria, dos próprios idosos, mesmo considerando a família importante. Na análise qualitativa tivemos as seguintes categorias: Estilo de coabitação, onde encontrou-se os motivos que os idosos tiveram para morarem sem seus familiares . A segunda categoria referia-se ao relacionamento com a família, que traz como resultado um bom relacionamento entre familiares; a terceira categoria retratava a violência vivida, com abordagem do fenômeno da violência contra idosos. Percebemos durante análise da fala dos entrevistados e dos dados descritos nas tabelas que vários motivos levaram a isto, uma vez que a iniciativa era feita tanto pelo idoso, em sua maioria, que buscava a preservação da sua identidade, liberdade e rotina, como por meio da família, em uma pequena minoria, que por vários fatores achavam que não teriam condições de cuidar deles, optando assim, pela institucionalização. É notória a necessidade de estudo nesse campo, assim como o esclarecimento da população em geral, sobre a definição/reconhecimento de violência e a importância da denúncia relativa a esse grupo etário. Este resultado traz à tona a necessidade de aprofundamento tanto das pesquisas quanto da assistência à saúde do idoso, no sentido de investigar/revelar as condições em que vivem as pessoas que envelhecem.

Palavras-chave: Envelhecimento. Violência. Idosos.

ABSTRACT

PEREIRA, JB LIVING FAR THE FAMILY IN OLD AGE CONTEXT : violence against elderly or lifestyle choice ? Job Completion degree (Bachelor of Nursing) - Teacher Training Center, Federal University of Campina Grande , Cajazeiras - PB.85P . 2015 .

Violence against the elderly covers psychological and sexual harm, besides the physical one. They go through abandonment, negligence, financial abuse, suffering, injury, pain, failure or loss of human rights and reduced quality of their lives (MELLO, MOYSÉS, 2010). In the society we live in, this problem has been increasing, becoming more socially visible, either by population increase in that age group, or the emphasis on the rights discussions in laws and national and international policies of the elderly (RIBEIRO, SOUZA, VALADARES, 2012). That being stated, a question arises: what prompted the elderly of the city of Cajazeiras to join in long-term care facilities or to live alone, far from family background? It is about a quantitative, qualitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study, which is based on a field survey conducted in September 2015, with institutionalized elderly and distant residents domiciled in the family context, the city of Cajazeiras. As a sample group, we had twenty-five elderly people, and as a result, we found that most of them were female, caucasian, widowed, with family living, literate, retired, earning from one to two minimum wages, and have basic conditions of keeping themselves. Also, they were predominantly Catholic, with chronic diseases, using daily medications, able to perform the activities of everyday life, living away from the family environment for more than 10 years, mostly by the elderly choice themselves, even though they consider that family is important. The qualitative analysis had the following categories: cohabitation style, where it was understood the reasons that older people were to dwell without their families. The second category is referred to the relationship with the family, which brings as a result a good relationship among families; the third category portrayed the violence experienced, with the approach of the phenomenon of violence against the elderly. We realized, during analyzing the speech of respondents and the data described in the charges, that several reasons led to this. Since the initiative was made by both the elderly, mostly seeking to preserve their identity, freedom and routine, and through family, in a small minority, which by many factors thought they could not afford to care for them, opting thus for institutionalization. These findings emphasize the need of deeper study in this field, as well as the clarification of the general population on the definition/recognition of violence and the importance of complaint about this age group. This result raises the need for further research as much of the health care for the elderly, to investigate/reveal the conditions under which people live that age.

Keywords: Aging. Violence. Seniors.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPIs	Instituição de Longa Permanência
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
UFMG	Universidade federal de Campina Grande
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade federal de Campina Grande

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a media das idades .(n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 36
- Gráfico 2:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo gênero.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 37
- Gráfico 3:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a raça/cor.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 37
- Gráfico 4:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo estado civil. .(n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 38
- Gráfico 5:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo Conjuntura Familiar. .(n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 39
- Gráfico 6:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo o grau de escolaridade. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 40
- Gráfico 7:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a profissão atual. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 41
- Gráfico 8:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a renda familiar. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 41
- Gráfico 9:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a Religião. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 42
- Gráfico 10:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, doença crônica . (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 43
- Gráfico 11:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo uso de medicação . (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 43
- Gráfico 12:** Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo atividades que desempenham sem o auxílio de outros. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 45

Gráfico 13: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, de acordo com o tempo. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 47

Gráfico 14: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a escolha de morar sozinho. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 47

Gráfico 15: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, de acordo com a importância familiar. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015. 50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 ENVELHECIMENTO HUMANO.....	20
3.2 ENVELHECIMENTO NO BRASIL.....	21
3.3 POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE E DIREITO DOS IDOSOS.....	22
3.4 VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS.....	25
3.5 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI).....	28
3.6 IDOSOS QUE MORAM SOZINHOS	29
4. METODOLOGIA.....	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
4.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	36
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	37
5.1.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	37
5.2 CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS.....	52
5.2.1 CATEGORIA I: ESTILO DE COABITAÇÃO.....	52
5.2.2 CATEGORIA II: RELACIONAMENTO FAMILIAR.....	57
5.2.3 CATEGORIA III: VIOLÊNCIA VIVIDA.....	61
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
7. REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE	

1. Introdução

O envelhecimento mundial é um fato irrefragável, ou seja, o número de idosos vem crescendo mais do que os outros grupos etários (MEDEIROS, RODRIGUES, NÓBREGA, 2012). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso aquele indivíduo que possui 65 anos em países desenvolvidos, já nos países em desenvolvimento o idoso tem a idade mínima de 60 anos (BRASIL, 2003).

O Brasil é um dos países com maior índice de envelhecimento populacional, segundo a OMS, até 2025, esse grupo irá aumentar em até quinze vezes o seu valor atual, enquanto a população total aumentará cinco vezes. Essa elevação tornará o país a sexta nação com maior número de idosos, apresentando cerca de 32 milhões de pessoas nessa faixa etária (BRASIL, 2010).

As novas tecnologias associadas com as melhores condições de saúde trouxeram melhorias na qualidade de vida da população, levando a avanços da medicina onde idosos alcançaram padrões de bem-estar nunca vivenciados antes, sendo apontado como principal fator para a longevidade (SOUSA, GUERRA, 2013).

Apesar disso, esse feito gerou aspectos negativos como aumento da violência e maus-tratos que vem crescendo subitamente nos últimos anos em todo mundo, nos levando a ter uma maior atenção com a população que envelhece (SOUSA, MATIAS, BRETAS, 2010).

A violência contra idosos é explicada como conduta única ou contínua, como ausência de conduta adequada causando dano, ansia, ou aflição, em relações de confiança. A tocante falta de priorização do idoso na atenção à saúde, assim como as dificuldades no seu reconhecimento (APRATTO JÚNIOR, 2010).

Temos como atos de violência como maus-tratos físicos, psicológicos, abuso financeiro ou material, abuso sexual, negligência, sofrimento no âmbito familiar, abandono em asilos ou casas de apoio a idosos, autonegligência, abuso médico, violência dos direitos humanos, segregação por idade, ostracismo e exclusão social em idade igual ou superior a 65 anos (SOUSA et al, 2010).

Toda essa violência, para OMS 2006, faz com que os idosos atravessem inúmeras circunstâncias de descaso, indiferença, sendo assim, considerado inútil particularmente

abandonado pela sociedade e familiares, seja física ou social. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), edificada pela portaria nº 2528 de outubro de 2006, OAB 2006, consolida que as práticas de cuidados destinadas às pessoas idosas exigem uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, com ênfase na interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais influenciando a sua saúde e o ambiente em que estão inseridas (MORAIS et al, 2012).

Segundo o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (MARIN et al, 2012).

Considerando tal situação, surge necessidade da criação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), na tentativa de amparar essa população, cuja família é inábil a cuidados, possui incapacidades físicas e mentais e não apresenta atrativos para convívio social, renda mensal baixa, falta de uma estrutura familiar que respeite o idoso, a dificuldade de encontrar um cuidador, a oposição do próprio idoso, entre outros motivos (REIS et al, 2013).

Assim essas instituições proporcionam assistência gerontogeriátrica, que terá um curso de cuidados integrados, de acordo com as necessidades do paciente. Desse modo, o estudo apresentando foca nas necessidades e divergências decorrentes do que levou os idosos a “deixar” o ambiente familiar e viver no ambiente institucional (LIMA, SÁ, 2013).

Atrelado a abertura dessas casas de apoio ocorreu o aumento do abandono, que se torna uma das causas da fragilidade social do idoso, seja pelo rompimento dos laços afetivos, como também pela desproteção ou omissão por parte da família, da população e do Estado. (TAVARES et al, 2013).

Segundo o IBGE (2014), quase 3 milhões de idosos moram sozinhos no Brasil, mas a sua realidade é um pouco desconhecida. Podemos citar como motivos a diminuição do tamanho da família, o abandono o aumento do número de divórcios, melhorias nas condições de saúde da população idosa, aumentando a expectativa de vida. Assim, espera-se que ao longo dos anos, haja um crescimento no número desse grupo etário vivendo sozinhos e que

esta nova configuração aconteça alcançada pela qualidade, amparado pelo bem estar físico, social e mental.

Podemos dizer que morar sozinho em idade avançada tanto pode indicar que o envelhecimento está sendo efetivo, onde essas pessoas poderiam apresentar melhores condições de saúde, melhor qualidade de vida e sua auto dependência, como pode nos trazer a sua fragilidade e vulnerabilidade, colocando em riscos o ser, já que falta de companhia implicaria na presença de costumes indesejáveis em relação à saúde e assistência adequada. Assim, não se pode saber até que ponto estas pessoas estariam menos amparadas por seus familiares, amigos ou vizinhos (CAMARGOS, RODRIGO 2008).

Frente ao avanço na quantidade de Instituições de Longa Permanência na cidade de Cajazeiras e ao mesmo tempo na quantidade de idosos que moram sozinhos em seus lares sem representação familiar ou agregado, além de tantos aspectos que envolvem a velhice e o envelhecimento e seus cenários de moradia e vida, surge a necessidade de pesquisa sobre o assunto. Para tanto gerou-se a seguinte pergunta: O que levou idosos do Município de Cajazeiras a morar sozinhos em seus lares ou em Instituições de Longa Permanência?

2. Objetivos:

2.1 Objetivo Geral:

- Analisar os motivos que levaram a um crescente número de idosos morarem sozinhos sem familiares ou agregados, em instituições de longa permanência ou em seus próprios lares.

2.2 Objetivos Específicos:

- Apresentar o quantitativo de idosos separados do convívio familiar/agregados;
- Traçar o perfil sócio demográfico de idosos que moram distantes de familiares ou agregados;
- Descrever os motivos que levaram idosos a morarem separados do convívio familiar/agregados.

3. Referencial Teórico

3.1 ENVELHECIMENTO HUMANO.

O envelhecer é um meio natural que ocorre na última fase do ciclo de vida, evidenciado por mudanças físicas, psicológicas e sociais. É necessário que nessa fase, mesmo prejudicado pela falta do equilíbrio destes três fatores, o idoso se mantenha em compensação, assim poderá ter uma longevidade e uma velhice tranqüila, em equilíbrio com o seu bem estar (ROCHA et al, 2009).

Segundo Bianco e Lopes, (2011), considerando a inter-relação entre o tempo vital cronológico podendo se manifestar pela coloração esbranquiçada dos cabelos, perdas auditivas, visuais e olfativas, diminuição da imunidade do indivíduo, maior tempo de reação às mudanças do ambiente e também às psicológicas.

Podemos perceber o constante envelhecimento da população, mostrando que em 25 anos haverá 34 milhões de idosos nesta situação e a grande maioria (71%) estarão nos países mais pobres (SALES et al, 2011). No ano de 2050, estima-se que haverá, aproximadamente, dois bilhões de idosos no mundo, sendo que a maioria estará vivendo em países em desenvolvimento. A população idosa será maior que a população de crianças abaixo de 15 anos, acontecimento inusitado da história mundial (TAVARES et al, 2010).

Em nossa sociedade o idoso é visualizado de forma marginalizada, sem utilidade, incapaz, em contrapartida é considerado um ser que reflete à sabedoria, integridade e experiência. Porém a sociedade não está preparada para o envelhecimento populacional, a preocupação com o crescimento desse segmento tem levado estudiosos e setores da sociedade a buscar alternativas que visam minorar alguns problemas que podem surgir em decorrência desse processo (BIANCO, LOPES, 2011).

Para que os futuros anciãos consigam viver em plena harmonia com o seu bem estar, físico, psicossocial é necessário que haja reformulações nas políticas de funcionamento, pois sem tal planejamento pode ocorrer, consequências indesejáveis, não só para os idosos, mas para toda a sociedade (FERREIRA E SIMOES, 2009).

Considerando a ordem do envelhecimento como algo normal e irreversível em que os seres humanos estão fadados, deve-se ocorrer uma reflexão sobre o dia a dia da velhice, que possa ser atendido todas as necessidades humanas desta fase estas são diversificadas e crescentes particularmente em um país como o Brasil, cujo aumento da população de idosos está em alta ascensão (ROCHA et al, 2009).

3.2 ENVELHECIMENTO BRASILEIRO.

Segundo a OMS, até o ano de 2025 a população de idosos no Brasil vai ser 16 vezes maior que a população atual, será a sexta população do mundo com maior número de anciões.

Dados recentes apontam que 8,6% da população brasileira é constituída por pessoas com idade igual e superior a 60 anos, consideradas idosas conforme o Estatuto do Idoso vigente no País (TAVARES et al, 2010).

De acordo com IBGE, até 2050 o país alcançara o número de 259,8 milhões de brasileiros com expectativa de vida de 81,3 anos. Com base nisso, teremos muito mais idosos do que crianças, nos tornando semelhante aos países Europeus na atualidade, porém o Brasil poderá se tornar o sexto país com o maior número de idosos.

A expectativa de vida também aumentou ao longo dos anos, e poderá chegar a 81,29 no ano 2050, assim, pressupõe-se que este aumento será de 45,5 (1940) para 81,29 anos em 2050 (OMS, 2006; IBGE, 2009). A expectativa de vida poderá variar entre os gêneros, pois, de acordo com o IBGE, a mulher brasileira possui uma expectativa de vida de aproximadamente oito anos a mais que o homem número de idosos do mundo (IBGE, 2010).

Segundo a OMS a expectativa de saúde pode ser considerada mais importante do que a expectativa de vida, porque assim, o idoso que goza tanto de saúde física quanto psicológica, provavelmente terá uma maior expectativa de vida. (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2010).

Existe uma grande desinformação sobre o envelhecimento, pode-se dizer que existe também um preconceito sobre suas particularidades e aqueles que chegam a velhice. Não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo” (SACOLL, ZAPPE, 2011).

3.3 POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE E DIREITO DOS IDOSOS.

O estatuto do idoso preconiza a Lei nº 10741, de 1º de Outubro de 2003 que regula e reconhece os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania. O Estatuto dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais como individuais, sociais, difusos e coletivos, cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade pela assecuração desses direitos.

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas atividades (MALTA et al, 2008).

Podemos identificar as seguintes políticas públicas de saúde que precisam constantemente de reconhecimento e para o cuidado ao idoso: Política Nacional do Idoso – Lei 8.842 de 1994; Portaria 702 de 2002 que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Portaria 703 de 2002 que institui no âmbito do SUS o Programa de assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; Protocolo de Tratamento da Doença de Alzheimer – Portaria n.º 843 de 2002; Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 2003 e, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa– Portaria n.º 2.528 de 2006 (CAMACHO, COELHO, 2010).

Para atingir o propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram fixadas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007)

Já a política nacional da saúde da pessoa idosa Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro

de 2006, direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.

Na população brasileira, com 60 anos ou mais, em 2007, foram 16,3% das mortes por causas externas do total de 141.227 mortes em idosos constituindo uma representação proporcional elevada em termos de violência já que os idosos representam 10,6% da população geral (IBGE, 2010).

Medidas legais de proteção à terceira idade existem, e se tem como exemplo, a Lei Federal 8.842 Brasil (1994), buscando ordenar a proteção aos idosos. Essa lei dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências (MINAYO; COIMBRA JR., 2004).

O ministério da saúde a (2003), em seu Artigo 3º. Afirma que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e de todo o Poder Público assegurar ao idoso, com absoluto privilegio efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O Estatuto do Idoso (2006) coloca acerca dos maus-tratos: Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena - detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1.º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2.º Se resulta a morte:

Pena - reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

A Lei Ordinária de Criciúma-Sc, nº3814 de 06/07/1999 cria o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências:

Art. 1º Fica criado, junto ao Executivo Municipal, o Conselho Municipal do Idoso, com as seguintes atribuições:

I - formular diretrizes para o desenvolvimento das atividades de proteção e assistência que o Município de Criciúma deve prestar aos idosos, nas áreas de sua competência;

II - estimular estudos, debates e pesquisas, objetivando prestigiar e valorizar o idoso;

III - propor medidas que visem garantir ou ampliar os direitos dos idosos, eliminando toda e qualquer disposição discriminatória;

IV - incrementar a organização e a mobilização da comunidade idosa;

V - estimular a elaboração de projetos que tenham em mira a participação dos idosos nos diversos setores da atividade social;

VI - examinar e dar encaminhamento a assuntos que envolvam problemas relacionados aos idosos;

VII - elaborar seu regimento interno.

Após a promulgação do Estatuto do Idoso, Lei 10.741 em 1/10/2003, passou a ser solicitado que os profissionais de saúde a comuniquem à autoridade competente de qualquer suspeição ou confirmação de maus-tratos que tiverem sido testemunhadas (artigo 19) com conseqüências judiciais e administrativas em caso de o profissional de saúde responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência deixar de comunicar à autoridade competente os casos de crime contra idosos de que tiver conhecimento (artigo 57).

De acordo com Freitas et al, (2006), artigo 19. Os casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra idosos serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde, a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I. Autoridade policial
- II. Ministério Público
- III. Conselho Municipal do Idoso
- IV. Conselho Estadual do Idoso
- IV. Conselho Nacional do Idoso

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias. Aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou

instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade: Pena - reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Em caso de descumprimento da lei, isto é, se o profissional de saúde não fizer a comunicação e reiteradamente observar que o idoso está sofrendo maus-tratos, deve responder por tais crimes. Nesses casos, o profissional de saúde passa a ser o autor da infração penal.

Todo o ser humano tem direito e liberdades básicas, consagrados pela Declaração dos Direitos Humanos que no ponto nº 1 afirma que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade. Para além da proteção ao idoso a Constituição da República Portuguesa (2005) também refere alguns direitos humanos a respeitar no que concerne ao exercício de cidadania, como consta no art. 24º, onde aclama o direito à vida; no art. 27º o direito à liberdade e segurança; no art. 41 direito à liberdade religiosa, entre outros.

3.4 VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS.

Violência é uma conduta que causa intencionalmente lesão ou intimidação moral a outra pessoa ou ser vivo. Tal conduta pode ocupar a liberdade, integridade física e psicológica, até mesmo a vida de outro. O termo é derivado do latim, que pode ser classificado como aplicação de força, vigor, contra qualquer coisa (MARIN et al, 2012).

A violência sofrida pelos idosos é uma postura que negligencia a falta de cuidado, agressões e tudo o que compromete a integridade física e emocional do indivíduo (DUQUE, 2011).

Conforme dados da National Center on Elder Abuse, a violência contra idosos passa a ser considerado um problema mundial que atinge a todas as populações independentes dos fatores sócios, econômicos e culturais². Nos Estados Unidos, 3 a 4% da população idosa é vítima de algum tipo de violência no contexto familiar (GARCIA et al, 2009).

No artigo de número 99 do estatuto do idoso caracteriza maus-tratos como:

“Expor o perigo a integridade e a saúde física ou psíquica do idoso submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou

privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado.”

Diante disso, temos como principais atos de violência contra idosos o sofrimento no seio família, abandono em asilos ou casas de apoio a idosos, perda de direitos ao exercício de sua cidadania, segregação por idade, violência sexual, ostracismo e exclusão social, ou seja, abusos físicos, psicológicos, financeiros e negligências (WANDERBROOKE, MORÉ, 2013).

Estima-se que cinco denúncias de violência contra idosos são registradas a cada hora no Brasil, é o que revelam dados obtidos na Secretaria de Direitos Humanos (SDH), da presidente da república. Segundo a SDH, pouco mais de 70% dos suspeitos denunciados é parentesco direto com a vítima, sendo sua maioria composta dos próprios filhos, em configuração de 50% das agressões. Mais de 70% das denúncias, o ataque acontece na própria casa do idoso. Quase duas de cada três vítimas (64,74%) são mulheres. Mais de 47% possuem algum tipo de deficiência física (AFFELDT, 2011).

Os tipos de violência denunciadas com mais frequência são de negligência (75,07%), psicológica (56,06%) e de abuso financeiro e econômico (45,48%). Denúncias de violência física somam 28,03% (JUNIOR et al, 2013).

Brasil 2014, mostra que existem fatores que podem aumentar o risco de sofrer maus-tratos, dentre eles podemos citar:

- ✓ **Grandes Incapacidades:** A perda da qualidade de vida do idoso aumenta a sua dependência nos outros necessitando de cuidados, reduzindo as possibilidades de defesa ou de procurar ajuda.
- ✓ **Deterioração cognitiva:** Um idoso com sua cognição em falha, com alterações de humor e conduta, que pode agredir o seu cuidador, tem maiores chances de desencadear maus-tratos.
- ✓ **Isolamento social:** Aumenta a submissão do idoso e o ônus do cuidador, por sua vez, pode gerar maus-tratos, podendo caracterizar a limitação do acesso da vítima ao mundo externo.

- ✓ Doença mental consumo de álcool ou de outras drogas: Impedem que o cuidador tome as decisões pertinentes aos cuidados do idoso. Uma história de violência ou de conduta anti-social anterior implica um fator de risco importante.
- ✓ Dependência do cuidador em relação à vítima: Ocorre quando o cuidador depende da vítima economicamente, condições de estadia e emocional. Nesse caso, a violência pode ser gerada através de uma tentativa de obter recursos, sendo mais constantes em idosos que em seu lar vive os seus cuidadores.
- ✓ Fatores estressantes externos: Pode esta relacionados com criação de sentimentos de frustração e raiva. A desobediência do próprio idosos, os xingamentos, sentimentos de incapacidade, agressividade do idoso pode acarretar no surgimento de fúria do cuidador, assim pode gerar atos de maus-tratos.
- ✓ Violência intergeracional: Os agressores atuais podem ter sido, a seu tempo, vítimas de uma situação inversa, mas similar durante a infância, por parte do idoso. Numa história de violência familiar, o problema atual pode ser entendido como uma vingança de conflitos passados. Este comportamento tende a transmitir-se de geração a geração.

Em resumo, temos como fatores de risco as relações familiares desgastadas recursos econômicos escassos, fatores culturais e socioeconômicos, distribuição de heranças e migração de alguns componentes familiares, baixa escolaridade, história anterior de violência, demência, depressão, dependência financeira e psíquica, limitação física e idade avançada (RIBEIRO, SOUZA, VALADARES, 2012).

Nesse contexto, merece destaque o envelhecimento com dependência, pois esses indivíduos demandam cuidados e responsabilidade que implicam disponibilidade de tempo de seus familiares, normalmente seus principais cuidadores. Cuidar do idoso em casa não é uma tarefa amena, principalmente considerando as dificuldades socioeconômicas em que vive a maior parcela da população brasileira. Porém, nada justifica o fato de agressão ou maus-tratos contra idosos, pois não são as dificuldades que surgem que irão te impedir de cuidar de quem cuidou de você, de abusar dos seus direitos, de agredir a sua integridade, já que são seres humanos como nós e precisam de cuidados, carinhos e qualidade de vida adequada, pois precisam cumprir a sua missão na terra da melhor forma possível e acima de tudo merecem respeito (MACARENHAS et al 2010).

3.5 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPI).

Conhecidas por denominações diversas, abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato, as instituições de longa permanência são estabelecimentos com atendimento integral institucional, tendo como público alvo pessoas de 60 anos acima, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. É uma alternativa de cuidados não-familiares, sendo elas públicas ou privadas. Devem assegurar serviços na área social, médica, psicológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (JESUS et al, 2010).

Sua origem no Brasil está relacionada aos asilos, locais onde a população carente era abrigada no passado, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2009, informou que cerca de 84 mil idosos brasileiros eram distribuídos em 2.072 (ILPI) em atividade, no território nacional, sendo 65,3% das instituições são de origem filantrópica (CAMARANO, KANSO, 2010).

Segundo dados obtidos pelo censo de 2010, realizado pelo IBGE, indicam que dos 18 milhões de pessoas com mais de 60 anos, equivalente a 9% da população total do Brasil, mais de 100 mil residem em instituições de longa permanência.

Esse novo tipo de lar está se tornando comum e mais freqüente em nossa sociedade, principalmente nas cidades grandes. Tal fato ocorre por efeito cumulativo em eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde ao longo dos anos, demonstrando que o tamanho da filiação, as separações, o celibato, a mortalidade, desenvolvimento de doenças crônicas, a viuvez, os recasamentos e as migrações, vão começando tipos de composição familiar e doméstica, onde o morar sozinho, com parentes ou em asilos, pode ser o resultado desses desenlaces (QUEIROZ, 2010 apud DAVIM et al, 2004).

O Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996, frisa, no artigo 3º, que a instituição asilar tem, por finalidade, atender, em regime de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Prioriza, também, a Lei 8.842, de janeiro de 1994(8), no artigo 4º, parágrafo III, atendimento ao idoso pelas famílias, ao invés do asilar. Porém, com a existência de vários fatores, tais como os demográficos, sociais e de saúde, conduzem ao aumento da demanda pela institucionalização.

Assim, essas instituições devem proporcionar serviços, nas áreas, social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário (VITORINO, PASKULIN, VIANNA, 2012).

Diante desta realidade, é de suma importância a valorização do convívio do profissional com o idoso institucionalizado. A estrutura de um cuidado criativo e integral favorecem os profissionais atuantes em (ILPIs), orientando-os na sua prática diária, para maior inserção do idoso na instituição, aproximação com a família e a ampliação de suas atividades (MICHEL et al, 2012).

As mudanças na vida dos idosos podem trazer inúmeras perdas, especialmente no convívio familiar, fator mais emotivo do idoso, quando passam a conviver em uma morada coletiva, como as instituições asilar. Nas instituições de longa permanência, eles necessitam construir uma nova forma de viver, com regras, normas, horário, novos relacionamentos, condicionados e determinados pelas instituições, podem gerar algumas mudanças no comportamento, até distorcer sua identidade, afetando sua individualidade (COSTA, MERCADANTE, 2013).

Os idosos podem não considerar as ILP como novo lar considerando-a apenas como um local de moradia que cuida de indivíduos doentes. Assim, seria necessário resgatar um pouco da identidade de cada anciã, gerando assim mais conforto, afastando o isolamento, ou patologias que podem ser provocada pelo afastamento do seu cotidiano. Faz necessária, visando a se obter uma melhor qualidade de vida, digna e autônoma para o segmento idoso residente nas mesmas. (SILVA et al, 2012).

3.6 IDOSOS QUE MORAM SOZINHOS.

Para um idoso morar sozinho ou com parentes pode ser resultado de morte de filhos, parentes próximos ou celibato, da não existência de herdeiros, podendo ser uma decisão de

não viver com os filhos ou com qualquer outra pessoa, caso tenha recursos para tanto (CAMARGO, RODRIGUES, MACHADO 2011 A pud BERQUÓ, 1996).

Segundo estudos realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU), em torno de uma em cada sete pessoas idosas (90 milhões) vive sozinha e sendo dois terços delas, mulheres. Comprovou-se também que nos países desenvolvidos é comum idosos morarem só ou com o cônjuge, já nos países em desenvolvimento ocorre o contrario, é comum os idosos morarem com seus familiares.

Dados do IBGE (2010) demonstram que o número de domicílios unipessoais passou a ser 9,2% em 2000 para 12,1% em 2010. Desta proporção de 12,1% de domicílios unipessoais, 39,4% eram compostos por idosos, esse valor irá aumentar de acordo com o passar dos anos.

Segundo um estudo realizado por Camargos (2008), não é presumível saber se a escolha feita pelos idosos de morarem sozinhos é uma escolha individual ou uma escolha necessária diante das situações socioeconômicas, demográficas ou culturais.

Diante das políticas públicas brasileiras voltadas para atenção ao idoso, verifica-se o cuidado que sem com a permanência deles no seio familiar. Sempre responsabilizando a familiar pelo cuidado e o amparo, isso pode ser verificado através do programa de assistência domiciliar, porém sabemos que este programa é falho e não supre as necessidades cabíveis. Assim é perceptível que estas políticas não fornecem alternativas para aqueles que moram sozinhos, sem o apoio familiar no auxílio da sua vida (PASKULIN et al. 2011).

Assim, verificamos a carência de estudos e publicações sobre os idosos que moram sozinhos ou com seu cônjuge. Isso é evidenciado pelas lacunas que existem nas políticas publicam nacionais, quanto nas suas aplicações praticas, tornando-se preocupante, já que estamos falando de um grupo com limitações causadas pelo processo de envelhecimento, tendo um menor apoio social, tornando-se vulnerável as adversidades do cotidiano (COSTA, 2013).

4. Metodologia:

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, baseado em dados quantitativos apreendidos em campo.

Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória permite maior familiaridade com o problema, deixando-o explícito para ser solucionado, assumindo geralmente a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Busca, ainda, levantar informações sobre determinado objetivo, delimitando o campo de trabalho, documentando as manifestações desse objetivo.

A pesquisa descritiva relata características de determinada população ou fenômeno, utilizando técnicas uniformes de coleta, tais como: questionários e a observação sistemática (RICHARDSON, 2008).

O método quantitativo é caracterizado pelo uso da quantificação, tanto na peculiaridade de coleta de informações quanto na abordagem dessas, através de técnicas estatísticas, das mais simples até as mais complexas e parte de uma referência bem estruturada, formuladora de hipóteses sobre os fenômenos e situações que se quer estudar. Em sua coleta, serão enfatizado números, que verificam a ocorrência ou não de consequências, aceitando ou não as hipóteses. Nesse método, os dados são analisados com apoio da Estatística ou outras técnicas matemáticas (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2009).

A abordagem do método qualitativo define-se como estudo não estatístico, que identifica e analisa dados de apreciação de determinados grupos de indivíduos, em relação a um problema característico, apresentando sentimentos, sensações e motivações que explicam determinados comportamentos, sem perder o foco no significado alcançado pelo indivíduo (FRACELIN, MATOS 2014).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Cajazeiras – PB, situado no Alto Sertão Paraibano, a 476km da capital João Pessoa. O município possui uma população de 61.030 mil habitantes, compreendidos nas zonas rural e urbana (IBGE, 2010).

A coleta de dados foi realizada em dois contextos, caracterizando os locais da pesquisa em: grupos de idosos existentes no Município e em Instituições de Longa Permanência, doravante denominadas ILPs. No primeiro contexto, a pesquisa se deu em instituições de acolhimento aos idosos e num grupo de Idosos da Pastoral do Idoso, mantido por entidade não governamental; instituído e coordenado por um funcionário do Estado, com 20 anos de atuação em prol da população idosa do Município de Cajazeiras.

Em relação ao Grupo de Encontro que faz parte deste estudo, assim denominado - Grupo de encontro da Pastoral de idosos-, surgiu como forma de atender às necessidades de contato social dos idosos, com vistas na saúde e no bem-estar do envelhecer; oferecendo práticas de atividades físicas, cuidados com a saúde; dança, viagens, convívio amigável, e mais: visa ao reconhecimento do papel do idoso na sociedade, reestruturação do seu perfil, reforçando a importância do envelhecimento saudável e feliz. Formado por 180 idosos, oriundos da cidade de Cajazeiras, o grupo se destina a todos os idosos que queiram fazer parte dele. É um grupo que funciona semanalmente, com atividades desenvolvidas às quintas-feiras e nos finais de semana. As atividades, geralmente, começam no período da manhã, continuando durante todo o dia, podendo se estender para o período noturno, a depender do tipo de atividade escolhida para a semana.

Os idosos ligados ao grupo podem realizar passeios com variados destinos e interesses (prevalecendo os de cunho religioso ou lazer), como forma de promover maior satisfação aos seus componentes. Não há critérios seletivos para ingressar no grupo, no entanto, é notória a presença de pessoas menos favorecidas, econômica e socialmente, que foram incentivadas por amigos, por conhecidos ou pelo próprio organizador. A participação não requer, portanto, pagamento de taxa ou mensalidade e, por não ser contemplado com verbas, sua manutenção se dá através de doações espontâneas.

No que diz respeito às Instituições de acolhimento aos idosos, atualmente há três lares de longa permanência na cidade de Cajazeiras, com atendimento, aproximadamente, a cinco municípios, prestando acolhimento, auxílio em saúde, cuidados com a higiene pessoal do idoso, nas suas condições físicas e psicossociais, visando a reestruturar sua saúde. Três Instituições foram contempladas com a pesquisa, a saber: 1) Lucas Zhorn que, por sua estrutura, é considerando o maior abrigo, com capacidade para até 20 idosos, atualmente abriga 17; 2) Reencontro, com onze idosos. Dentre as três casas em análise, esta apresenta o maior número de idosos com problemas degenerativos; e 3) Lar Joca Claudino, que abriga dez idosos, com registros de maus-tratos no seio familiar.

A escolha destes campos de estudo se deu, no caso das instituições de longa permanência, por serem locais de referência para a institucionalização de idosos; já o Grupo de Encontro da Pastoral de Idosos, por compreender um quantitativo representativo de idosos domiciliados, sem conviventes, características estas que favorecem à discussão da temática abordada.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os sujeitos envolvidos em determinado estudo científico possuem informações importantes para atender aos nossos questionamentos. Assim sendo, a população pode ser definida por um conjunto de características comuns: sociais, culturais, econômicas, geográficas e históricas (MEDRONHO, 2009). A amostra é, pois, considerada uma pequena parte que compõe a população.

A amostra da pesquisa foi, portanto, composta por idosos institucionalizados e não institucionalizados, que moram sozinhos e compõem os campos da pesquisa descritos, tendo como fator condicionante, para o encerramento do quantitativo da amostra, o critério de saturação.

A saturação dos dados é o critério usado para indicar que se deve parar de amostrar, podendo, no entanto, prosseguir com a argumentação, o que permite a variação do conceito. A saturação descritiva ocorre quando o pesquisador constata que não mais estão surgindo novas descrições, novos temas ou novas categorias na coleta de dados, vindo a contrastar com o

conceito de saturação teórica, o qual preconiza que o pesquisador deve não somente se certificar que há uma categorização dos dados coletados, mas também explica como os diversos códigos, categorias e conceitos se interconectam para, finalmente, considerar que houve saturação (FLICK,BAKER, EDWARDS, 2012).

Para tanto, inicialmente a população compreendeu idosos de ambos sexos, totalizando 218 idosos que fazem parte do Grupo de Encontro (pastoral do idoso) e das três instituições de longa permanência, na cidade de Cajazeiras, no período de junho de 2015. Vale ressaltar que este quantitativo se construiu da seguinte maneira: 180 idosos do grupo da pastoral do idoso, 17 da Instituição Lucas Zorn, 11 da Instituição Reencontro e 10 idosos do Lar Joca Claudino, perfazendo um total de 218 para a amostra inicial. Da participação nos encontros semanais do grupo da pastoral e das visitas semanais aos abrigos, para aplicação os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, resultou o grupo amostral final, constituído por 35 pessoas, dentre as quais, 10 negaram-se a participar da pesquisa, finalizando com 25 participantes. O universo ficou assim distribuído: No lar Lucas Zorn, quatro idosos; no lar dos Idosos Reencontro, apenas um idoso; na instituição de longa permanência Joca Claudino, cinco idosos e, por fim, no grupo de idosos da pastoral do idoso, quinze colaboraram com a pesquisa.

Desta forma, os sujeitos eleitos para participar do estudo foram cientificados, mediante a apresentação dos objetivos e da sua relevância, em cumprimento às exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua anuência. A partir da devida autorização, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, bem como do termo de anuência das instituições, procedemos à coleta.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para o alcance dos dois primeiros objetivos específicos foram determinados os seguintes critérios de inclusão: disponibilidade em participar da amostra e participação de todos os idosos, cadastrados como moradores nas três instituições de longa permanência do Município de Cajazeiras e idosos participantes do grupo de Encontro da Pastoral do Idoso,

que vivem sozinhos em seus lares; já para o terceiro objetivo, elegeu-se a capacidade de compreensão e comunicação verbal por parte dos idosos.

Para o Critério de Exclusão: indivíduos que têm representação familiar frequente, com visitas na frequência de duas ou mais vezes ao mês; indivíduos com capacidade cognitiva prejudicada ou que apresentam distúrbios emocionais, com dificuldade para abordar aspectos que envolvem sua vida íntima.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para coleta de dados, na fase quantitativa, foram utilizadas, inicialmente, as fontes de registro das Instituições de Longa Permanência e do Grupo de Encontro da Pastoral do Idoso; já para coleta qualitativa, foi utilizado um gravador para registro e armazenamento da abordagem verbal, com vistas a traçar, fielmente, o perfil sócio demográfico, a caracterização da institucionalização e a caracterização da moradia distante de familiares/agregados; a caracterização de aspectos da vida, no contexto familiar, e os dados sobre o estado Geral do paciente. A opção por este tipo de instrumento se deu por acreditar que seja a melhor forma de descrever os relatos individuais e compreender as especificidades de cada um.

A entrevista semiestruturada aproxima-se de uma conversação ou diálogo, com foco em determinados assuntos escolhidos pelo pesquisador, fugindo um pouco do aspecto de uma entrevista formal. É uma forma adaptável de se entrevistar, tendo como vantagem técnica a sua flexibilidade e a própria adaptação; sem, contudo, dispensar a importância da utilização de um plano ou um guia que contribua para a reunião sistemática dos dados recolhidos, podendo ser utilizada tanto para pesquisas quantitativas quanto para qualitativas (BARROS, 2011).

Assim, a nossa entrevista semiestruturada foi concebida como um processo de interação social, verbal e não verbal, que ocorreu face a face, com a qual se pôde alcançar os objetivos iniciais deste trabalho, uma vez que possibilitou a informação necessária para estudar o fenômeno em pauta. A mediação ocorreu, principalmente, por meio da linguagem.

4.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi feita após a liberação e autorização da Plataforma no dia 01/10/2015, com o número de comitê: 040084/2015. Os dados quantitativos para análise foram catalogados pelo programa SPSS e dispostos em gráficos. As entrevistas foram realizadas, individualmente, sendo transcritas, posteriormente, para análise do discurso descritivo.

A análise deu-se através da categorização dos temas que emergiram das falas dos entrevistados, justificando-se, por sua pertinência, à análise do material produzido.

A análise do discurso consistiu num método eficaz, com aplicação nos discursos diretos, produzindo significados e sentidos. Esta técnica de análise possibilitou compreender e inferir novos conhecimentos através das falas dos sujeitos.

Para preservar a identidade dos profissionais, foram utilizados identificadores. O primeiro passo, então, para a organização do material foi a realização de leituras flutuantes dos textos, oriundos dos entrevistados. A partir daí, novas leituras foram realizadas, a fim de estabelecer interconexão entre o referencial teórico e os dados empíricos da pesquisa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa que obedeceu à resolução N°. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e, por se tratar de seres humanos, necessita de minuciosa destreza, ao realizar a coleta, garantido ao participante todo o esclarecimento necessário: a liberdade de recusa, garantia de sigilo, retorno da pesquisa, sem peso algum para os envolvidos.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

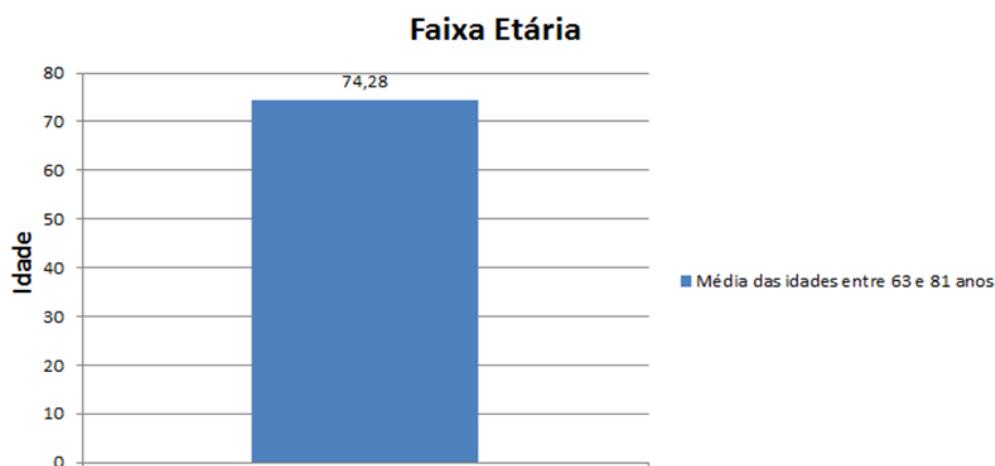
Por meio da análise do material disposto nas instituições e grupo e, através das respostas dos entrevistados, optamos, por traçar, primeiramente, a caracterização sociodemográfica dos participantes, com perguntas de cunho quantitativo, seguida da análise dos discursos que foram obtidos por meio da entrevista semiestruturada, sendo agrupadas em quatro categorias. Os participantes foram entrevistados, individual e isoladamente, de modo a evitar interferência nas falas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.1.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

De acordo com as fichas de coleta de dados, observamos uma amostra de 25 idosos que estão longe do seio familiar. Com relação à faixa etária, foram detectados pacientes entre 63 e 81 anos, gerando uma média de 74,28 anos. Com um desvio padrão de 5,675, conforme demonstra o gráfico a seguir:

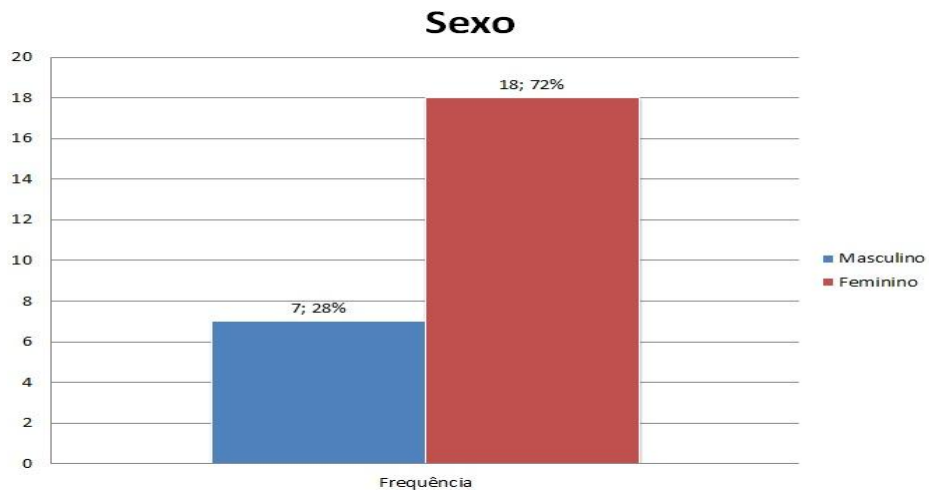
Gráfico 1: Distribuição percentual dos idosos que moram longe do seio familiar, segundo a média das idades (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Pesquisa 2015

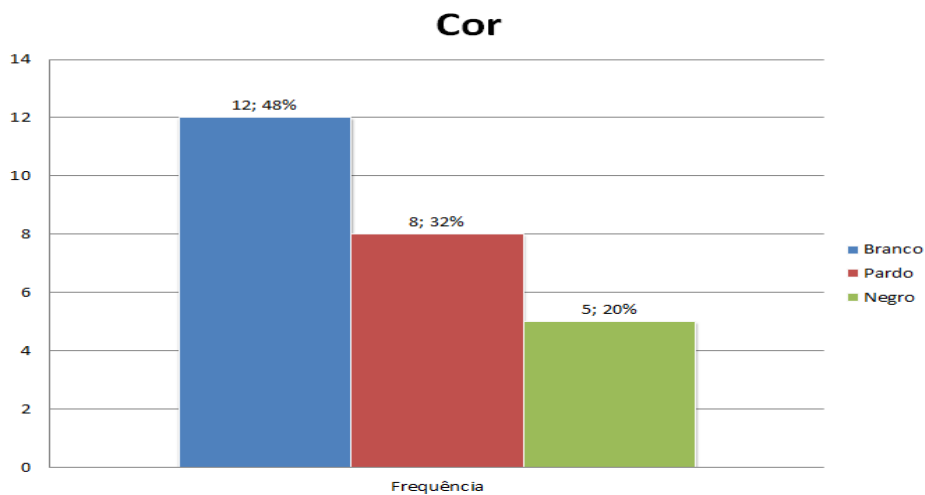
Segundo IBGE 2015, os brasileiros vivem, em média, 74,6 anos, exatamente cinco meses e 12 dias a mais que em 2011. Tais dados vão ao encontro do estudo, confirmando a média da idade encontrada.

Gráfico 2: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo gênero.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Pesquisa 2015

Gráfico 3: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a raça/cor.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

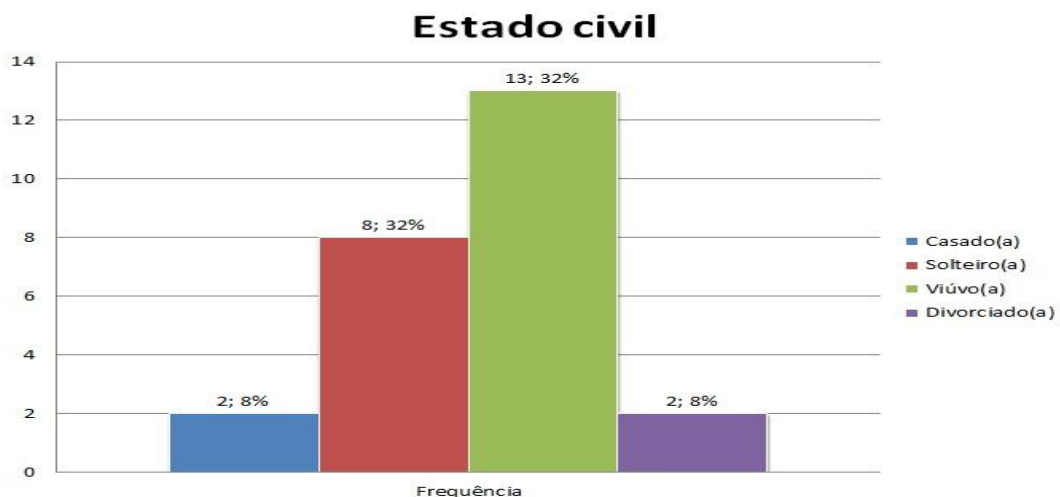
No tocante ao gênero e à raça/cor, o gráfico 2 mostra a predominância do sexo feminino, com (n=18), compreendendo uma amostra de 72,0%; seguido do masculino, com

(n= 7), 28%. No gráfico 3, a raça/cor apresenta 48% de prevalência, seguido da raça parda com 32%, finalizando com a raça negra, com 20%.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2009, pelo IBGE, as mulheres são a maioria da população idosa (55,8%), assim como os brancos (55,4%), e 64,1% ocupavam a posição de referência no domicílio, ou seja, elas são maioria com relação a morarem sozinhas e serem do raça/cor branca.

Tais dados vão ao encontro deste trabalho, pois 72% da amostra, segundo o gênero, eram do sexo feminino e 48% eram da cor e raça branca. Isso pode ser afirmado, já que a mulher tem uma particularidade de independência maior que os homens; geralmente, ao se tornarem viúvas, elas não se casam novamente, diferentemente do sexo masculino, com maior predominância, tem uma pessoa ao seu lado.

Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra que moram longe do seio familiar, estado civil. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

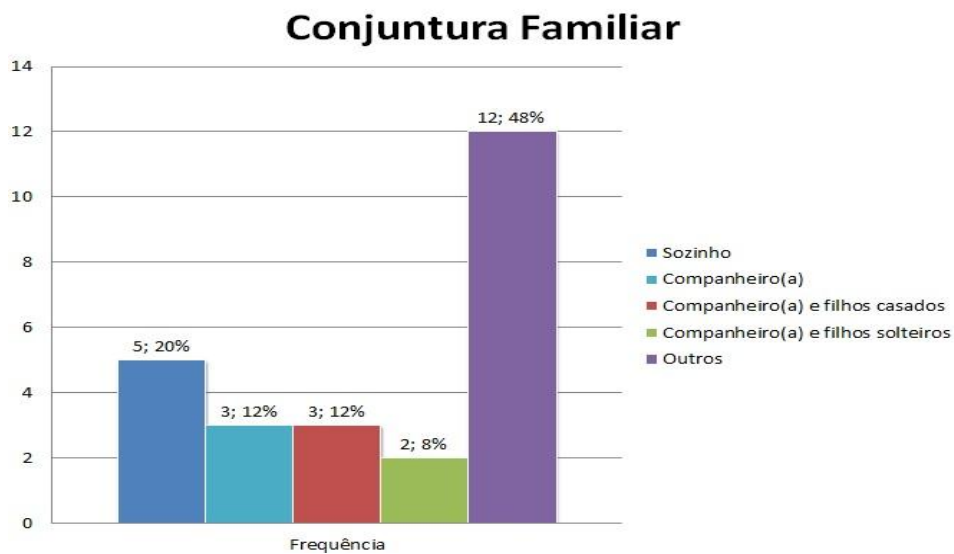
Quanto ao estado civil dos pacientes, verificou-se, entre os entrevistados, 52% (n=13) viúvos e 32% (n=8) solteiros, já os casados equivalem a 8% (n=2) e divorciados 8% (n=8) como pode ser observado no referido gráfico.

Segundo Dias, Carvalho e Araújo (2013), há maior probabilidade de recasamento no universo masculino; já a opção por viver sozinho ocorre, com maior frequência, no universo feminino, no caso de viúveis (7,5% e 17,0% respectivamente).

Observa-se que a maioria dos entrevistados são viúvos, situação que desfavorece o idoso, pois a solidão poderá levá-lo uma série de prejuízos em sua velhice.

O fato de morar sozinho, nessa fase, pode acarretar em uma qualidade de vida desfavorável e, segundo estudos, o idoso que vive sozinho, em países em desenvolvimento, tende a ser mais vulnerável às adversidades, como doenças psicológicas, problemas sociais, como o isolamento e doenças crônicas, podendo constituir-se num risco de mortalidade (OLIVEIRA et al, 2012).

Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo apresentação de familiares vivos, Conjuntura Familiar. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

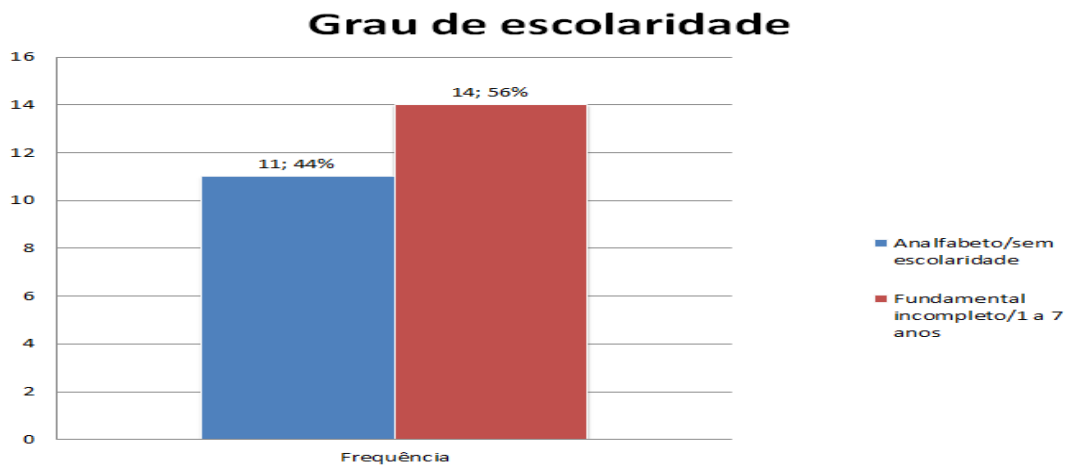
O gráfico, acima, mostra que a maioria dos idosos apresenta conjunto familiar, ou seja, possuem família, mesmo morando sozinhos. Sendo que 48% (n=12) correspondem à porcentagem de idosos que apresentam familiares distantes; 20% (n=5) ratificam que não possuem familiares; 12% (n=3) confirmam ter companheiro e 12% garantem ter companheiro e filhos casados; enquanto 8% (n=8) apresentam companheiro e filhos solteiros. Vale ressaltar que, mesmo apresentando conjunto familiar, estes idosos mantêm contato distante com a família, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Os idosos do estudo, embora apresentem familiares, vivem sozinhos. Isso pode ocorrer, devido o efeito acumulativo de eventos sociodemográfico e de saúde, bem como o tamanho da sua geração, separações, o celibato, mortalidade, a viuvez, o recasamentos; originando, no decorrer das décadas, novos tipos de arranjos familiares e domésticos, como: as instituições de longa permanência, casas de apoio ao idoso, condomínios de idosos etc (LEITE et al, 2008).

A maioria dos idosos da amostra está viúvo há algum tempo, mas para não incomodar a sua família, optou por morar sozinha. Outros relatam que gostam de ter sua liberdade de ir e vir, sem dar satisfações de sua vida. Já alguns afirmam que o tempo foi passando, os filhos foram crescendo, conseqüentemente, indo embora, por isso estavam sozinhos; enquanto outros sequer tiveram filhos, portanto, não construíram família, encontrando-se sozinhos.

Segundo o estudo feito por Dias, Carvalho e Araújo (2013), a família é para o idoso sua principal fonte de cuidados e suporte de vida, porém há situações em que a família, por ser pobre, não pode abandonar o mercado de trabalho, com o qual assume o seu sustento. Bem como existem idosos que não querem morar com família; outros preferem morar em sua própria casa; enquanto alguns se mostram preocupados com a sua privacidade e de seus familiares.

Gráfico 6: Distribuição percentual de Idosos que moram longe do Seio Familiar, segundo o grau de escolaridade. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

No gráfico 6, foram apresentadas as características dos pacientes que moram longe do seio familiar, com destaque para o grau de escolaridade, verificando-se que a maioria dos entrevistados não concluiu o ensino fundamental, representando o total de 14(56%), seguidos de 11(44%) de analfabetos/sem escolaridade. Durante a pesquisa, foi possível detectar o quanto o nível de escolaridade está diretamente relacionado ao poder de conhecimento sobre os benefícios e danos relacionados ao morar longe do seio familiar e à forma de entender ao

que foi perguntado, durante a entrevista e, até às questões que afetam a dimensão psicológica, durante o processo de viver sozinho, longe da família.

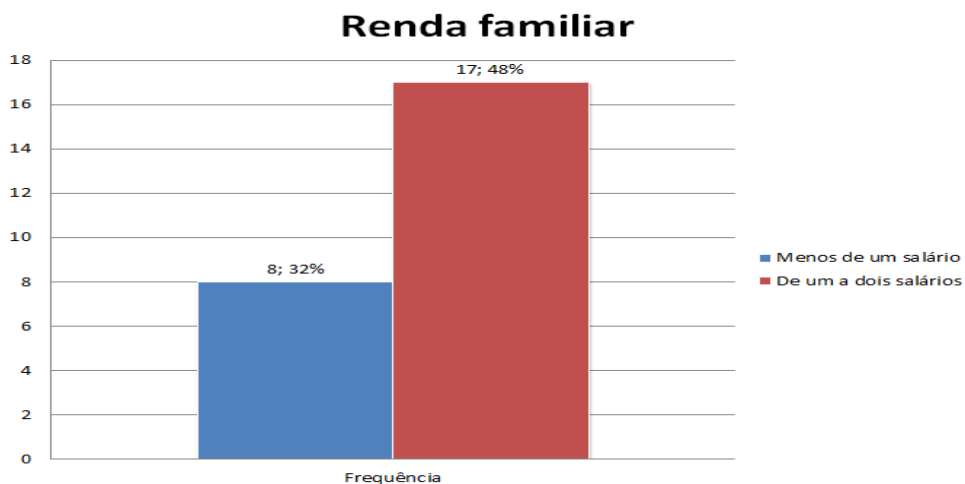
Tais fatores de risco são citados por Leite et al., (2008), que ressalta os riscos do decréscimo da qualidade de vida, com agravos na morbidade e aumento do risco de mortalidade, já que esses idosos são considerados vulneráveis aos fatores externos e internos, podendo gerar complicações durante essa fase de vida.

Gráfico 7: Distribuição percentual de Idosos que moram longe do Seio Familiar, segundo a profissão atual. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

Gráfico 8: Distribuição percentual de Idosos que moram longe do Seio Familiar, segundo a renda familiar.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



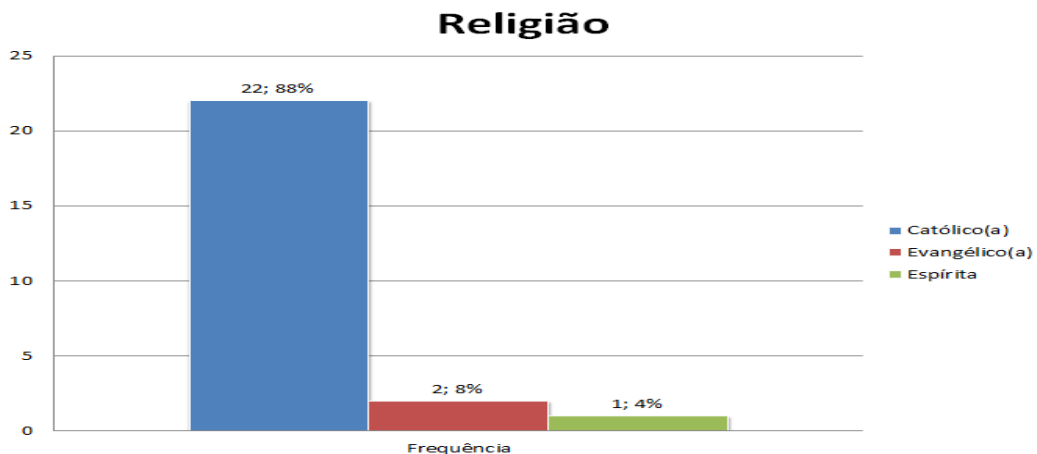
Fonte: Dados da pesquisa 2015

Quanto à profissão atual dos participantes desta pesquisa, é possível verificar, através do gráfico 7, que a maior parte dos pacientes é aposentada, com a porcentagem de 60%(n=15); já número de pensionistas é 5 (20%). Aposentados + pensionistas e aposentados + pensionistas ativos equivalem a 2 (8%). Por fim, temos a porcentagem de 4%(n=1) para os idosos que recebem apenas pensão. A partir da análise do gráfico 8, verificamos que a maioria dos idosos recebe entre 1 e 2 salários mínimos, num percentual de 68%(n=17); já 32% (n=8) menos de um salário mínimo.

De acordo com estudo de Paulo, Wajnman e Oliveira (2013), a renda tem papel de grande destaque, sendo que duas possibilidades são apontadas na literatura: o recebimento de uma renda pode, por um lado, estimular os idosos a buscarem independência, optando por morarem sozinhos e, por outro, principalmente em situações de pobreza, atrair familiares interessados em compartilhar desses benefícios, aumentando a probabilidade da coabitação.

No caso dos participantes das pesquisas, esse dinheiro e novo arranjo profissional, possibilitaram sua maior independência, sendo eles próprios capazes de administrar a sua renda, de acordo com sua vontade e necessidades.

Gráfico 9: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, segundo a Religião . (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

No questionamento sobre crenças, 88%(n=22) declaram-se católicos. Representando a minoria, encontraram-se idosos evangélicos 2(8%), espíritas 1(4%). Por se tratar de uma das amostras, no grupo da pastoral do idoso, ligado à Igreja Católica, é notório o número de adeptos ao catolicismo.

De acordo com a pesquisa realizada pelo IBGE 2012, dois em cada três brasileiros declaram-se católicos. Essa doutrina tem cerca de 64,6% da população, com maior proporção entre aqueles com mais de 40 anos. Segundo o censo, estas gerações se formaram em períodos de maior hegemonia católica. A segunda maior religião do país é Evangélica, com 22,2%. Esses dados corroboram o resultado da nossa pesquisa com idosos, na qual a religião católica se sobressai, e a maioria dos idosos, ainda, expressa devotamento e fervor a sua religião.

Gráfico 10: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, doença crônica . (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.

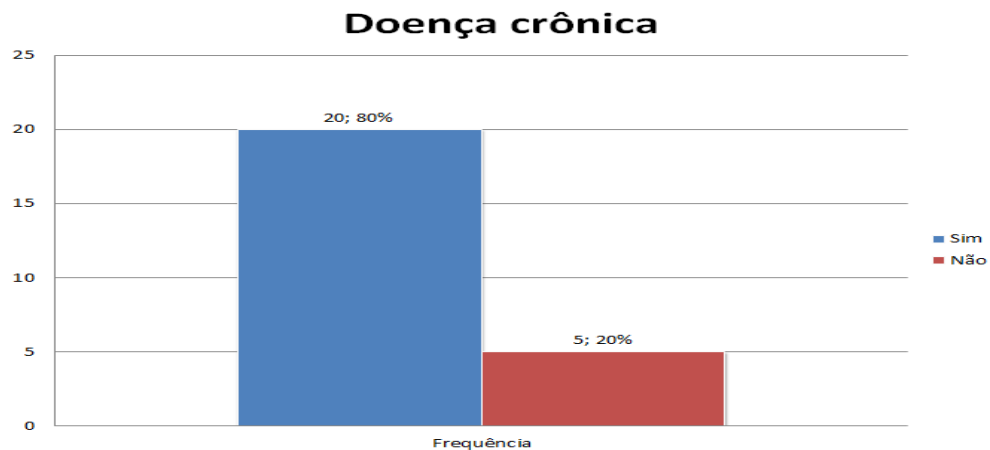
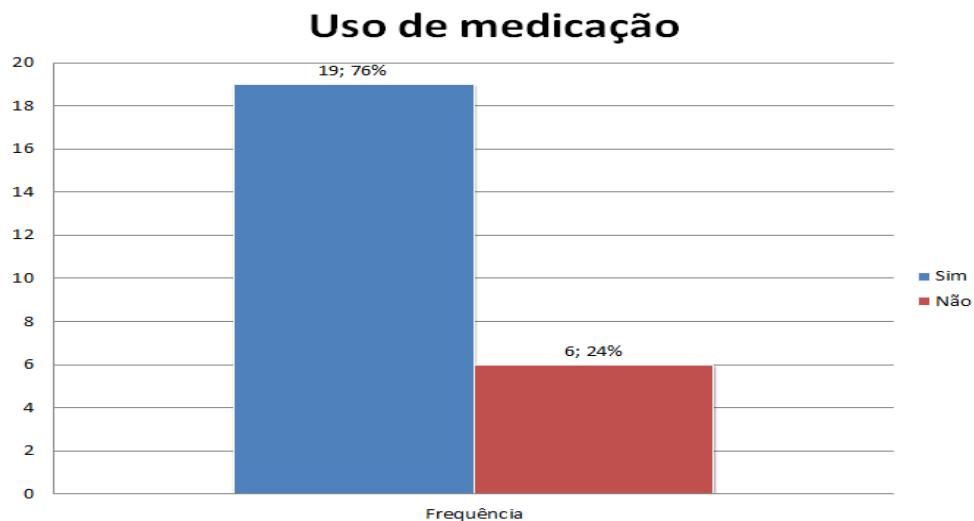


Gráfico 11: Distribuição percentual de Idosos que moram longe do Seio Familiar, segundo uso de medicação.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



O gráfico 10 refere-se à quantidade de idosos da amostra que apresentaram doenças crônicas. Dos entrevistados, 80% (n=20) apresentam; enquanto 20%(n=5) não sofrem de nenhum tipo de doença.

De acordo com Marin et al., (2009), as modificações da estrutura etária trouxeram, para a realidade do envelhecimento, doenças crônicas-degenerativas (diabetes, acidentes vasculares cerebrais, neoplasias, hipertensão arterial, demência dentre outras), que se transformam em problemas de longa duração.

Para Leite et al., (2009), estudos mostram que vínculos sociais alteram as defesas do organismo das pessoas, deixando-as mais susceptíveis às doenças. Os idosos que moram sozinhos estão sendo associados a um decréscimo na qualidade de vida e ao agravamento da morbidade, tornando-se um indicador de risco para mortalidade.

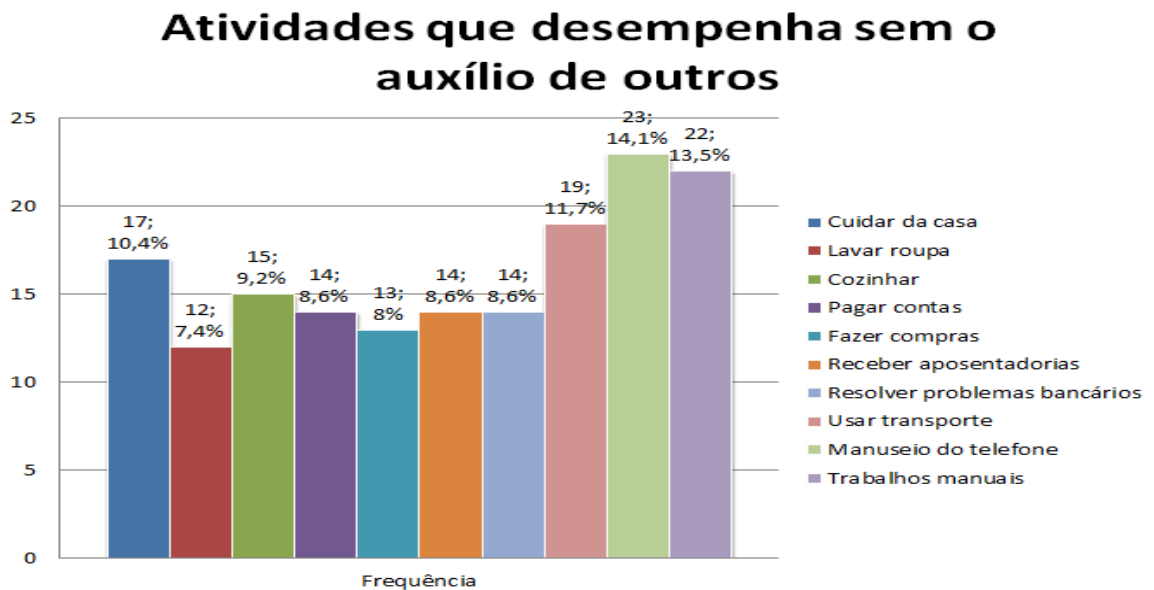
No gráfico 11, verificamos a utilização de medicações pelos anciões da pesquisa. Cerca 76%(n=29) fazem uso de medicações contínuas, além da ingestão de medicação, ao sentirem que o seu organismos não está funcionando corretamente; e 24%(n=6) afirmam não usar nenhum tipo de medicação diária, apenas utilizando medicação, sem prescrição médica, em último caso.

A PNAD- Pesquisa Nacional de Amostras em Domicilio- mostrou, em sua pesquisa, que 50% dos idosos brasileiros gastam 1/4 de sua renda com medicação. Para os idosos que moram longe do seio familiar, a complexidade de alguns esquemas medicamentosos pode ser associada à falta de entendimento, ao esquecimento, à diminuição visual e à destreza, o que contribui para a grande quantidade de erro na administração medicamentos (MARIN et al, 2009).

Com base na literatura, o nosso estudo verificou que os idosos entrevistados passam pelos riscos citados, acima, já que apresentam doenças crônicas e fazem uso de medicações, como forma de tratamento. Afirmaram, ainda, sentir medo de ficar doentes, diante das condições em que vivem, por serem sozinhos. Da mesma forma, eles narraram algumas dificuldades que estas doenças lhe trouxeram no dia a dia, como cansaço, dores nas costas, dentre outras.

Em nossa pesquisa, verificamos que poucos idosos sabiam o nome da sua medicação; qual seria a função em seu corpo, quais os seus efeitos; apenas relatavam a função: “a medicação X é para diabetes e a medicação Y é para hipertensão.” Alguns relatavam a falta de pontualidade em tomar os remédios, como também o não cumprimento da monitorização do problema. A maioria, tomava mais de um comprimido ao dia.

Gráfico 12: Distribuição percentual de Idosos que moram longe do Seio Familiar, segundo atividades que desempenham sem o auxílio de outros. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



O gráfico, acima, mostra as atividades desempenhadas pelos idosos, sem o auxílio de outras pessoas, aquilo eles conseguem realizar em seu dia a dia: 14,1%(n=23) dos idosos relatam saber usar o telefone celular, caso necessitem para ligar e receber chamadas; 13,5%(n=22) dos idosos afirmam realizar trabalhos domésticos, como lavar louça e guardá-las; 11,7%(n=19) conseguem usar transportes coletivos, do tipo: ônibus e mototáxi; 10,4%(n=17) da amostra confirmam realizar os cuidados da casa; 9,2%(n=15) preparam as suas próprias refeições; 56%(n=14) resolvem problemas bancários recebem os proventos relativos a sua aposentadoria, no próprio banco e, ainda, pagam suas contas; 8,0%(n=13) fazem as compras necessárias do seu lar e 7,4%(n=12) garantem lavar a sua própria roupa.

Nakatani et al., (2009), ratifica que ter uma vida saudável, na terceira idade, é manter ou restaurar a autonomia e independência, avaliando a saúde a partir da forma com que se desempenham as funções do dia a dia.

Para apreciar a autonomia e independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominados de Avaliação Funcional. A avaliação simples deve conter testes do equilíbrio e mobilidade; da função cognitiva, da capacidade para executar atividades do cotidiano, que consistem nas tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si mesma, como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, ter continência urinária e fecal, e as atividades Instrumentais de Vida Diária, que consistem nas habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive, incluindo as seguintes ações: preparar refeições, fazer

tarefas domésticas, lavar roupa, usar o telefone, administrar suas finanças, tomar medicações, fazer compras e usar meio transporte (MACIEL, 2010).

A maioria da amostra refere que consegue realizar manuseio de telefone, com o percentual de 14,1%(n=23); todos os trabalhos manuais, 13,5 (n=22); usar transporte público, 11,7%(n=19); cuidar da casa, 10,4%(n=17). Apresentam maior dificuldade em atividades do tipo: lavar roupa: 7,4%(n=2); fazer compras sozinho: 8%(n=13).

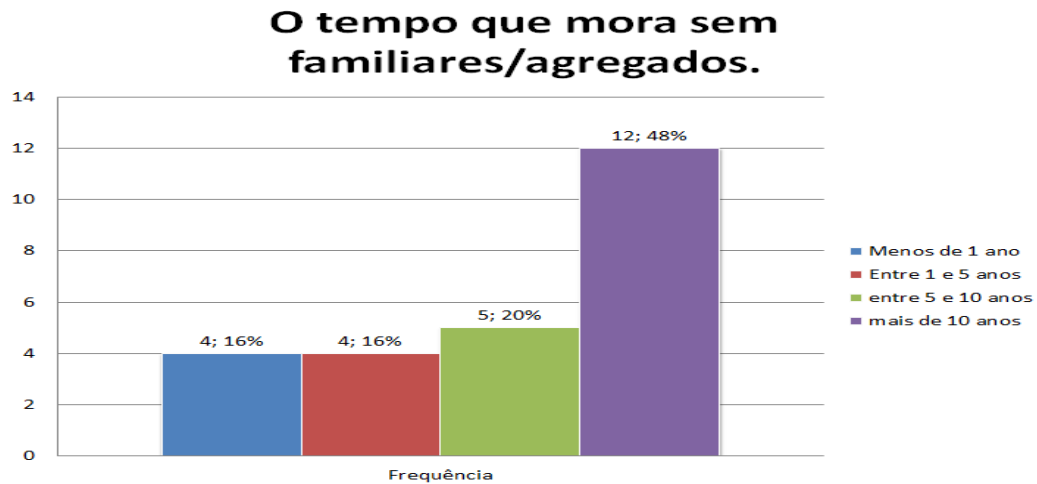
Em um comparativo do nosso estudo, pelo que preconiza a literatura, alguns idosos da amostra, através de suas respostas ao questionário, se encaixam nos critérios da Avaliação Funcional, apresentando grau de autonomia e independência para desempenhar as funções do dia a dia. Diante das respostas, o destaque foi para a avaliação das Atividades de Vida Diária, na qual os idosos demonstram ter a capacidade de cuidar de si mesmos: higiene pessoal, vestir-se, andar, comer, dentre outras funções, alcançando quase sua totalidade. Já nas Atividades Instrumentais Da Vida Diária, ocorreu um decréscimo de respostas positivas. Segundo relatos, por algumas limitações da idade, eles sentem dificuldade em fazer tarefas mais pesadas, como lavar roupa, fazer compras, locomover-se em longas distâncias etc. Os idosos que moram longe do seio familiar são expostos a riscos que podem prejudicar a sua saúde. O comprometimento dessas funções pode trazer danos imensuráveis a suas vidas, inclusive, aumentar os riscos de morbidade e mortalidade.

É, pois, necessário que o Sistema Único de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde atentem, através dos Agentes Comunitários de Saúde, para a saúde do idoso que vive sozinho, com vistas na melhor qualidade de vida, em conformidade as Políticas Públicas do idoso; podendo, assim, verificar e avaliar, de forma correta, essa parte da população, diagnosticando mais rápido os problemas, na busca de solução e na tentativa de diminuir os riscos ao bem-estar do idoso.

No gráfico 13 verifica-se o tempo, por percentual de idosos, que mora sem familiares ou agregados: 48% (n= 12) moram há 10 anos ou mais longe da família; 20%(n=5) vivem sozinho entre 5 a 10 anos e 16%(n=4) respectivamente de 1 a 5 anos.

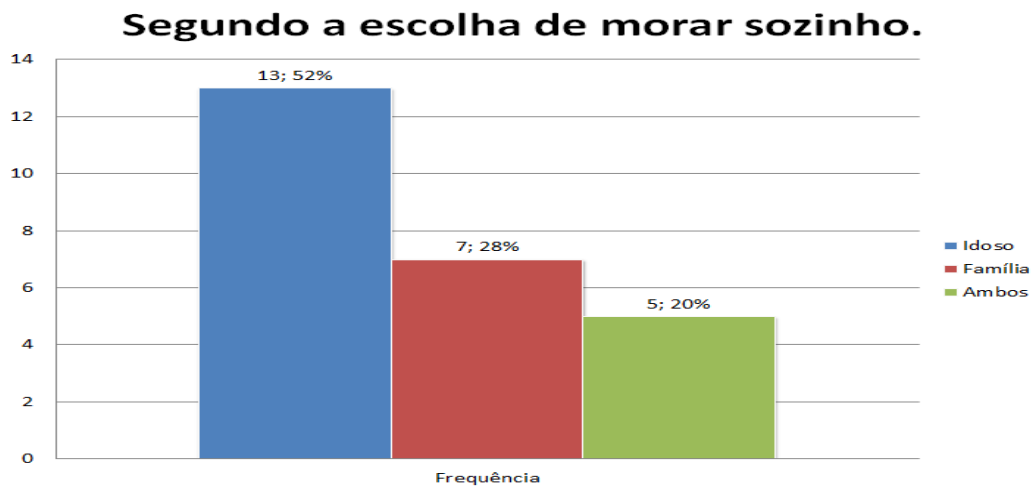
O gráfico 14 mostra que 52%(n= 13) dos idosos escolheram morar sozinho; 28%(n=7) moram sozinho por decisão da família; e 20%(n=5) afirmam que a escolha se deu, mediante acordo entre ambas partes.

Gráfico 13: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, de acordo com o tempo. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

Gráfico 14: Distribuição percentual de Idosos que moram longe do Seio Familiar, segundo a escolha de morar sozinho.(n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

Oliveira (2009), em sua pesquisa, afirma que o tempo de solidão do idoso varia entre 1 a 5 anos. Porém, encontramos idosos que vivem longe do seio familiar há mais de 10 anos e que sequer lembravam quanto tempo fazia.

O gráfico 13 está em consonância com estudo de Oliveira (2009), no que se diz respeito ao tempo, correspondendo a mais 10 anos em que o idoso vive longe do convívio familiar, caracterizando 12% da amostra, tendo como consequência o esquecimento da quantidade de tempo em que passou a vivenciar essa realidade, o maior tempo obtido é de 1 a 5 anos; já em nosso estudo, esse percentual foi maior: 10 anos longe da família.

A família do idoso brasileiro reflete o efeito cumulativo de eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde, influenciado pelo tamanho da prole. As separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, os recasamentos e as migrações vão originando, no desenvolver das décadas, novos tipos de arranjos familiares e domésticos, que podem gerar conflito familiar e resultar na escolha “do morar sozinho”, longe da família ou na instituição de longa permanência. Por outro lado, em alguns casos, a família não consegue manter, em casa, o idoso dependente, com impossibilidade de realizar suas atividades diárias, pois os cuidados podem se tornar difíceis e causar desgastes, tanto do ponto de vista físico quanto do emocional (DIAS, CARVALHO, ARAUJO, 2013).

Mesmo a família sendo importante para eles, nem todos idosos optam pelo convívio com seus familiares, pois viver sozinhos, em suas próprias casas, apesar da velhice, é uma forma de assegurar tanto a sua privacidade quanto a dos familiares. Além disso, ainda se sentem mais importantes, mantendo, assim, a sua própria independência. Há destaque, também, no Brasil, para tradição de cuidar dos seus idosos, prevalecendo o culto da família nuclear, onde convivem pais e filhos, com possibilidade de rompimento dos laços entre eles, seus filhos e netos, podendo haver a perda total de contato entre os idosos e seus filhos (ARAUJO, 2012).

O gráfico 14 mostra que 52% dos entrevistados decidiram, por conta própria, morar sozinhos, corroborando o estudo visto acima. Os idosos pesquisados afirmaram que não gostam de incomodar, já que seus filhos cresceram, seguiram seus próprios rumos, constituindo nova família; razão pela qual preferem continuar sozinhos, em sua velhice, ou morar numa instituição de longa permanência. A quebra desses laços afetivos pode, no entanto, trazer para o idoso a solidão, acoplada a um misto de saudade dos seus familiares. Assim sendo, 52% afirmam que não querem incomodar seus filhos, preferindo sua própria privacidade e a liberdade de ir e vir.

Outros 28% relatam que a decisão de morar sozinhos foi tomada pela família. Eles, por si só, não teriam se afastado, pois gostavam de sua casa, de estar perto de todos que amavam, em fim, de sua vida. Essa resposta foi dada pela maioria dos idosos entrevistados nas instituições de longa permanência, criadas para acolher os idosos que, por vários motivos, não podiam continuar a vivendo com a sua família. As ILPs tornam-se, assim, um novo lar que acolhe a terceira idade. Conforme Dias, Carvalho, Araujo 2013, a nova família, às vezes não tem espaço para conviver com os seus idosos, gerando afastamento do seio familiar. Isso

ocorre por vários fatores, afetando o que se tinha em tempos passados, onde a família era responsável pelo cuidado efetivo de seus anciões.

Tivemos, ainda, 20% das respostas referentes a um acordo entre idosos e familiares; acordo este, geralmente, relacionado a motivos financeiros, ao ritmo acelerado de trabalho, à busca da preservação da liberdade e à vontade do idoso, resultando, assim, numa decisão de comum acordo.

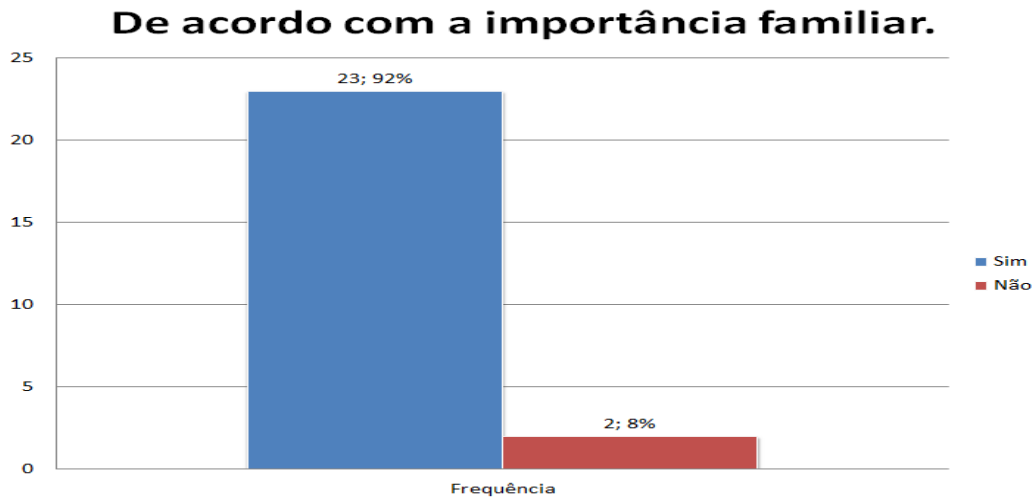
Os idosos institucionalizados, na maioria, são aqueles que vivem por mais tempo longe do convívio familiar, chegando a mais de 10 anos distantes de sua antiga realidade. Além disso, o grupo é acometido pela vontade da família, aceitando o que foi colocado por ela; sem ter autonomia nas decisões. Por maior que seja a vontade dos idosos em continuar com a sua rotina diária; a família toma decisões por eles, ocorrendo, assim, internações em instituições de longa permanência, que modificam completamente, a realidade vivenciada.

Muitos idosos sentem vergonha em dizer que foram internados, involuntariamente, preferindo argumentar que a internação se deu devido a problemas de saúde ou por falta de condição da família, tentando esconder as ameaças dos próprios familiares (CARMO, 2012).

Os idosos que participam do grupo da pastoral do idoso admitem não gostar tanto de viver sozinhos, porém afirmam não abrir mão da sua independência/identidade. Assim, a decisão tomada partiu de comum acordo com os filhos, ou porque a família foi se dispersando, ao passar dos anos, com crescimento dos filhos ou falecimento de familiares, acabando sozinhos e, assim permaneciam, por costume ou por escolha.

Por fim, podemos concluir que os idosos que moram sozinhos, em seus domicílios, na maioria 9 idosos, optaram, por vontade própria, por essa escolha; Enquanto a maioria dos idosos institucionalizados afirma que a opção foi da família; 7 idosos deram a entender que queriam continuar próximos da família. Comparando as duas realidades, pode-se, então, verificar o abandono familiar, pois muitos dos idosos institucionalizados acreditavam que a sua família voltaria para reverter a situação e, assim, eles retornariam para casa. Eles, ainda, se queixavam muito do afastamento de sua rotina, do que estavam acostumados a fazer; alguns deles preferiam não falar sobre o assunto, pois se entristeciam, principalmente aqueles que foram levados enganados para instituições de longa permanência ou com a esperança de retornariam para casa.

Gráfico 15: Distribuição percentual dos pacientes que moram longe do seio familiar, de acordo COM a importância familiar. (n=25), Cajazeiras – PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa 2015

O gráfico 15 relata a importância da família para os idosos da amostra: 92%(n=23) afirmam que a família é muito importante, mesmo não sendo presente em seu cotidiano; 8%(n=2) não consideram o âmbito familiar importante.

A familiar representa para idoso um contexto fundamental de bem-estar, por encontrar, neste ambiente, apoio e intimidade para as diferentes situações com as quais se depara. São notórias as transformações que a família atual vem sofrendo, em relação ao surgimento de novos papéis, e a longevidade tem proporcionado a convivência interacional, reunindo até quatro gerações em uma mesma residência. Diante disso, apesar das mudanças frente a diversas situações, a família continua sendo um local importante para nutrir afetos e proteger os idosos (ARAÚJO, 2010).

Os idosos da pesquisa demonstram apego aos seus familiares, mesmo morando distante do seu convívio. A maioria vê a família de maneira importante, fundamental para vida do ser humano. Por mais que o passado tenha histórico de divergências, não se tratando de família convencional, ou tenham sido esquecidos ou abandonados, ainda assim, a família é considerada importante, e os idosos demonstram o desejo de estar sempre perto dos seus entes queridos.

Diante da negação da importância por parte de 2 idosos da pesquisa, leva-se em consideração o quesito citado acima, pois esta manifestação pode estar relacionada à solidão que o idoso vivencia ou à questão de abandono; por estarem longe do seio familiar, podem se

considerar não importantes para sua família, chegando à conclusão de que a família não tem importância para o próprio idoso.

5.2 CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS

As falas foram agrupadas, a partir das unidades de análise que emergiram no processo, e determinaram as seguintes Categorias:

5.2.1 CATEGORIA I: ESTILO DE COABITAÇÃO

Nesta categorização, partimos do questionamento referindo-se aos motivos que levaram os idosos a morar sem seus familiares. Para melhor análise da pergunta, os idosos foram, assim, divididos: os institucionalizados e os que moram sozinhos, já que as respostas diferem pelo local de moradia. São evidentes as falas:

Idosos Institucionalizados:

“Foi porque eu tava doente né? Ai me colocaram aqui.” Fala 3

“Eles me trouxeram pra qui, não foi eu não. Eu ia passando para aquele outro, como é elas deixaram eu pra ver se eu ficava boa do meus olhos, mais eu não fico.” Fala 5

“Foi minha, não foi da parte de ninguém vim mora aqui. Minha mãe ainda era viva quando eu dizia assim, mãe quando eu tiver velhinha mãe eu quero morar no abrigo. Ai mãe dizia, minha filha quem sabe. Se vc quiser ir vá. E eu vim mesmo, eu tinha vontade de vim. Toda minha família teve prazer porque eu vim.” Fala 19

Idosos não institucionalizados:

“Porque eu gosto da independências, gosto muito de passear, de sair, gosta de participar das minhas reuniões, gosto de ir a minha missa nos dias de domingo.” Fala 6

“Foi por espontânea vontade porque eu morava no sitio e tinha as meninas para estudar e eu tive que vim pra rua. Ai aqui casou tudo, foi embora e eu fiquei só.” Fala 10

“Meus filhos foram embora, depois de um tempo fiquei viúva. Inventei de morar lá e passei só seis meses, meu filho vou embora. Não mãe vai não. Aqui é uma coisa que ninguém vive, a pessoa... Tudo é longe, pra andar de trem, ônibus e de metro. Nam, não vou não. Aqui ando numa moto, eu já conheço. Aqui ando de pé, eu já conheço.” Fala 11

“É que eu não gosto mesmo de mora mais ninguém. Por gosto dela, eu tava mais ela.” Fala 15

Conforme a fala da amostra institucionalizada, fica claro que a maioria dos idosos foi levada para uma instituição de longa permanência não por vontade própria, mas sim por vontade de seus familiares, ou a partir de acordo comum. Uma pequena amostra preferia morar em ILP, por vontade própria ou por achar que causaria incômodo, pelas suas limitações, tornando-se um peso para aqueles com quem tem seus laços consaguíneos.

A família, ao procurar uma ILPI como local para seu familiar residir, tem o objetivo de proporcionar um ambiente diferenciado do que está presente no domicílio; que ofereça cuidados e companhia, além de um espaço de convivência e socialização, pois as causas para a separação podem ser interligadas à da longevidade da população, somadas às dificuldades culturais e socioeconômicas que envolvem os idosos e seus cuidadores; ou, ainda, ao comprometimento da saúde do idoso e da família, à ausência do cuidador no domicílio e aos conflitos familiares (MELO, 2014).

A institucionalização pode caracterizar-se numa forma de abandono familiar para o idoso, pois nem sempre o vínculo familiar é mantido: os idosos, geralmente, são deixados, ali, sem retorno para visitas.

Para Carmo (2012), os idosos podem encarar o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono por parte dos filhos; aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários das ILPs. Um dos sentimentos mais presentes na vida do idoso institucionalizado é o de “exclusão”, além de mágoa por ter sido abandonado e a crença de que é um peso para a família.

No decorrer da conversa, com evidências nas falas, alguns dos idosos demonstraram insatisfação e, ao mesmo tempo, aceitação pela institucionalização, por não querer ser um peso para sua família ou para não dar trabalho; afirmaram estar satisfeitos por terem um lugar para morar, comida e lugar para dormir. Além de afirmarem que gostam do local e que são bem cuidados, por isso, apresentaram uma convivência amigável com todos.

Muitos idosos sentem vergonha em dizer que foram internados, involuntariamente, preferindo argumentar que a internação se deu devido a problemas de saúde ou por falta de condição da família, tentando esconder as ameaças sofridas dos próprios familiares (COSTA, MERCADANTE, 2013).

Alguns idosos concordam com a condição de serem institucionalizados, em decorrência da falta de recursos financeiros próprios ou de familiares; outros, por acreditar que seriam um peso para seus familiares; outros porque preferem a institucionalização à solidão; e ainda há preferência pela vida em comunidade, convivendo com idosos das mesma faixa etária (ARAÚJO, SOUSA E FARO, 2010).

A fala 19 evidencia bem este estudo, pois a idosa era satisfeita por estar no abrigo, convivendo com outros idosos; considerava-se uma pessoa feliz naquele ambiente, assegurava que sempre tinha sido da sua vontade estar ali, de acordo com os filhos que, mesmo distantes, visitavam-na quando podiam e telefonavam sempre.

O estudo de Araújo, Sousa e Faro (2010) também pode ser utilizado para expressar o sentimento dos idosos que moram sozinhos; a diferença, porém, é que estes têm a sua liberdade, não apresentam o laço social rompido e prezam muito por isso.

Nas falas dos idosos, fica evidenciado que os seus parentes foram deixando, lentamente, o convívio familiar, para seguir a suas vidas; ou por viuvez, aos poucos, a família foi se dispersando e, mesmo aqueles idosos que os filhos chamaram para conviver com eles, preferiram continuar em suas casas, com a sua vida, suas rotinas sem interferir na rotina de outros lares.

Muitos idosos, por necessidades e dificuldades, acham que se tornam fardos para familiares, optando por morar sozinhos; outros têm autonomia nas suas próprias decisões e gostam de viver sozinhos (CAMARGO, RODRIGUES E MACHADO, 2011).

A liberdade, na velhice, é vista como uma conquista bem sucedida, geradora de

satisfação e bem-estar; envolve determinados aspectos, como: entusiasmo, determinação, fortaleza e congruência, apresentando conceito positivo de si mesmo e bom humor. A vida torna-se, pois, mais agradável e feliz (D'ALENCAR, 2006).

Entendemos que para uma pessoa idosa sentir a sensação de liberdade citada, acima, deve ter uma estimável qualidade de vida, que determina as suas condições diárias, como fica claro nas falas 3 e 19, nas quais se expressa o valor dessa liberdade, da autonomia que elas tem de ir e vir; do que está disposto no seu dia; que são ativos e capazes, portanto, de se cuidarem sozinhos.

A serem indagadas se gostam de morar sem familiares/agregados, destacamos as seguintes falas:

“É o jeito né? Moro longe e cada um vai pro seu canto e a gente mora separado, né? Mas, quando tinha tudim e morava tudo perto era bom.” Fala 8

“Eu já to acostumada. To nem ai. Eu vou lá ora sargento marciel eu danço, eu pulo, vou para minhas reuniões, vou CESES ler, vou pro CSU, eu ando tudim.” Fala 11

“É o jeito né? Né achando bom não, só é ruim a noite que a gente pode adoecer.” Fala 13

“Gosto, gosto sim. Morava sozinha, dormia só.” Fala 17

“Gosto não.” Fala 21

É notório, diante das falas expostas, que as amostras se divergem em relação à esta pergunta, pois alguns idosos afirmam que gostam de viver sozinhos; outros que não gostam, admitindo, sequer discutir sobre isso, apesar de um diálogo em que houve a tentativa de fazê-lo expor o porquê. Por outro lado, outros afirmam que, por falta de opção, aceitaram essa nova realidade e, apesar disso, não reclamam, demonstrando, até que gostam; já outros sentem saudades do passado, quando tinham os seus familiares por perto.

A família é uma ordem de saúde para seus membros, assumindo o papel de cuidadora e supervisora, tanto em situações de saúde quanto na doença. É responsável por decisões relativas aos caminhos a seguir, acompanhando, avaliando e solicitando a ajuda aos seus significantes ou aos profissionais (PERLINI, LEITE e FURINI, 2007).

Desta forma, os idosos não institucionalizados que não apresentam seus familiares por perto, sentem-se desprotegidos, apesar da independência que possam ter. Relatam ter medo de adoecer, de passar por procedimentos cirúrgicos ou internação; ficam aflitos, apenas, em pensar nesse assunto, porque talvez aqueles parentes vivos não tenham como vir cuidar deles.

Os idosos institucionalizados apresentam uma vantagem sobre estes, pois, apesar de estarem afastados do seu convívio familiar, têm a sua disposição uma equipe de pessoas capazes de prestar os cuidados necessários para sua recuperação, assim como para promoção da saúde e bem-estar. Os cuidadores, como são chamados, passam ser a ponte de apoio para cuidados de higiene pessoal, também nos diálogos, assumindo, algumas vezes, o papel da família que se encontra ausente.

Um estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) revelou que os idosos podem viver muito bem sozinhos. Tal constatação se deu no acompanhamento a um grupo de pessoas, na terceira idade, que reside em um bairro de classe média de São Paulo. Percebeu-se que este grupo vivia feliz, mesmo sem morar na companhia dos familiares, ao contrário do que os estudiosos pensavam. Para os idosos, a sensação de independência leva muitos idosos a preferir não morar com parentes.

Isso também foi notado nas falas da amostra, quando afirmaram viver muito bem sozinhos e que se sentiam felizes assim. Realizavam as suas atividades diárias e afirmavam ter mais disposição e coragem do que muita gente de quinze anos.

Segundo (CARMO, 2012), viver em um asilo pode até oferecer possibilidade de acolhimento e de expressão das pessoas, mas não é o mesmo que viver em uma família, onde os laços do passado e do presente estão vivos e são compartilhados afetiva e socialmente.

Assim os idosos que afirmam não gostar de viver sem os familiares e longe de suas casas, são em sua maioria, aqueles que vivem abrigos. Alguns relatam insatisfação, por não terem escolhido morar ali; por terem se afastado de toda a sua vida, dos seus hábitos, em fim, estão insatisfeitos com a nova moradia e forma de encarar a vida.

5.2.2 CATEGORIA II: RELACIONAMENTO FAMILIAR

Nesta categoria, foi perguntado, inicialmente, se eles apresentavam familiares vivos e com que frequência se encontravam. Identificamos que a maioria apresenta familiares vivos, dentre os quais, alguns recebem visitas mensalmente; outros, anualmente; existindo, ainda, idosos que não recebem visita dos seus parentes, notadamente aqueles que foram institucionalizados. Evidência nas falas, a seguir:

De acordo com a existência de familiares:

“Tenho um filho que mora ali nos cocos, trabalha lá nos cocos. tem dois filhos um mora em são Gonçalo e trabalha no Pará e outro mora em São Paulo.” Fala 18

“Tenho. Eu tenho mãe ainda.” Fala 20

“Tenho sim. Tenho sobrinhos, e uma irmã.” Fala 7

De acordo com o recebimento de visitas:

“Vem uma vez perdida.” Fala 10

“É difícil eles virem. Eles têm ocupação deles né?” Fala 8

“É uma vez por ano, tanto da família do meu marido, quanto dos meus filhos. Ai minha irmã, tem vezes que vou lá, fico um dia.” Fala 14

“Não, ela não vem aqui não, ninguém vem aqui não.” Falta 1

Vale ressaltar que antes da entrevista, ocorreu uma explicação do tema abordado no questionário. No decorrer das perguntas, ficou claro que os idosos sabem, exatamente, onde se encontra cada familiar, muitas vezes afirmam para si mesmos que a sua família anda muito ocupada e, assim, caracteriza-se a falta que sentem deles.

As famílias, ao deixarem de cuidar de seus idosos, provocam aumento no número de institucionalizados, bem como nos que vivem sozinhos. A convivência cotidiana e familiar de

origem, constituída por pais e irmãos, torna-se, na maioria das vezes, esporádica (BORGHI, MOLITERNO, CARREIRA, 2010).

A falta de visitas pode trazer para os idosos aspectos emocionais e afetivos, gerando consequências negativas, evidenciadas pela falta do apoio dos membros de sua família, remetendo-os a um sentimento de abandono e solidão (FARIA, ANTONI, EBSUI, 2014).

Percebemos, ainda, que os idosos, através do ato da entrevista, ao falar de seus familiares, ficam, aparentemente, abatidos, principalmente aqueles que não recebem visita alguma. Estes são extremamente carentes de atenção, de escuta, de compreensão; com um olhar longilíneo, representando sentimento de saudades e solidão. São, na maioria, residentes de Instituição de Longa Permanência, tendo como principal característica o abandono, que será relato adiante.

Os idosos não institucionalizados da pesquisa apresentam uma característica muito importante: embora não receberam visitas de seus familiares, têm uma relação muito amigável com a sua vizinhança, assim não perdem a sua identidade social. Ao contrário dos idosos institucionalizados, que acabam perdendo essa identidade, pela própria característica de sua moradia, onde o seu convívio diário se dá apenas com os enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares e outros idosos; ou seja, perdem o convívio social, modificam totalmente o seu estilo de vida, ficando limitados àquele local.

Assim, os idosos não institucionalizados apresentam o direito de ir e vir, convivendo em sociedade, com pessoas de todas as idades; podem até não receber visitas de seus parentes, porém recebem visitas de amigos e de vizinhos. Dessa forma, diminui um pouco a solidão que a falta de seus laços sanguíneos pode trazer.

Seguindo a diante com a categoria, foi questionado como era o relacionamento do idoso com a sua família. Marcados na fala:

“É bem graças a Deus.” Fala 6

“É sim, graças a Deus. Nunca meus filhos, nunca me deram cancela. Eles cresceram lá em São Paulo, casaram lá, moram tudo pra lá, tem os trabalhos deles lá. Estão tudo por lá. Que Deus abençoe.” Fala 11

“É normal, já que toda família tem seus problemas.” Fala 21

Todos os idosos afirmaram que o relacionamento com os seus família era bom, mesmo aqueles que apresentavam histórico de maus-tratos. Segundo eles, viviam felizes perto daqueles que amavam, sentiam-se acolhidos, presentes. Apesar de todos os problemas, eles sentem saudade.

Podemos perceber, também, que a maioria apresentava uma relacionamento de amizade, liberdade de se expressar, sentia que poderia contar sempre com todos.

Segundo Freitas e Ribeiro (2006), a família, em qualquer idade, é considerada social e culturalmente a base do habitat de uma pessoa, porém, a fase da velhice exige desse ambiente cuidados com alterações hormonais, culturais e psicológicas, além das necessidades que demandam cuidados fisiológicos e psicológicos. O afastamento dos idosos de seus laços sanguíneos pode gerar perda total do contato entre idosos e familiares.

Na pesquisa de Carmo 2012, em instituições de longa permanência, ao perguntar ao idoso como era o seu relacionamento com a família, 9(62%) idosos consideravam positivo; 3(21,4%) consideravam ótimo e 2(14,2%) idosos, regular. Isso não se confirmava, já que houve abandono de 63% idosos, e a própria família impôs a institucionalização. Com o nosso estudo, podemos perceber que as falas apresentam a mesma resposta que as afirmativas da pesquisa de Carmo, em que idoso afirmava ter um bom relacionamento, no entanto, muitos só recebem visitas, anualmente, ou não recebem visita de modo algum.

Por meio do afastamento familiar, verificamos, através de outro quesito, qual a importância desses familiares na vida dos nossos entrevistados, podendo, assim, constatar através das seguintes falas:

“Pra mim é tudo, qualquer problema que a gente tem, a gente divide um com outro. Porque problema todos nós temos. Mas morando perto é mais complicado, mas morando distante é muito bom. A gente quando tem as coisas da gente a gente divide um com outro, tanto daqui pra lá, quando de lá para cá.” Fala 14

“A minha família é muito importante. Amo de mais.” Fala 20

“Não, são importantes não.” Fala 24

“Eles são tudo pra mim minha filha. Meu coração doi porque não consigo tira meu

filho do mundo que ele entrou. Mas não posso fazer nada.” Fala 25

Consta-se, através das falas que, para a maioria, a família é considerada muito importante. Alguns apresentam contatos maiores, apesar de encontros anuais, recebem telefonemas, cartas, assim, não perdem totalmente o laço. Outros apresentam maior preocupação, principalmente, com seus filhos que tiveram de deixar seus pais para procurar melhoria de vida em outros estados.

As duas pessoas, apenas, que negaram a importância familiar viviam em intuição de longa permanência e demonstraram frustração por ali se encontrarem, alegando que teriam condições de viver sozinhas, em outro local. Além disso, não entendem o porquê do desaparecimento dos seus familiares, sentindo-se excluídas do convívio familiar. Magoadas por terem sido abandonadas, questionam os motivos desse comportamento. Daí a razão pela qual a família não é considerada importante, assim como eles não são considerados importantes para os seus.

O sentimento de saudade é observado em todas as falas, mesmo na falta de afirmação da importância familiar, a saudade do que foi vivido traz um sentimento de carência de atenção, da necessidade de escuta, de um simples gesto de carinho, isso é notório durante a duração da entrevista e da convivência com idoso nas distintas localizações. Porém, os idosos que estão em instituições de longa permanência chamam maior atenção por terem sido tirados do convívio social com pessoas de diferentes idades; tendem a chamar atenção e a buscam envolver o entrevistado com a sua história, com evidência maior naqueles que não recebem visitas, esses são os mais carentes.

A participação dos familiares apresenta efeitos positivos, especialmente, quando se trata de filhos, sendo fundamental para qualidade de vida (MELO, 2014). Em nossa análise, isso evidencia através das afirmativas da importância familiar.

Ao envelhecer, ocorre a necessidade de mais cuidados, atenção, amor e muito afeto. Os sentimentos afloram, facilmente, intensificando a infinita nuance de afeto e amor com a família. Desta forma, a afetividade se manifesta, de forma significativa, expressando mais uma vez que a família deve estar sempre presente nesta etapa, para prestar o suporte necessário (SILVA, ALMEIDA, 2012).

Fica, portanto, comprovado que o relacionamento familiar, antes do afastamento do idoso e da família, era bom e que, apesar de tudo, a maioria da amostra considera a família importante, manifestando-se a favor das lembranças afetivas e do amor que nutre pelos seus entes queridos.

5.2.3 CATEGORIA III: VIOLÊNCIA VIVIDA

Nessa categoria, a pesquisa buscou algum vestígio de violência que, por ventura, a população da amostra tivesse sofrido, pois se sabe que os idosos que vivem distantes do seio familiar, sozinhos ou nas ILPs, são vulneráveis a maus- tratos. Buscamos, ainda, averiguar se, em algum momento de sua velhice, chegaram a passar por esse tipo de situação. Para tal investigação, foi perguntado aos idosos se eles já teriam sofrido algum tipo de agressão na velhice, quer seja física, psicológica ou verbal, o que é perceptível nas falas:

Idosos Institucionalizados:

“Já, o homem quis me fazer o mal, mas Deus me ajudou ele não conseguiu não. Eu fui ameaçado com um chicote, isso agora lá num Açougue acular. Também tinha um facão, tava cheio de gente lá. Me escapei moça pra não apanha, no meio da rua, lá na desembargador boto. Pode ir lá em “fulano” conta essa historia.agora a senhora ver o caba que eu fiz mais por ele na minha fazenda. Não passou fome por má deu. Eu não tenho sorte não.Eu vivo sem sorte, nunca se faz o bem pro caba, o caba pagar com bem. Só paga com mal, tem gente que é assim né?Não sei se todos é, mas não sou tão ignorante assim não, mas sou sem sorte.O que eu fiz por esse caba, passaram fome, passaram mó deu. Porque o dono botou pra fora, desprezou, ai eu fui ajudar.pagava dia de serviço não ia trabalhar, leite da vacas todo dia, ai eu camarada foi pescar, deixou com sede o gado. Ai disse que ia dar neu. Ai disse que ia mostra quem era ele, ai disse que você vai pro inferno hoje. Isso no dia 18 de 2014, só não apanhei porque corri.” Fala 3

“Sim Foi, o nome dele é XXX. porque meu menino, eu fui mora na casa dele em songonsalo e quando foi uma noite ele disse, pai eu to com vontade de matar pai.pai eu to com vontade de matar pai, eu digo avé maria, eu digo a mulher dele disse você não ta doido de fazer isso com seu pai, você não ta doido de fazer isso com seu pai. Pois amanhã você vai me deixar lá na

rua, em cajazeiras que eu vou pra lá, ai quando foi no outro dia, lá em frente a rodoviária ele disse, eu vou deixar você lá na casa de novim, ai eu digo eu vou lá pra sargento Maciel que ele já me chamou pra ir morar lá, e eu vou morar lá, ai ele disse vá pra casa de novim que é melhor, ai eu disse, eu quero ir lá pra casa de sargento marciel. Ai ele pegou o carro e voltou pra , ai eu vim pra qui. Se ele quisesse me matar ele tinha me matado, é porque levei meus troço vei pra lá e ele não tinha, e ficou com meus troço vei tudo, mais isso não vale de nada não.” Fala 4

“Já sim, foi melhor coisa do mundo eu vim pra cá.” Fala 18

“Não minha filha, nunca fizeram isso comigo não.” Fala 20

Não institucionalizados:

“Já, foi um vez. Ai o neto daquela mulher que tava ai, a Francisca o neto dela já quis bater neu. Por cause de bola, ai eu peguei e fui reclamar e meu menino não deixou. Sim, já hoje. Ontem foi um pior cabaré na minha rua ontem. E meu irmão me roubou uma vez, mas já faz tempo.” Fala 15

“Não, até pra isso Deus ilumina meu caminho.” Fala 14

“Antes de eu vim pra qui, uma sujeita que morava perto do meu filho, por cauda do meu menino. Ela queria me bater. Venha minha filha, venha. Eu digo se você é mulher.” Fala 11

“Nuca minha filha, graças a Deus não.” Fala 9

Para melhor discussão das falas, dividimos as respostas entre: idosos institucionalizados e não institucionalizados. Obtivemos relatos de violência em ambos grupos, tanto violência física quanto verbal. Não se pode esquecer que os idosos que foram institucionalizados, assim como aqueles idosos que moram sozinhos e não recebem visita de seus familiares, sofrem um tipo de violência, o abandono familiar.

A Organização Mundial de Saúde definiu que os maus-tratos contra os idosos podem ser classificados enquanto violência física, verbal, psicológica ou emocional, sexual, econômica ou financeira, negligência e autonegligência.

Os maus-tratos contra o idoso são considerados como grave violação dos direitos do cidadão, sendo um dos motivos para retrocesso da evolução social, segundo afirmações dos direitos humanos. A violência doméstica é contrária aos direitos que resguardam e protegem a pessoa idosa, previstos no ordenamento jurídico internacional e brasileiro (GARCIA, 2009).

A violência doméstica é aquela praticada no ambiente familiar, por parentes, curadores ou por cuidadores do idoso; enquanto que a violência social é identificada pelas ações de discriminações e preconceitos por parte da sociedade, de instituições privadas ou públicas (MINAYO, SOUZA, PAULA, 2010).

Diante dos depoimentos, verificamos sinais de violência doméstica, mais conhecida como violência intrafamiliar. Na Fala 4, por exemplo, é perceptível a emoção do idoso, durante o relato, por não acreditar que seu filho pudesse tentar algo contra o próprio pai e por não entender os motivos que o levaram agir de tal modo. Tomado pelo medo, pediu para ser levado a um abrigo, que passou a ser sua nova casa, perdendo todo e qualquer contato com seu filho e com a família. Este senhor não apresentou medo algum em contar sua história, diferente de outros idosos que não quiseram comentar sobre o assunto por medo, por vergonha ou simplesmente por não querer relembrar o passado.

Os abusos familiares contra idosos podem ser considerados os mais preocupantes, já que a família é o laço mais firme de confiança, amor, afeto, carinho e de segurança que os idosos podem ter. Diante da violência, no âmbito familiar, o idoso encontra-se totalmente desamparado, sem perspectiva alguma de proteção e ajuda, gerando o silêncio e, muitas vezes, o sentimento de culpa por dar trabalho, por não ser mais capaz de desenvolver suas atividades diárias sozinho.

Em outras falas, foi identificada a violência social. É importante destacar a fala 15, visto que a entrevistada apresentava problemas psicológicos. Ela relata que sofre preconceito da sociedade, desde quando era nova. Ao procurar a sua casa, foi possível detectar a forma como era conhecida pela comunidade e qual tratamento lhe era dispensado. Ela sofria com o isolamento social, pois, apesar de ser uma pessoa de boa índole, era julgada pelo seu problema.

A violência sociopolítica ocorre, quando há desigualdade entre as relações sociais mais gerais, que envolvem grupos e pessoas consideradas delinquentes, e às estruturas econômicas e políticas, nas relações de exclusão/exploração (ARAUJO, FILHO, 2009).

Obtivemos, em nosso estudo, alguns exemplos desse tipo de violência. A institucionalização do idoso pode ser considerada também um tipo de agressão à liberdade e à socialização do idoso. Como se sabe, o idoso, a partir do momento que passa a viver em ILP, limita suas fronteiras de socialização; sua nova casa torna-se o único lugar de convívio com outras pessoas, afetando o seu bem-estar psicológico e social.

Durante a coleta de dados, detectamos, para melhoria do bem-estar do idoso institucionalizado, a carência de atividades para a promoção de uma melhor qualidade de vida, uma vez que tudo é muito limitado. Não constam rotinas de passeios; de visitas a lugares da cidade que eles consideram importantes, o que seria uma forma de resgate dessa socialização.

O abandono de idosos está, pois, relacionado a sua história e às características individuais, ou seja, pode ser representado através da perda de afeto por parte do companheiro; dos filhos, familiares e amigos; podendo, ainda, está relacionado a situações de fragilidade, em que o idoso, com algum tipo de incapacidade funcional, é lentamente isolado do circuito familiar, aumentando o sentimento de dependência (HERÉDIA, 2012).

A violência por abandono está, também, exposta em todo o contexto da entrevista, apesar de não explícita, ela atinge, principalmente, os idosos que afirmam não receber visita de seus familiares, o que traz para eles sofrimento, angústia e tristeza pela perda dos laços familiares.

Alguns idosos afirmam não ter sido enganados ou ter sofrido algum tipo de agressão. Mesmo sendo expostos a um fator de risco, que é morar longe da família, afirmam nunca ter passado por tal situação. Porém, durante a entrevista, foi notado que alguns deixaram de expressar a verdade em suas respostas, principalmente, aqueles cuja evidência de maus-tratos é bastante clara. Apesar de todas as visitas para adaptação e conhecimento com o entrevistador, ainda assim, não foi o suficiente para gerar um clima de confiança, ao ponto de expor suas confidências ao entrevistador. Talvez isso se deva ao medo ou à angústia em relembrar o ocorrido, dentre outros fatores que pode tê-los levado à omissão dessas falas.

Outro fator que se destaca é a referência a ambientes em que o idoso se sentia mais agredido/ameaçado, ficando explícito nas falas:

“Até hoje não minha filha. No hospital, é nos posto tudim, agora faço que nem outro,

eu não aborreço ninguém, porque tem delas que as vezes não é bem atendida, porque aborrece o pessoal do jeito que for. Eu tenho muita paciência de esperar, porque tem gente que não tem paciência de esperar.” Fala 6

“Mulher, não. Nunca senti isso não. Graças a Deus” Fala 9

“Sempre sou sim minha filha, bem recebida lá nesses cantos, nunca me trataram ruim não”.
Fala 22

Diante das falas, não identificamos nenhum sinal de maus-tratos nos locais citados, explicados e identificados para os idosos. Porém, é sabido que, nos últimos anos, essa população vem sendo alvo fácil de pessoas sem escrúpulos que costumam frequentar hospitais, bancos, comunidades, postos de saúde, dentre outros. Há, portanto, divergência nas respostas, comparadas às anteriores, nas quais, os idosos confirmaram ter sofrido violência em alguns desses lugares, a exemplo da própria casa e também na comunidade.

De acordo com o que foi abordado, nessa categoria, mostra que os estudos, na área de saúde, sobre a violência contra idosos, devem ter maior vislumbre, pois seria uma forma de investigação para denunciar e combater esse mal. Sabemos que existe grande escassez de pesquisas na área, bem como na investigação. Por outro lado, ocorre uma participação cada vez maior da Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o Brasil, assim como uma maior sensibilização do conjunto de profissionais de saúde comprometidos com a promoção da saúde do idoso. Espera-se, com tais iniciativas, chegar mais rápido ao problema, evitando males futuros para essa população, que tanto necessita de cuidados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou analisar os motivos que levaram a maioria da população idosa a morar longe do seio familiar. Percebemos, durante a análise da fala dos entrevistados e dos dados descritos nas tabelas, que há fatores envolvidos nesse processo, visto que a iniciativa foi tomada tanto pelo idoso, que buscava a preservação da sua identidade, liberdade e rotina; quanto por meio da família que, por vários motivos, chegou à conclusão de que não teria condições de cuidar do seu idoso, optando pela institucionalização. Em menor proporção, essa escolha também foi feita por decisão de ambas partes, na busca por melhor qualidade de vida na fase de envelhecimento.

Alguns casos nos permitem observar que o idoso acatou a decisão dos familiares, apenas por se considerar um incômodo, um peso; por ter medo de desagradar os familiares, embora não fosse do seu desejo, aceitou a decisão.

Outro dado marcante é o fato de idosos morarem sozinhos, por não terem outra opção, já que seus familiares foram se afastando, seja por casamento, morte ou mudança de residência, dentre outros motivos, levando-os a vivenciar a “síndrome do ninho vazio”.

Mesmo com o crescimento acelerado do número de idosos, vivendo distante dos membros do seio familiar, a pesquisa reconhece que a família tem papel fundamental no decorrer da velhice, todavia, se esta convivência se tornar desarmônica, o envelhecer não será uma etapa favorável.

Considerando a importância da família, no processo de envelhecimento para qualquer indivíduo, podemos afirmar que a ausência dela representa grandes prejuízos para os idosos, caracterizados pela perda de identidade, além de acarretar vários tipos de fragilidades. Estudos demonstram que esta fragilidade tem relação com o surgimento de doenças, tais como: depressão, esclerose, Alzheimer, hipertensão, dentre outras. Há, ainda, que considerar que a vivência desarmônica também interfere nesse processo.

Vale ressaltar que para os idosos serem considerados capazes de morar sozinhos é necessário apresentar autonomia e independência para manter qualidade de vida e se permitirem cuidados, sem auxílio de outros, na realização de atividades diárias.

Isso nos reporta à realidade da cidade de Cajazeiras, por ser considerada uma cidade de pequeno porte, de interior, os laços familiares são bem mais fortes, mesmo diante da atual modernidade. Nesta região, preserva-se a ideia de família como base de tudo, onde os idosos são participantes ativos, no meio familiar; entretanto, os resultados da pesquisa demonstram outra versão: a retirada daqueles que envelhecem do seu contexto familiar.

Outro aspecto a ser destacado é o perfil sócio-demográfico da amostra, no qual, as mulheres compõem 72% da população, enquanto os homens apenas 48%. Vale salientar que as mulheres cuidam-se mais que os homens, apresentando maior qualidade de vida na velhice, sendo, porém mais vulneráveis, quando o assunto é violência intrafamiliar: por serem mais solidárias, acabam caindo em golpes; por terem perfil mais protetor e sensível estão sujeitas a serem alvos de abuso familiar. Em situações como essas, as mulheres correm mais riscos que o sexo oposto.

Ao final do estudo, concluímos que os nossos idosos, na maioria, são de raça branca, viúvos, apresentando família e filhos; com experiência escolar do Ensino Fundamental; maior percentual para as mulheres; apresentam renda equivalente a um ou dois salários mínimos; com predominância para o catolicismo; apresentam doenças crônicas e fazem uso de medicações diárias.

É notório as necessidades de estudo nesse campo, assim como o esclarecimento da população geral sobre os benefícios e malefícios que o afastamento familiar causar; é de suma importância estudos que enfatizem a violência contra idosos, haja vista seu crescimento exorbitante, nos últimos anos, afetando, afetando tanto os idosos que vivem sozinhos como os idosos institucionalizados, que na maioria dos casos, sofrem anteriormente a internação maus-tratos domiciliar, ou acabam sendo vítimas do tipo de violência conhecida como abandono.

As políticas públicas referentes ao bem-estar dos idosos, muitas vezes se constituem apenas em promessas, o que requer uma reorganização de ordem cultural em nosso país, pois a velhice ainda é vista como um conjunto de perdas e fragilidades.

Faz-se, ainda, necessário questionar sobre a postura daqueles que, diante da responsabilidade de cuidar do seu idoso, no seio familiar, optam pela sua internação em instituições, sem o devido consentimento.

É fundamental oferecer condições para que a família possa conseguir cuidar dos seus

idosos, através de cursos destinados a cuidadores e familiares, ministrados por gerontólogos e geriatras na intenção de orientar para bem proceder diante das dificuldades que vão surgindo no envelhecimento.

É necessário, também, maior empenho das equipes de saúde nos cuidados com o envelhecimento, principalmente da parte das Unidades Básicas de Saúde, para investigar e rastrear as condições em que vivem os idosos, com maior vislumbre para os maus-tratos, pois se sabe que atenção básica tem contato direto com a comunidade, o que permite identificar e prevenir outros tipos de danos, a exemplo da violência. Neste contexto, é marcante a importância de motivação profissional para investigação e intervenção no que diz respeito à violência contra idoso; bem como o empenho do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na luta contra a vitimização do idoso.

REFERENCIAS

- AFFELDT, Marco Aurélio Feltrin. Violência contra idosos: um ato que deve ser combatido por todos nós. *REVISTA PORTAL de Divulgação*, n.15, Out. 2011 - <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>.
- APRATTO JUNIOR, Paulo Cavalcante. **A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil)**. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2010, vol.15, n.6, pp. 2983-2995. ISSN 1413-8123.
- ARAÚJO, Cíntia Kroth et al. **Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos**. *Revista Jovens Pesquisadores*, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012.
- ARAÚJO, Eliana Novaes Procópio. **Intervenções Psicogerontológicas na Promoção de Envelhecimento Bem-Sucedido**. In: MALAGUTTI, W; BERGO, A. M. A. (Org.). *Abordagem Interdisciplinar do Idoso*. Editora: Rubio, Rio de Janeiro, 2010, p. 67-76.
- ARAÚJO CLO, SOUZA LA, FARO ACM. **Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. *História da Enfermagem - Revista Eletrônica (HERE)*. 2010;1(2):250-62.
- ARAÚJO, Núbia Pereira de; FILHO, Dassis Cajubá da Costa Britto. **Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal**. v. 17, n. 3/6 (2009)
- BARROS, Natália Frozel. **Entrevista semiestruturada na pesquisa sobre a elite brasileira brasileira: notas de um diário de campo**. *Revista eletrônica de ciências políticas*, vol.2, n.1, 2011.
- BARRICELLI, Inês de Lourdes Ferraz et al. **Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2012, vol.15, n.3, pp. 505-515. ISSN 1809-9823.
- BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H.; MOTA, J. A. P. S. **Uma proposta de política pública de atividade física para idosos**. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 387-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a03v16n3.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2014.
- BIANCO, Camila Alkmim; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **“What is that?”**. *REVISTA PORTAL de Divulgação*, n.8, Mar. 2011 - <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.* /Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

BRASIL. A Política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades. Atualizado em 10/09/2002. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.70 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/chefia_gabinete/legislacao/CONST%20FEDERAL.pdf>

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.f>. Acesso em: 20 de outubro de 2010.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. **Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho.** *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. **Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho.** *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 28, n. 1, June 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982011000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2010.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. **Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG)2007.** Belo Horizonte, MG Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG 2008. Disponível em:http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2008/Mirela_Castro_Santos_Camargos.pdf . Acessado em: 03/02/2015.

CARMO, Hercules de Oliveira et al. **Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?** *RBCEH*, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2012.

COSTA, M.C.N.S. & MERCADANTE, E.F. (2013, março). **O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso.** *Revista Kairós Gerontologia*,16(2), 209-222. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de natal/rn: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3):518-24 www.eerp.usp.br/rlaenf.

D'ALENCAR B.P et al. **Significado da Biodança como fonte de Liberdade e Autonomia na auto-reconquista no Viver Humano.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 15 (Esp): p. 48-54. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea05.pdf>> Acesso em 15 nov. 2010.

Decreto nº 1.948 Regulamenta a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996. 05 jan, seção 1, p. 77-9.

DIAS, Daniela da Silva Gonçalves; CARVALHO, Carolina da Silva and ARAUJO, Cibelle Vanessa de. **Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2013, vol.16, n.1, pp. 127-138. ISSN 1809-9823.

DUQUE, Andreza Marques. **O (Des) Conhecido Cenário da violência contra idosos no ambiente doméstico.** Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Pernambuco. CCS. *Saúde Coletiva* 2011.

FARIA, Aline Cristina de; ANTONIO, Sandra Aparecida Emidio; **A realidade do idoso institucionalizado frente à visita familiar: um estudo quantitativo.** REVISTA UNIARA, v.17, n.2, dezembro 2014.

FERREIRA, Lucilene; SIMOES, Regina Maria Rovigati. **Traços da Imagem Corporal do Idoso Asilado.** Rio de Janeiro, 2009.

FRANCELIN, Marivalda Moacir; MATOS, Amanda Pedrosa. **Análise das disciplinas de metodologia da pesquisa científica nos cursos de graduação em Biblioteconomia brasileiros.** *Escola de Educação e Artes da Universidade de São Paulo*, 2014. Disponível em: <http://www3.eca.usp.br/sites/default/files/webform/projetos/bolsistas/Projeto%20APM.pdf>. Acessado: 03 de novembro de 2014.

FREITAS, MV; RIBEIRO, SG. **Atenção à Saúde do Idoso no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006.

FLICK, Uwe. in BAKER, S. E. e EDWARDS, R. **How many qualitative interviews is enough.**(2012) http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.

GARCIA, Schirley S. et al. **Violência intrafamiliar contra idosos: perfil do indiciado e agredido.** *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 38, no. 4, de 2009.

GAVA, Francielle Lazzarin De Freitas. **Programa de vigilância contra a violência ao idoso: uma proposta para a estratégia saúde da família.** Monografia apresentada à Diretoria de Pósgraduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: *Atlas*, 2008.

HERÉDIA, Vania Beatriz Merlotti et al. **A realidade do idoso institucionalizado.** Textos envelhecimento. V.7, 2012.

IBGE.Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em 12 novembro 2014.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JESUS, Isac Silva de. et al. **Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência.** *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):285-92.

JUNIOR, Carlos Montes Paixão et al. **Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2013-2022, set, 2013.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **A família e o idoso entre dois extremos: Abandono e Superproteção.** *Revista da Faculdade Mineira de Direito*, v.16, n. 31, jan./jun. 2013 – ISSN 1808-9429.

LEITE M.T et al. **Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 250-7.

LEITE B.F. et al. **Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados.** *Revista Kairós*, São Paulo, 12(1), jan. 2009, pp. 247-256.

LOUZÃ MR et al. **O idoso, as instituições totais e a institucionalização.** *Rev Paul Hosp* 1986 julho-agosto; 34(7/8//9):135-43.

MACARENHAS R.C et al. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2331-2341, 2012.

MACIEL, Marcos Gonçalves. **Atividade física e funcionalidade do idoso.** Motriz, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010

MALTA, D. C. et al. **Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro.** *Rev. Bras. Epidemiol.*,11(supl. 1): 159-67, 2008.

MARIN, Maria José Sanches et al. **Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2009; 12(1):63-76.

MARIN, Maria José Sanches et al. **Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados.** *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.*, RIO DE JANEIRO, 2012; 15(1):147-154.

MARIN, Marie-France. **There is no news like bad news: women are more remembering and stress reactive after reading real negative news than men.** October 2012 | Volume 7 | Issue 10 | e47189. PLOS ONE | www.plosone.org.

MEDEIROS, Fabíola de Araújo Leite; RODRIGUES, Ranielly Pereira Lacerda; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. **Visão de acadêmicos de enfermagem em relação ao processo de envelhecimento.** *Rev Rene.* 2012; 13(4):825-33.

MELO, Alana Dantas de et al. **Necessidades afetivas de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência.** *J Health Sci Inst.* 2014;32(3):271-6.

MICHEL, Tatiane et al. **Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 495-504.

MICHEL T et al. **Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 495-504.

Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá suas providências. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social; 1996.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R.;PAULA, D.R. **Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.6, p. 2709-2718, 2010.

MOLITERNO, Aline Cardoso Machado et al. **Living with the family and the elderly's quality of life at the Senior Citizens' Open University.** *Rev. UERJ Nursing Journal* v. 20, n. (2012)

MORAIS, Eulina Caetano de et al. **Abandono do idoso: instituição de longa permanência.** *Acta de Ciências e Saúde Número 01 Volume 02, ano 2012.*

NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen et al. **Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.

OLIVEIRA, Marcos Francisco de. **Sintomatologia de depressão autor referida por idosos que vivem em comunidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(8):2191-2198, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Envejecimento activo: un marco político. Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia. n.37, sup.2, p.74 -105, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

ONU. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8-12 April 2002. United Nations, New York, 2002, p.79.

PAULO, Maira Andrade; WAJNMAN, Simone; OLIVEIRA, Ana Maria Camilo Hermeto. **A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada.** R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S25-S43, 2013.

PERLINI, Nara Marilene O. Girardon; LEITE, Marinês Tambara; FURINI, Ana Carolina. **Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares.** Rev Esc Enferm. USP 2007; 41(2):229-36. www.ee.usp.br/reeusp/

QUEIROZ, Gleicimara Araujo. **Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São João del Rei, Departamento de Psicologia. São João del-Rei PPGPSI-UFSJ 2010.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; VALADARES, Fabiana Castelo. **Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(5):1167-1177, 2012.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

REIS, Luciana Araújo dos. et al. **Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em vitória da conquista/ba.** InterScientia, João Pessoa, v.1, n.3, p.50-59, set./dez. 2013.

ROCHA, Ianine Alves da et al. **A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 687-94.

SACOL, Kelli Liziani Paz; ZAPPE, Jana Gonçalves. **Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010.** Advances in Health Psychology, 19 (1-2) 39-50, Jan-Dez, 2011.

SALES, Ana Cláudia Silveira. et al. **Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de alzheimer.** *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011 out/dez; 1(4):492-502.

SILVA. Bárbara Tarouco da. et al. **Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem.** *Rev. Rene. Fortaleza,* v. 10, n. 4, p. 118-125, out./dez.2009.

SILVA, C.; ALMEIDA, A.. **A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO IDOSO. SEMINÁRIO INTEGRADO** - ISSN 1983-0602, América do Norte, 515 02 2012.

SOUSA, Jorge Pedro; GUERRA, Emanuela. **Qualidade de vida do idoso.** *Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências do Porto,* 2013. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4026/1/Qualidade%20de%20vida%20do%20idosos%20-%20Um%20estudo%20de%20revis%C3%A3o%20-%20Jorge%20Sousa%2021327.pdf>. Acessado em: 02 de novembro 2014.

SOUZA, L.M.; MATHIAS, H.A.; BRETAS, A.C. **Reflexões sobre envelhecimento e trabalho.** *Ciê. Saúde Coletiva.* [online], v.15, n6, p.2835-2843, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>>. Acessado em: 02/11/2014.

TAVARES, Daniel Soares. et al.**Cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado: percepções acerca do abandono.** Trabalho de Pesquisa – Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Disponível em:

TAVARES, Juliana Petri et al. **Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem**

Que cuidam de idosos hospitalizados. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 abr-jun; 14 (2): 253-259.

VITORINO, Luciano Magalhães; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi and VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online].* 2012, vol.20, n.6, pp. 1186-1195. ISSN 0104-1169.

WANDERBROOKE, Ana Claudia Nunes de Souza; MOREÍ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde.***Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 29(12):2513-2522, dez, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é JÉSSICA BARRETO PEREIRA, sou estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande com orientação da docente, Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: “RESUMINDO” HISTÓRIAS DE VIDA, para qual o Sr. (a) está sendo convidado (a), participar como voluntário (a).

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o assunto é a busca e necessidade de pesquisa sobre a população idosa que são mais vulneráveis aos tipos violência. A pesquisa se justifica frente ao avanço na quantidade de Instituições de Longa Permanência na cidade de Cajazeiras e ao mesmo tempo na quantidade de idosos que moram sozinhos em seus lares sem representação familiar ou agregada, além de tantos aspectos que envolvem a velhice e o envelhecimento e seus cenários de moradia e vida. O objetivo dessa pesquisa é compreender, analisar os motivos que levaram a um crescente número de idosos morarem sozinhos sem familiares ou agregados, em instituições de longa permanência ou em seus próprios lares. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: o (a) senhor (a) participará de uma entrevista semi-estruturada composta de perguntas fechadas e perguntas abertas, onde as últimas serão gravadas, após sua autorização, contendo questões sobre o perfil sócio-demográfico, quais motivos levaram a mora longe do âmbito familiar, quais atividades diárias realizam e perguntas que nos permitirá verificar se o senhor(a) já foi vítima de violência. **DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Esse estudo obedece a Resolução 466/2012. Haverá um risco mínimo de apreensão por parte dos pacientes, mas o mesmo será solucionado pelo pesquisador. Tal pesquisa não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas, e se justifica pelo benefício que essa pesquisa trará a sociedade garantindo uma maior compreensão sobre o indivíduo confrontado com a doença crônica, e de como as representações sociais contribuem para as ações cotidianas, incluindo o tratamento. **FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que irá contar um pouco sobre a sua história de vida ao envelhecer.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não

irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora D^{ra} Anúbes Pereira de Castro certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante Maria Tibéria da Silva Carolino através do e-mail maria.mtc@hotmail.com, ou o (a) professor (a) orientador (a) D^{ra} Anúbes Pereira de Castro através do email anubes@bol.com.br. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formação de Professores, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo se/n, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3332-2000.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Apêndice B- Questionário Semiestruturado

INSTRUMENTO - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (APÊNDICE B):

1. Caracterização sociodemográfica e de saúde:

Dados de Identificação:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Estado civil:

() Casado(a) /Juntado () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

() Outros

Conjuntura familiar:

() Sozinho () Companheiro (a) e filhos casados

() Companheiro (a) e filhos solteiros () Outros, qual? _____

() Companheiro (a)

Grau de escolaridade: () Analfabeto/sem escolaridade () Fundamental incompleto/1 a 7 anos () Fundamental completo/ 8 anos () Médio incompleto/9 a 10 anos () Médio completo/ 11 anos () Ensino superior completo () Pós-graduação completa (especialização, mestrado e doutorado)

Profissão Atual:

() Aposentado (a) () Pensionista

() Aposentado (a) e Pensionista () Aposentado (a) ativo

() Pensionista ativo () Aposentado (a) e Pensionista ativo

() Remunerado ativo () Não remunerado ativo

Renda Familiar:

() Menos de um salário () De três a quatro salários

() De um a dois salários () Mais de quatro salários

Cor:

() Branco () Pardo () Negro () Índio () Amarelo

Religião:

() Católico (a) () Evangélico (a)

() Espírita () Sem religião

Ateu Outros:.....

Doença crônica Sim Não

Uso de medicação Sim Não

Atividades que desempenha com auxílio de outros:

Cuidar da casa Lavar roupa Cozinhar Pagar contas Fazer compras

Receber aposentadorias Resolver problemas bancários Usar Transporte

Manuseio do telefone Trabalhos manuais Manuseio de medicações

Freqüência com que recebe visita de familiares:

Semanal Mensal Anual Outros

Descreva a freqüência de acordo com a categoria assinalada: _____

1 Perguntas:

- 1- A quanto tempo o senhor (a) mora sem familiares/agregados?
- 2- A escolha por morar sozinho ou em Instituição de longa permanência aconteceu por espontânea vontade ou escolha de outros?
- 3- Quais motivos o levaram a morar sem familiares/agregados? O Sr (a) poderia listar esses motivos?
- 4- Tem familiares? Onde moram e com que freqüência o (a) visitam?
- 5- Como era o seu relacionamento com a família? E a importância deles em sua vida?
- 6- O senhor(a) já foi enganado e/ou sofreu algum tipo de agressão na velhice, seja física ou de outro tipo? Qual? (insulto, ameaça, desrespeito, fraude, extorsão...) Descreva a situação.
- 7- Em qual (ais) ambiente (s) o senhor(a) já se sentiu mais agredido? (domicílio, hospital, banco, comunidade, posto de saúde...)?
- 8- O (a) senhor(a) gosta de morar sem familiares/agregados? Por quê?
- 9- O Sr. (a) realiza todas as atividades diárias sozinho (a)? Essa prática o (a) incomoda?
- 10- Na sua opinião sente-se melhor agora onde moras atualmente ou sentia-se mais feliz ao morar com a família?

Apêndice C: Termo de Compromisso

Apêndice C: Termo de Compromisso



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**


TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

EU, PROFA. DRA. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de JÉSSICA BARRETO PEREIRA, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 10 de abril de 2015.



Prof. Dra. Anúbes Pereira de Castro
SLAPE: 2502077

Apêndice D: Termo de Compromisso e Responsabilidade**Apêndice D: Termo de Compromisso e Responsabilidade**

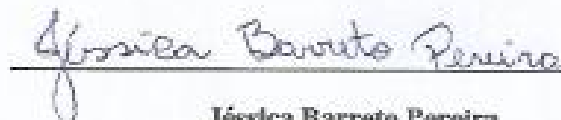
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, JÉSSICA BARRETO PEREIRA, Aluno (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande responsabilizo-me junto com meu orientador (a), PROFA. DRA. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

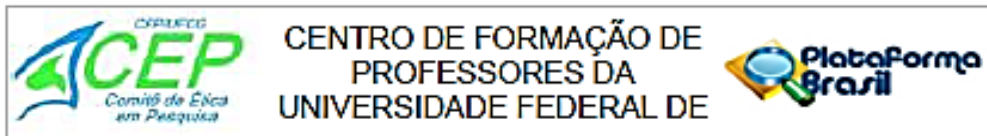
Cajazeiras-PB, 14 de outubro de 2014.



Jéssica Barreto Pereira

Matricula: 214120166

Apêndice E: Parecer do Comitê de Ética.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: ¿RESUMINDO¿ HISTÓRIAS DE VIDA

Pesquisador: ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44857715.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.253.933

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: ¿RESUMINDO¿ HISTÓRIAS DE VIDA, 44857715.3.0000.5575 e sob responsabilidade de ANÚBES PEREIRA DE CASTRO trata de um estudo sobre idosos institucionalizados ou não e os motivos pelos quais levaram os idosos do Município de Cajazeiras a morar sozinhos em seus lares ou em instituições de Longa Permanência.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: RESUMINDO HISTÓRIAS DE VIDA tem por objetivo principal analisar os motivos que levaram a um crescente número de idosos morarem sozinhos sem familiares ou agregados, em instituições de longa permanência ou em seus próprios lares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

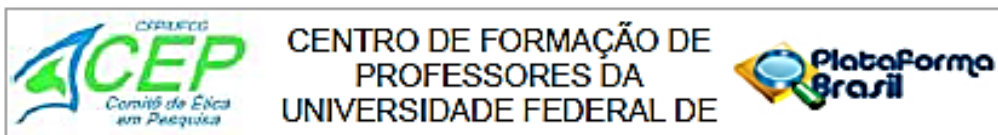
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: ¿RESUMINDO¿ HISTÓRIAS DE VIDA é importante por contribuir para assistência à saúde do idoso e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa ANÚBES PEREIRA DE

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.253.933

CASTRO redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

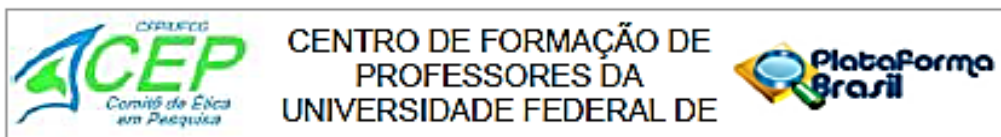
Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: RESUMINDO; HISTÓRIAS DE VIDA, número 44857715.3.0000.5575 e sob responsabilidade de ANÚBES PEREIRA DE CASTRO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_501183.pdf	24/08/2015 16:57:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.odt	24/08/2015 16:56:33	ANÚBES PEREIRA DE CASTRO	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	24/08/2015 16:44:30	ANÚBES PEREIRA DE CASTRO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_501183.pdf	02/05/2015 05:37:51		Aceito
Outros	jwaix Anuencia Reencontro.pdf	02/05/2015 05:36:31		Aceito
Outros	JÉSSICA Anuencia do Joca Claudino.pdf	02/05/2015 05:36:08		Aceito
Outros	anuencia 3.pdf	17/04/2015 14:01:59		Aceito
Outros	anuencia2.pdf	17/04/2015 13:58:11		Aceito
Outros	anuencia 1.pdf	17/04/2015 13:57:29		Aceito
Outros	toc.pdf	17/04/2015 13:56:18		Aceito
Outros	Scan toc 1.pdf	17/04/2015 13:54:04		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle jessica.odt	17/04/2015 13:18:25		Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cp.uftg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.253.933

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

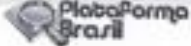

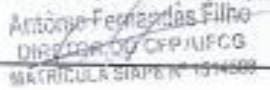

Não

CAJAZEIRAS, 01 de Outubro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br

Apêndice F: Plataforma Brasil

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				
1. Projeto de Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: «RESUMINDO» HISTÓRIAS DE VIDA		2. Número de Participantes da Pesquisa: 218		
3. Área Temática:				
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde				
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
5. Nome: ANUBES PEREIRA DE CASTRO				
6. CPF: 977.688.354-53		7. Endereço (Rua, n.º): JOÃO RAMALHO LEITE CASTELO B RANCO JOÃO PESSOA PARAIBA 56050620		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 3211-6669	10. Outro Telefone:	11. Email: anubes@bol.com.br
12. Cargo:				
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.				
Data: 17, 04, 2015		 Assinatura		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
13. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		14. CNPJ: 05.065.128/0003-38	15. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	
16. Telefone: (83) 3532-2000		17. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Responsável:  ANTÔNIO FERNANDES FILHO DISC. CAR. 09 / CPF / UFGG MATRÍCULA STRPE N.º 1344589		CPF: 7814998400		
Cargo/Função: _____				
Data: 17, 04, 2015		 Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL				
Não se aplica.				