



**Universidade de Brasília**

**PPGDSCI**

Programa de Pós-Graduação  
em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional

**Luiza Rosa Bezerra Callado**

**ISOLAMENTO SOCIAL, REDES DE RELAÇÕES SOCIAIS E IDOSOS NO  
DISTRITO FEDERAL DURANTE A SINDEMIA DO COVID-19**

**Brasília - DF**

**2021**

**Luiza Rosa Bezerra Callado**

**ISOLAMENTO SOCIAL, REDES DE RELAÇÕES SOCIAIS E IDOSOS NO  
DISTRITO FEDERAL DURANTE A SINDEMIA DO COVID-19**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB), para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional.*

*Linha de pesquisa:* Linha 3 - Desenvolvimento, sociedade e população

**Orientadora:** Profa. Dra. Andréa Mathes Faustino

**Brasília - DF**

**2021**

**ISOLAMENTO SOCIAL, REDES DE RELAÇÕES SOCIAIS E IDOSOS NO  
DISTRITO FEDERAL DURANTE A SINDEMIA DO COVID-19**

Brasília, 04 de agosto de 2021.

Dissertação desenvolvida como requisito para obtenção do grau de Mestre em  
Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, da Universidade de Brasília

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Mathes Faustino**

PPGDSCI – CEAM / Universidade de Brasília – UnB  
Orientadora – Presidente

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Cristina Martins Gratão**

Departamento de Gerontologia  
Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR  
Membro Externo

---

**Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares**

PPGDSCI – CEAM / Universidade de Brasília – UnB  
Membro Interno

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keila Cristianne Trindade da Cruz**

Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro Suplente

C156

Callado, Luiza Rosa Bezerra

Isolamento social, redes de relações sociais e idosos no Distrito Federal durante a sindemia do covid-19 / Luiza Rosa Bezerra Callado.

– 2021

86 f. :il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréa Mathes Faustino

Dissertação (Pós-graduação) – Universidade de Brasília, 2021.

Idoso. Envelhecimento. Rede Social. Isolamento social. Covid-19.



## **Agradecimentos**

Agradeço à minha família e aos meus amigos, por todo apoio mesmo que à distância durante o período de vivência do mestrado e, no segundo ano dele, em meio a tempos tão extremos quanto aqueles vividos em 2020 e a emergência sanitária do novo coronavírus.

Agradeço especialmente ao meu namorado por todo cuidado e compreensão desde o início do curso até o fim do período de escrita. Esse apoio foi essencial para me manter produzindo nos dias mais difíceis.

Agradeço à orientadora, professora e amiga, Andrea Mathes Faustino, por me conduzir pela mão em mais esse processo de amadurecimento profissional e pessoal que foi o mestrado.

Agradeço à CAPES, que me possibilitou dar prosseguimento ao mestrado por meio da bolsa concedida.

“Meio cheia ou meio vazia, reclamar da vida nunca resolveu nada”

Luiza Lima Bezerra (minha avó)

## RESUMO

CALLADO, L.R.B. Isolamento social, redes de relações sociais e idosos no distrito federal durante a sindemia do covid-19. 2021. 98f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF). 2021.

**Introdução:** A sociedade brasileira tem se transformado em relação ao perfil populacional. Nas últimas décadas, com essas mudanças sociais, as pessoas idosas residentes em áreas urbanas passaram a ter menor acesso a presença de membros de suas famílias com disponibilidade para assistência e interação social no cotidiano da vida. O presente trabalho busca responder a seguinte pergunta: “Como a sindemia da covid-19 impactou as redes sociais dos idosos do Distrito Federal?”, uma vez que o isolamento social de pessoas idosas apresenta o potencial para se tornar um dos maiores problemas de saúde pública da sociedade atual, juntamente com a crise da covid-19. **Objetivo:** Identificar as redes de relações sociais de pessoas idosas residentes no Distrito Federal e alterações nelas causadas pela sindemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). **Método:** A proposta teórico metodológica a ser adotada neste estudo é de abordagem mista, do tipo transversal e com análise de dados do tipo triangulação concomitante. O estudo está organizado em abordagem quali-quantitativa por intermédio de aplicação da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben e Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária e do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), além da coleta de dados sociodemográficos e de saúde e questionário semiestruturado para análise qualitativa, com posterior triangulação dos dados. **Resultados e discussão:** os 19 idosos estudados eram essencialmente homens e mulheres entre 60 e 79 anos (95%), casados (73%), pardos ou pretos (63%), com renda até 3 salários-mínimos (78%), funcionais para AAVDs (100%) e com redes sociais capazes de suprir suas necessidades (66%). Foi referido muito sofrimento quanto à perda da rotina de contato com essas redes durante a sindemia da covid-19, em especial quando se trata de redes familiares. O suporte social oferecido pelos profissionais de saúde que os atendiam foi também de especial importância durante o período de isolamento para promoção de conforto e bem-estar. **Conclusão:** a sindemia desencadeada pelo novo coronavírus afetou a forma com que idosos vivem e se relacionam. Para a maioria deles, o impacto foi negativo, gerando e agravando quadros de sofrimento mental tanto pela ameaça de adoecer quanto pela sensação de estarem mais isolados de redes sociais por eles consideradas como importantes. O isolamento social para um grupo que já muito isolado como é o de idosos aumenta o risco de desenvolvimento de doenças e transtornos mentais, como Doença de Alzheimer, depressão, etc. Diversos autores têm levantado a grande demanda de pesquisas que abordem redes sociais, suporte social e formas de mitigar a solidão a que idosos do Brasil todo estiveram sujeitos em trabalhos que deem a eles a voz a qual foram historicamente silenciados.

**Descritores:** Idoso; Envelhecimento; Rede Social; Isolamento social; Covid-19.

## ABSTRACT

CALLADO, L.R.B. Social isolation, social networks and elderly people in the federal district during the covid-19 syndemic. 2021. 98f. Thesis (Master's degree). Postgraduate Program for Development, Society and International Cooperation (PPGDSCI) of the Center for Advanced Multidisciplinary Studies at the University of Brasília (UnB), Brasília (DF). 2021.

**Introduction:** Brazilian society has been changing in relation to the population profile. In recent decades, with these social changes, elderly people living in urban areas have had less access to the presence of members of their families with availability for assistance and social interaction in daily life. This paper seeks to answer the following question: "How did the covid-19 union impact the social networks of the elderly in the Federal District?", Since the social isolation of elderly people has the potential to become one of the biggest health problems current societies, together with the covid-19 crisis. **Objective:** To identify the social relations networks of elderly people living in the Federal District and changes in them caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2) syndrome. **Method:** The theoretical methodological proposal to be adopted in this study is a mixed approach, cross-sectional and with data analysis of the concomitant triangulation type. The study is organized in a qualitative and quantitative approach through the application of the Brief Scale of Social Networks in Lubben and the Scale of Advanced Activities of Daily Living and the Minimum Map of Relationships for the Elderly (MMRI), in addition to the collection of sociodemographic and health data and a questionnaire. semi-structured for qualitative analysis, with subsequent data triangulation. **Results and discussion:** the 19-elderly studied were essentially men and women between 60 and 79 years old (95%), married (73%), black or mixed-race people (63%), with an income of up to 3 minimum wages (78%), functional for AAVDs (100%) and with social networks capable of meeting their needs (66%). Much suffering was reported regarding the loss of routine contact with these networks during the covid-19 union, especially when it comes to family networks. The social support offered by the health professionals who attended them was also of special importance during the period of isolation to promote comfort and well-being. **Conclusion:** the syndemic triggered by the new coronavirus affected the way in which the elderly live and relate. For most of them, the impact was negative, generating and aggravating mental suffering both because of the threat of becoming ill and because of the feeling of being more isolated from social networks they consider important. Social isolation for a group that is already very isolated, such as the elderly, increases the risk of developing mental illnesses and disorders, such as Alzheimer's disease, depression, etc. Several authors have raised the great demand for research that addresses social networks, social support, and ways to mitigate the loneliness that elderly people from all over Brazil have been subject to in jobs that give them the voice to which they have historically been silenced.

**Descriptors:** Aged; Aging; Social network; Social isolation; Covid-19.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Gráfico 1 – Distribuição de idosos por raça/ cor, segundo grupos da PED. Distrito Federal, 2018.....	7
Diagrama 1– Representação esquemática do desenho do estudo tipo misto, subtipo triangulação concomitante.....	31
Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos idosos entrevistados no ambulatório do hub (n =19) .....	35
Tabela 2 – Nível de apoio social percebido pelo idoso entrevistado entre familiares e amigos (n = 19).....	37
Tabela 3 – Qualidades das redes sociais em que o idoso participa, segundo critérios de importância atribuídos por eles mesmos.....	39
Tabela 4 – Atividades Avançadas De Vida Diária (AAVDs).....	40
Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo escores obtidos nas atividades avançadas de vida diária (AAVDS). Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19).....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde  
AVD – Atividade de Vida Diária  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
DSS – Determinantes Sociais da Saúde  
EC – Emenda Constitucional  
DF – Distrito Federal  
CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal  
MMRI – Mapa Mínimo de Relações do Idoso  
SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
ONU – Organização das Nações Unidas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SES-DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
UnB – Universidade de Brasília  
SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento  
ELSI – Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros  
LNSS-6 – Escala Breve de Relações Sociais de Lubben  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
HUB – Hospital Universitário de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
2.1. A velhice e o isolamento social: um recorte sociohistórico.....	5
2.2 Demografia e o envelhecimento populacional.....	6
2.3 Isolamento social e velhice .....	9
2.4 Redes sociais e suporte social: conceitos, importância, vulnerabilidades.....	10
2.5 Políticas públicas: a questão do envelhecimento, das redes sociais e da síndrome no Brasil.....	13
2.6 A síndrome do novo coronavírus: implicações para a população idosa.....	17
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
4.1 Tipo de estudo.....	24
4.2 População e local de estudo.....	25
4.3 Critérios de inclusão.....	25
4.4 Período de duração da fase de coleta de dados.....	25
4.5 Procedimentos de coleta e instrumentos .....	26
4.5.1 Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) / Versão Portuguesa.....	26
4.5.2 Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI).....	27
4.5.3 Atividades avançadas de vida diária (AAVD).....	28
4.5.4 Etapa qualitativa.....	28
4.6 Análise dos dados.....	29
4.7 Aspectos éticos.....	31
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 Perfil dos idosos entrevistados .....	34
5.2 Análise qualitativa: autopercepção dos idosos em relação à síndrome e implicações para suas redes sociais.....	40
5.2.1 Sentimentos referidos pelo idoso ao vivenciar a síndrome .....	40
5.2.2 Autopercepção dele sobre impacto nas relações sociais que vive.....	42
5.2.3 Importância das redes sociais formais exercidas pelos profissionais de saúde.....	45
5.3 Quanto à observação participante.....	47
5.4 Triangulação concomitante de dados .....	49
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>68</b>

<b>ANEXO I - ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN (LSNS-6) VERSÃO PORTUGUESA.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO II – MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMRI).....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO III – INSTRUMENTO SOBRE ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA.....</b>	<b>72</b>
<b>APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C – ENTREVISTAS QUALITATIVAS.....</b>	<b>74</b>

# *INTRODUÇÃO*

---



*O Solitário, Luiza Rosa (2016)  
Café solúvel sobre papel*

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é o assunto que tem me despertado interesse desde antes mesmo do meu ingresso na vida profissional enquanto enfermeira e especialista em saúde coletiva (dita enfermeira sanitária): é o mote principal dos meus questionamentos desde a puberdade, centralizado na pergunta “por que a vida parece mudar de forma tão drástica a cada etapa da existência humana, em especial, a última?”. O presente estudo se propõe a desvendar um pouco mais a forma com que os idosos brasileiros, em especial, os brasilienses, vivem, e se relacionam sob a perspectiva do olhar ampliado a que se propõe a Gerontologia.

Na primeira parte do trabalho são apresentados alguns dos principais conceitos teóricos envolvidos na temática isolamento social, iniciando-se por um breve panorama sociohistórico do imaginário social do envelhecimento e as consequentes relações sociais construídas. Busco utilizar, sempre que possível, mais de uma fonte de referência, mas esse primeiro tópico a grande autoridade consagrada pelo tempo e pela crítica é, sem dúvidas, Simone de Beauvoir, em seu livro *A Velhice*, até hoje considerado um dos mais completos tratados sobre o envelhecimento ao longo da história, com apoio de literaturas mais atualizadas para as alterações posteriores à obra da autora.

Tão importante como entender o porquê de o envelhecimento ser visto da forma que é e como isso interfere nas redes sociais dos idosos é também entender o perfil demográfico desses idosos, por isso o próximo tópico é sobre demografia. A transição demográfica é apresentada levando em consideração a realidade própria de sermos um país da América Latina. Enfatiza-se também a peculiaridade de sermos o primeiro país latinoamericano a envelhecer.

Os próximos tópicos são dedicados a apresentar de forma não exaustiva os principais conceitos envolvidos no campo de conhecimento do isolamento social, e do vasto campo social como um todo: o que são redes sociais, o que é suporte social, como eles se relacionam, entre outros. Trata-se do cerne do trabalho, o que não significa dizer que seja mais importante que os demais, mas que o referencial teórico deva ser apreciado com singular cuidado a fim de se compreender de que olhar se fundamentarão os resultados obtidos nesta dissertação.

Como o Estado é parte intrínseca da formação tanto das redes sociais, especialmente nas formais, quanto do suporte social que é oferecido aos idosos brasileiros, a ação pública e as políticas públicas são apresentadas no tópico final. A

intenção é compreender de forma macroscópica como o Estado, sociedade e indivíduos estão tão estreitamente envolvidos e se retroalimentam constantemente no fortalecimento do suporte social aos idosos ou no isolamento destes, para que possamos enxergar a responsabilidade própria de todos nós no problema do isolamento social de idosos, mas também na potencialidade de reduzi-lo e combatê-lo.

Por fim o referencial teórico apresenta o conceito de sindemia para tratar do que foi fazer pesquisa em meio à maior crise sanitária do século, causada pela emergência da covid-19. São apresentadas informações que visam se relacionar com todos os conceitos anteriores a fim de descrever de forma mais ampla possível o cenário de exceções vivenciado.

Os objetivos e a metodologia que vêm logo a seguir e traçam o desenho do estudo elaborado, apresentando o cada vez mais comum modelo de estudo quali-quantitativo, ou estudo do tipo misto, com triangulação concomitante dos dados. Justificativas e explicações sobre o modelo de estudo são apresentados ao leitor desse trabalho a fim de se tornar entendível até mesmo a leigos do campo de pesquisa científica.

O capítulo dos resultados apresenta, na ordem do trabalho: os dados obtidos por meio dos questionários quantitativos, os principais temas correlatos ao trabalho obtidos nas entrevistas referentes ao campo qualitativo e a posterior triangulação de ambos os dados.

A *posteriori* consta a observação participante da autora, em que é relatada a vivência da tensão latente e constante onde existiu a pequena sociedade composta por usuários e trabalhadores da saúde dos ambulatórios do Hospital Universitário de Brasília (HUB) durante o fim de 2020.

A discussão buscou apresentar o diálogo dos dados apresentados com aqueles obtidos por outros autores de estudos de áreas afins, respeitando as características próprias de cada estudo, sociedade e período histórico. Buscou-se, na medida do possível, priorizar estudos que traziam a sindemia como contexto de seus trabalhos, com todas as limitações de ser esta um fenômeno ainda recente para a produção de bibliografia em quantidade e qualidade adequadas para a complexidade de tal emergência sanitária.

As considerações finais encerram o trabalho com a relevância do estudo para os idosos, um grupo social que nem sempre tem voz; suas famílias; os profissionais de saúde que os atendem e a sociedade como um todo.

## ***REFERENCIAL TEÓRICO***

---

O segredo de uma velhice agradável consiste apenas na assinatura de um honroso pacto com a solidão.

**Gabriel Garcia Márquez**

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Aspectos culturais da velhice: um recorte sociohistórico

Envelhecer é parte da vida do ser humano desde antes que o *Homo sapiens sapiens* se diferenciasse na evolução. Tornar-se velho, entretanto, transcende as alterações fisiológicas: permeia expectativas socioculturais, tangencia relações humanas, atravessa mitos, ressignifica a própria existência do indivíduo que experimentou a passagem dos anos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), idosa é a pessoa com mais de 60 anos, para muita gente, envelhecer é paradoxal: almeja-se a atingir tanto quanto ela é temida (OMS, 2015; BEAUVOIR, 1990).

A velhice se constitui em processos plurais, que vão muito além de alterações fisiológicas próprias do desgaste orgânico, além da perda de funcionalidades. Em termos biológicos, avalia-se capacidade funcional da pessoa idosa através da mensuração do grau de independência para Atividades de Vida Diária (AVDs). Dentre essas atividades, citam-se: tomar banho sem auxílio, discar números de telefone ou vestir-se (MUNIZ *et al.*, 2016). Capacidade funcional, portanto, está intimamente ligado a independência da pessoa idosa e, portanto, à forma com que ela se relaciona com o mundo (SANTOS; SILVA, 2013).

A longevidade saudável, que hoje conceituamos *senescência*, inspira admiração em diversos povos primitivos, históricos e modernos. Em geral, respeita-se o idoso lúcido e robusto. A decrepitude, contudo, em termos técnicos nomeada *senilidade*, é entendida como abominável. Permeada por confusão mental, associada ou não a perdas expressivas de capacidade funcional, a velhice senil em especial contradiz o ideal viril ou mesmo o ideal feminino, ambos permeados por vigor e fertilidade, presentes em diversas culturas humanas, em diversos períodos. O declínio progressivo e irreversível um dia encontra a morte, sendo esta uma personagem historicamente temida (BEAUVOIR, 1990; COSTA, 2017; FREITAS; PY, 2016).

Em muitas culturas humanas, indivíduos idosos são expulsos de forma mais ou menos brutal, sendo o plano econômico o principal gerador de exclusão. Sociedades em que se preconizam laços familiares sólidos e cultura de cuidado intergeracional são as mais eficazes em evitar o isolamento social e garantir a subsistência de idosos. Para além da esfera familiar, aparatos se formaram nas sociedades primitivas para dar subsistência

aos idosos e seguem sendo empregados: garantir-lhes renda suficiente para sobreviver, assegurar-lhes vida confortável, revestir-lhes de funções ou de honra. Raramente todos estes fatores estiveram presentes em uma mesma sociedade humana (BEAUVOIR, 1990; ROSA; VILHENA, 2016).

## **2.2 Demografia e o envelhecimento populacional**

Sempre existiram indivíduos idosos ao longo da história humana. Envelhecimento populacional, massivo, entretanto, é um fenômeno eminentemente moderno. Ao longo do século XX, especialmente com as tecnologias desenvolvidas no pós-Guerra, a estrutura demográfica de vários países se alterou a ponto de ser possível afirmar que a expectativa de vida média em todo o mundo aumentou 20 anos (SOUZA, 2010). Expectativa de vida é um fator associado a queda da taxa de natalidade e melhoria de infraestrutura, saneamento básico, acesso à educação e estímulo à maior escolarização, para citar apenas alguns DSS (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015; JOSÉ et al., 2015).

Essa transição demográfica lentamente processada em aproximadamente cem anos no Norte global, no Brasil ocorreu em uma única geração (ANDRADE et al., 2013; CAMACHO et al, 2010; SANTOS; SILVA, 2013; WILLIG et al, 2012).

O caso brasileiro e latinoamericano como um todo é o fato de que o país envelheceu em meio a sucessivas crises políticas e econômicas o que, somado à grande velocidade da transição demográfica, percebe-se a vulnerabilidade a que essa população idosa brasileira está sujeita: os aparelhos estatais de bem-estar social não encontraram ambiente tão favorável para abarcar a pluralidade do envelhecimento populacional como o foi em países desenvolvidos. Muitas das estratégias adotadas envolvem promover o envelhecimento ativo, a fim de, como foi citado por alguns autores “compensar as despesas que o Estado dispensará a esse grupo populacional” e atribuir ganho de qualidade de vida (SOUZA, 2010; OMS, 2015; FREITAS; PY, 2016).

Calcula-se que, em 2010, havia 20 milhões de idosos no Brasil, ou seja: 11% da população total, sendo que, em 1940, esse percentil era de 4,1%. Se o percentual de pessoas acima de 60 anos na população brasileira já havia aumentado exponencialmente, a fração dos mais idosos, ou seja: acima de 80 anos, chegou a uma curva de crescimento ainda mais acentuada: saltou de 170,7 mil pessoas em 1940 para 2,8 milhões em 2010, sendo o equivalente a 14,2% da população idosa e 1,5% da população total. Em 2020

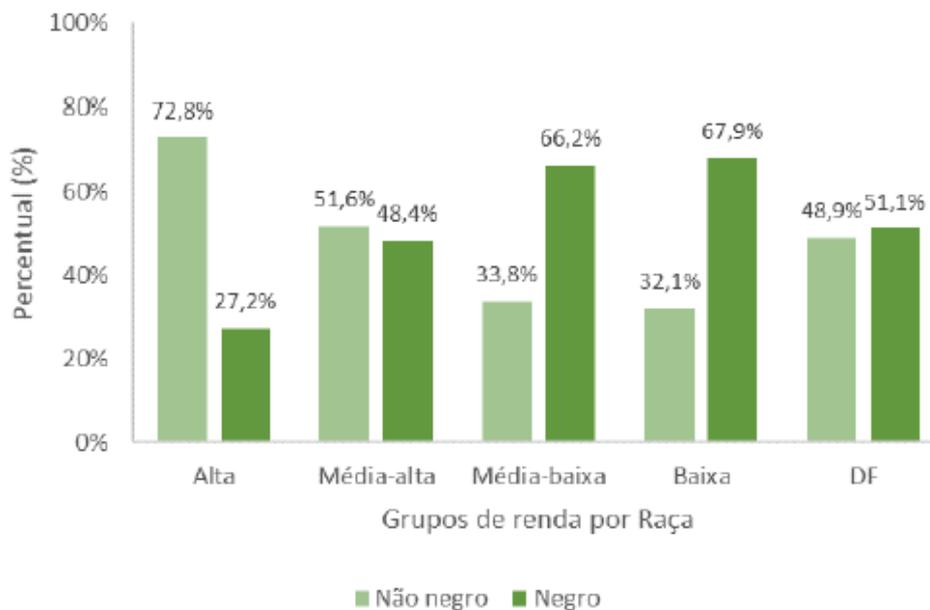
atingimos 29,3 milhões de idosos e as projeções de futuro apontam que, em 2030, o Brasil atingirá 41,5 milhões de pessoas idosas, sendo eles, portanto, cada vez mais significativos na composição da população brasileira (FREITAS; PY, 2016; MENDES et al, 2015; CODEPLAN, 2020).

Há que se considerar as relações entre estado civil, gênero e como estes fatores interferem nas redes de relações sociais dos idosos brasileiros: em 2013, enquanto 40% das idosas eram mulheres viúvas, fator muitas vezes atribuído à maior longevidade feminina (fenômeno conhecido como “feminização da velhice”); 77% dos homens idosos eram casados, tanto por meio de uniões realizadas ao longo da vida quanto por meio de novos matrimônios com mulheres mais jovens, conforme costumes socioculturais brasileiros, sendo tal fenômeno denominado “pirâmide da solidão” (FREITAS; PY, 2016; TÔRRES, 2006).

Em relação a como esses idosos brasileiros estão inseridos, em 2013 eles eram 11,7% da população total, mas estavam presentes em 27,2% dos domicílios brasileiros, o que indica a alta intergeracionalidade das residências no Brasil. Acrescente-se ainda o fato de que, no caso dos homens idosos, 80,2% destes eram chefes de família, ou seja, os responsáveis pela principal fonte de renda da casa. No caso das mulheres idosas, historicamente presentes enquanto cônjuges ou como sogras e mães em casas com a geração posterior, como chefe da família; o cenário se alterou drasticamente e essas idosas vêm, cada vez mais, assumindo também a subsistência da casa em termos de referência à principal fonte de renda (FREITAS; PY 2016; CUNHA; DIAS, 2019).

O Distrito Federal (DF) em 2018, continha aproximadamente 10,5% do contingente total de brasilienses era composto por pessoas acima de 60 anos. A população idosa se concentra principalmente nas Regiões Administrativas (RAs) de Ceilândia, Plano Piloto e Taguatinga (40%). Quanto ao perfil etário, 59,73% são de idosos jovens, ou seja: entre 60 e 69 anos, sendo que 28,6% tem entre 70 e 79 anos e 11,7% dos idosos têm 80 anos ou mais de idade. Até 69 anos, as mulheres idosas equivalem a 57% da população total de idosos. Quanto mais avançada é a faixa etária, maior se torna a razão entre homens e mulheres idosos, concordando com o fenômeno da feminização da velhice visto no Brasil como um todo (CODEPLAN, 2020; FREITAS; PY, 2016; YANNOULAS, 2011).

Quanto à cor, 51,1% dos idosos se declaram pretos e pardos. Os idosos brasileiros brancos, pretos e pardos se distribuem de modo desigual no território do DF e nas diversas categorias socioeconômicas: enquanto 72,8% dos idosos de classe alta se declaram brancos, os números variam entre 33,8% e 32,1% entre as classes média-baixa e baixa. “A diferença na proporção da população idosa negra entre os grupos de RAs de menor renda, comparativamente aos de maior renda, chega a 40 pontos percentuais” (CODEPLAN, 2020).



Fonte: Codeplan, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2018  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Gráfico 1** – Distribuição de idosos por raça/ cor, segundo grupos da PED. Distrito Federal, 2018.

Observar esses dados e pensar sob a ótica da vulnerabilidade social e do olhar ampliado da saúde é concretizar que a população negra idosa está mais susceptível a agravos, a vínculos de trabalho precarizados durante uma vida inteira que danificam sua saúde (pelo desgaste físico e emocional), à descontinuidade dos seus tratamentos de saúde por insuficiência de recursos para comprar medicamentos, para se deslocar até as consultas, para se nutrir adequadamente, resumindo: ser idoso negro aumenta seu risco de não ter oportunidade de envelhecer com dignidade. Os dados corroboram essas afirmações: se 80% do Brasil dependem exclusivamente da rede pública de assistência à saúde do SUS (que vem sendo precarizada há anos) para terem seu direito à saúde assegurado, para os idosos negros em geral e os negros em especial esses números são ainda maiores (KALACHE et al, 2020; COSTA et al, 2020).

Quanto ao estado civil, 55,5% dos idosos do Distrito Federal estão casados ou em união estável, 19,6% são viúvos, 12,8% são divorciados ou separados e 12% são solteiros. Ao se tomar somente a população de viúvos para análise, constata-se que 80% são mulheres, o que entra em consonância com a ideia de feminização da velhice (CODEPLAN, 2020; FREITAS; PY, 2016).

Quanto à posição no domicílio em correlação com a posição socioeconômica, os lares de classes média, média-baixa e baixa são majoritariamente chefiados por mulheres idosas (61%), enquanto nos lares de classes média-alta e alta, são os homens idosos os chefes da família (70,5%), ou seja, os principais provedores. Há estudos que comprovam a correlação entre maior risco de relacionamentos disfuncionais familiares e a principal renda da casa vir de idosas (CODEPLAN, 2020; CUNHA; DIAS, 2019; RABELO; NERI, 2015).

### **2.3 Isolamento social e velhice**

Isolamento social, solidão e silenciamento andam muito próximos. Isolamento social era um conceito muito associado ao distanciamento físico de pessoas, enquanto o silenciamento consta como um distanciamento social: mesmo que duas pessoas estejam presentes no mesmo ambiente, uma é invisível para a outra. Até a metade de 60, ainda era consolidada a Teoria do Desapego, em que pessoas idosas voluntariamente buscariam o isolamento social. Era entendido como normal do envelhecimento o idoso buscar o distanciamento afetivo para se proteger da sociedade produtivista que o exige performance, especialmente laboral e sexual, acima das suas possibilidades (MANSO; COSAKO; LOPES, 2018; ROSA; VILHENA, 2016, BEAUVOIR, 1990).

Posteriormente foi comprovado que a Teoria do Desapego se apoiava em conceitos pseudocientíficos, naturalizando preconceitos históricos em que o velho é, necessariamente, decrépito, disfuncional, assexuado, degenerado orgânica e fisicamente. Há de fato um declínio fisiológico associado ao envelhecimento, contudo, a internalização da velhice como necessariamente associada à doença e à morte intensificou enormemente o que seria o processo natural de declínio. Atualmente é compreendida a importância de evitar o isolamento social dos idosos para manutenção da saúde como um todo (MANSO; COSAKO; LOPES, 2018).

Devido a tudo isso, o conceito de isolamento social foi ampliado em seu significado: pode-se estar rodeado de pessoas e mesmo assim se perceber como alguém

isolado. A qualidade das redes sociais importa mais do que a distância física delas para a mensuração de isolamento social, sendo tal percepção autorreferida, considerando-se as subjetividades próprias de cada indivíduo (MANSO; COSAKO; LOPES, 2018, ROSA; VILHENA, 2016).

#### **2.4 Redes sociais e suporte social: conceitos, importância, vulnerabilidades**

Suporte social é um dos principais conceitos na psicologia da saúde desde meados do século XX, sendo apontado nos anos de 1960 como sendo a influência dos sistemas sociais no comportamento humano. Os termos “suporte social” e “redes sociais” são construtos interdimensionais de difícil definição. Definem práticas simbolicoculturais por meio das quais um indivíduo influencia e sofre influência no seu meio ambiente cultural. Redes sociais, portanto, são “pequenos sistemas dinâmicos que regulam conflitos, tensões e acordos entre indivíduos”. Suporte social é conceituado como conjunto de benefícios colhidos por meio das redes sociais, dando ao idoso senso de pertencimento, de importância, da garantia de que suas necessidades serão supridas. Satisfação com as redes sociais obtidas ao longo da vida e com a qualidade do suporte social advindo são determinantes sociais de saúde mental muito significativos (VILLAS-BOAS et al, 2017; RIBEIRO, 1999; FREITAS; PY, 2016).

O apoio social é um dos produtos gerados em tais redes sociais. Caracteriza-se por transações interpessoais e sociais que geram afeto, confiança, encorajamento, empatia, solidariedade e afirmação. As informações produzidas conduzem o sujeito a se sentir amado, aceito e apreciado, o faz entender que as pessoas se preocupam com ele e que tem função e pertencimento em rede de comunicação e de obrigações mútuas. O vasto social, ambiente onde as redes sociais existem e frutificam em apoio social, é hoje aceito categoricamente como importante tanto para a promoção da saúde e prevenção de agravos nos indivíduos quanto para prevenção de doenças, em especial, transtornos de humor (ansiedade e depressão), esquizofrenia e demência (RIBEIRO, 1999; FREITAS, PY, 2016).

Quando o apoio social funciona adequadamente, proporciona maior capacidade de enfrentamento de situações difíceis e crescimento com elas, ou seja: apoio social efetivo proporciona indivíduos resilientes, com qualidade de vida aumentada, sendo as mulheres mais eficientes nesse círculo virtuoso de uso e fomento de apoio social por meio

de saudáveis e fortemente estruturadas redes sociais (LEÃO et al, 2018; RODRIGUES et al, 2009; RIBEIRO et al, 1999).

O contrário também se faz verdadeiro: perda de apoio social é fator de risco para doenças relacionadas ao estresse, como depressão. A sensação de perda de controle da própria vida, de não-pertencimento, de não ter pessoas a quem recorrer em caso de ajuda ou meramente para companhia causa diversos transtornos ao humor, propicia hábitos de vida que podem causar prejuízos ao sistema físico e mental do indivíduo, como uso abusivo de álcool e drogas, obesidade etc. A perda de suporte social é um estressor em si. É maior a insatisfação em relação às redes sociais quando indivíduos são viúvos ou divorciados, especialmente aqueles de idade mais avançada (RODRIGUES et al, 2009).

O suporte social é categorizado como informal ou formal, sendo o primeiro caracterizado pelas redes sociais espontaneamente estabelecidas entre indivíduos com vínculos familiares, de amizade, de vizinhança, dentre outros. O suporte social formal é constituído essencialmente por estruturas e instituições como hospitais e outros serviços de saúde, programas governamentais, dentre outros. Cada grupo etário apresenta, no suporte social informal, categorias de pessoas que serão mais relevantes para promoção de sensação de pertencimento e bem-estar, entre os adultos de 30 a 49 foi constatado que o conjugue é o principal ator (RIBEIRO, 1999; LIMA; FAUSTINO, 2014; FREITAS; PY, 2016).

As dimensões abrangidas no suporte social são: 1) intimidade, 2) integração social, 3) suporte afetivo, 4) mérito, 5) aliança, 6) orientação. Estudos que atuam no campo do vasto social a fim de mensurar a qualidade das redes sociais e da produção de apoio vem sendo desenvolvidos com progressiva frequência. As variáveis frequentemente mensuradas são: em relação ao contato social, quais a frequência e intensidade desses contatos; se efetivamente geram sensações de pertencimento e de satisfação e se proporcionam segurança social de que o indivíduo receberá auxílio caso necessite (RIBEIRO, 1999, RODRIGUES, 2009; FREITAS; PY, 2016).

É de grande importância para a saúde e o bem-estar do idoso a manutenção de redes sociais sólidas o suficiente para garantir ao idoso tanto o senso de pertencimento aquele corpo social, quanto de que suas necessidades serão atendidas. A importância de se estudar cientificamente redes sociais foi afirmada primeiramente pela teoria sistêmica das relações humanas. Seguindo tais pressupostos, recomenda-se a avaliação de cada

relação social do idoso, suas interconexões, interferências, vulnerabilidades e potencialidades. Instrumentos diversos têm sido desenvolvidos para isso, dentre eles, o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), capaz de mensurar de forma global o desenho da interação de cada pessoa idosa em seu meio social (DOMINGUES et al, 2011; FREITAS; PY, 2016).

Redes de apoio, no caso dos idosos, podem contar com estruturas formais específicas, como Centros Dia e Serviços de Apoio Domiciliar. Para a pessoa idosa, contudo, se sentir parte do corpo familiar é um dos determinantes mais importantes em sua qualidade de vida, juntamente com o fator alta funcionalidade. Os recursos que a família dispõe para suprir as necessidades de seus membros superam questões meramente financeiras: envolvem visão de envelhecimento, de autonomia do indivíduo, de processos de avosidade. Apesar de uma das formas mais comuns de promoção de redes sociais intergeracionais ser a coresidência e proximidade geográfica, nem sempre esta situação se traduz em maior apoio social para os indivíduos idosos (FREITAS; PY, 2016; LIMA; FAUSTINO, 2014; BEAUVOIR, 1990).

O conceito de saúde social ainda é muito recente: na década de 1990, ainda existiam controvérsias quanto à necessidade de se levar tal conceito em consideração. O avançar do envelhecimento em larga escala no mundo tem sido acompanhado de isolamento social desses idosos em diversas regiões do planeta. Tal fato tem sido atribuído, dentre outros motivos, à visão de mundo (cosmovisão) de mundo própria de gerações anteriores à atual era, em que o espírito da época (*Zeitgeist*) é de culto à juventude e de legitimação cultural de vida regida pelo gozo, fenômeno também chamado *teenagização* social (BORGES; MAGALHÃES, 2011).

As redes sociais intergeracionais operam nesse *continuum* sendo que, quanto maior o fluxo das mudanças sociais entre as diversas gerações, mais acentuadas podem vir a ser as diferenças intergeracionais e, portanto, maior o risco de enfraquecimento das redes sociais, maior risco de perda de suporte social e maior risco de isolamento social. Dentre possíveis condutas sistematizadas para lidar com essa realidade premente, se faz necessário apresentar propostas de integração social intergeracional que sejam sensíveis às diferenças de cosmovisão de cada geração, capazes de diminuir ruídos nos fluxos de trocas das redes sociais.

Salienta-se a importância de levar em consideração, também, a ideia de autocuidado intergeracional apoiado, sob visão do empoderamento tanto dos idosos envolvidos nas redes sociais quanto nos demais indivíduos de outras faixas etárias (LIMA; FAUSTINO, 2014; BORGES; MAGALHÃES, 2011).

## **2.5 Políticas públicas: a questão do envelhecimento, das redes sociais e da sindemia no Brasil**

A atuação do Estado vem sendo estudada já há alguns anos. De natureza eminentemente abrangente, entender a ação do Estado é de interesse de diversos campos do conhecimento. A Administração Pública enxerga sob ótica operacional, propositiva, buscando formas de aumentar a efetividade do Estado e das políticas públicas em si. Uma abordagem que pensa quase que somente focada no campo da técnica. Sob a ótica da Ciência Política, a análise da ação do Estado ganha novas variáveis: objetiva analisar o como, o porquê e sob que circunstâncias o Estado toma as suas decisões. Esse inclusive é um dos principais conceitos para políticas públicas (MARQUES; FARIA, 2013).

Se inicialmente, em 1950, Harold Laswell pressupunha ser essa atuação estatal, e conseqüentemente a *policy analysis*, bastante racional e linear, a partir das décadas de 70 e 80 foi consolidado que havia outros fatores importantes no processo de fazer com que determinadas pautas entrassem ou não na agenda do Estado. Herbert Simon já teorizava sobre isso no final da década de 50. Ancorado em seu conceito de racionalidade limitada (*bounded*), Simon teorizava que a ação pública estaria limitada à informação disponível aos seus atores sociais, às características e limitações cognitivas destes atores e pelo tempo e recurso limitado de que dispõem para decidir (MARQUES; FARIA, 2013).

Há fatores não propriamente racionais importantes para descrever o processo decisório em si (MARQUES; FARIA, 2013; FREY, 2000).

*“As disputas políticas e as relações das forças de poder sempre deixarão suas marcas nos programas e projetos desenvolvidos e implementados.”* (FREY, p. 219).

Pensando na complexidade da *policy analysis*, tal campo se subdivide nos seguintes componentes que infelizmente não encontram equivalente em português: *polity*,

que trata das instituições políticas, estruturas do sistema politicoadministrativo; *politics* para os processos políticos quase sempre conflituosos e *policy* para o conteúdo da política. Apesar de tal separação só existir na esfera das ideias e do estudo do campo, conceituá-lo é necessário (FREY, 2000; MARQUES; FARIA, 2013).

Na prática política, todos esses componentes se interrelacionam, originando *policy networks*, redes de relações sociais nem sempre formais, construídas via contato dos diversos atores sociais (sociedade organizada e Estado, por exemplo), de forma regular. As entradas que cada ator social traz (*inputs*), juntamente com as saídas (*outputs*) de cada ator social e do sistema como um todo se retroalimentam (FREY, 2000; MARQUES; FARIA, 2013).

Os primeiros movimentos sociais brasileiros do século XX ocorreram nos anos de 1917, quando trabalhadores buscavam direitos a melhores condições de trabalho. Tanto nesse primeiro movimento, quanto em toda a primeira metade do século XX, a pauta geral dos movimentos sociais foi de busca por direitos trabalhistas. A lógica da produção, típica da Era Vargas, operou como maximizador para construção dessas primeiras políticas públicas no país (JOSÉ *et al.*, 2015).

Dentre as principais demandas da sociedade civil por direitos para os idosos, ausência ou insuficiência de planos de previdência e consequentes sensações de desamparo e solidão ocuparam o cerne das ações durante o Estado Novo e, com elas, o olhar sobre a pequena parcela da população idosa. A sociedade civil foi fundamental para que pautas ligadas ao envelhecimento ganhassem importância e visibilidade diante do Estado, inicialmente, sendo os principais atores os membros da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), criada em 1961 e os grupos de convivência do Serviço Social do Comércio (SESC) (WILLIG *et al.*, 2012).

Em 1975, durante o regime militar, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Iniciou-se a prestação de assistência social específica para a população idosa em áreas referentes a renda, saúde e prevenção de asilamento. Ainda nessa linha, em 1976 foram redigidas as primeiras Diretrizes para Política Nacional da Terceira Idade, criando ordenamento jurídico pautado na assistência de idosos vulneráveis (WILLIG *et al.*, 2012).

A década de 1980 no Brasil foi marcada por intensas mobilizações sociais: pelas Diretas Já, por direitos sociais, por liberdade de expressão, dentre outros. Simultaneamente, no mundo, diversas mobilizações em prol de bem-estar social ocorriam e em 1982, houve a I Assembleia Mundial do Envelhecimento, evento da Organização das Nações Unidas (ONU) em Viena, Áustria. Ali se cunhou o conceito de envelhecimento saudável no Plano de Ação para o Envelhecimento. No Brasil, dentre as políticas públicas ligadas à população idosa, cita-se a Lei 8.842/84, da Política Nacional do Idoso, cria também o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Percebe-se, portanto, a grande influência da Assembleia de Viena na promoção de políticas públicas brasileiras associadas ao envelhecimento (SILVA; SOUZA, 2012).

Envelhecimento saudável, contudo, somente foi incorporado no ordenamento jurídico brasileiro de forma orgânica por meio da Constituição Federal de 1988, apelidada de Constituição Cidadã. Consolida-se, com a redemocratização, a ampliação das políticas públicas para idosos para além de previdência e de questões diretamente relacionadas a idosos fragilizados (SANTOS; SILVA, 2013; WILLIG *et al.*, 2012).

A partir da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro, com seus artigos 196 a 200, responsabilizou-se por prover saúde para toda a população por meio de políticas econômicas e sociais (BRASIL, 1988; JOSÉ *et al.*, 2015). O direito à saúde foi ainda reafirmado através da Lei 8.080/1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação social continuou sendo reafirmada como componente fundamental de um sistema de saúde integral, humano e resolutivo (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; JOSÉ *et al.*, 2015; WILLIG *et al.*, 2012).

Os anos 2000 foram especialmente importantes na consolidação dos direitos da pessoa idosa. Contando já com parcela considerável de idosos presentes na população, são desse período, o Decreto 4.227/2002, que criou o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e veio a ser revogado, revisto e ampliado pelo Decreto 5.109/2004. Este último revogado e atualizado com o Decreto 9.893/2019, em que uma das principais mudanças foi a alteração da vinculação do Conselho Nacional ao anteriormente chamado Ministério dos Direitos Humanos e recentemente renomeado para Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), restringindo, portanto, a efetiva atuação do Conselho (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019).

O grande marco foi com a Lei 10.741/03, que criou o Estatuto do Idoso. A Portaria 2.528/06, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) revogando, ampliando a portaria 1.395/99, que tratava da Política Nacional do Idoso (PNI). A PNSPI de 2006 incorporou o conceito de envelhecimento ativo preconizado pela Organização Mundial de Saúde, além combater o ageísmo, estimular a participação social dos idosos na comunidade e na formulação das políticas públicas (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Conclui-se que, sobretudo com a portaria 2.520/06, que a histórica visão do envelhecimento como um processo repleto de adoecimento, vulnerabilidade e solidão, para se pensar política pública foi, enfim, superada. O arcabouço legal brasileiro vem assim sendo considerado pelo *mainstream* da política pública como complexo, completo e abrangente para lidar com as necessidades de parcela cada vez maior do país, atribuindo, especialmente a partir dos anos 2000, novo olhar, mais humano e repleto de potencialidades para o envelhecimento (ROZENDO, 2016; WILLIG *et al*, 2012).

A vivência prática de muitos idosos, contudo, nem sempre acompanha as políticas públicas. Relatos de diversos autores demonstram grandes e variados processos de violência e de exclusão social de idosos por parte de uma sociedade ainda incapaz de lidar não só com o futuro da população em idade ativa, mas também com o próprio presente, de nação envelhecida, diversa, plural que são as pessoas idosas no Brasil (ANDRADE *et al.*, 2013; CAMACHO *et al*, 2010; SANTOS; SILVA, 2013; WILLIG *et al*, 2012)

O ambiente em que todas essas relações ocorrem (*policy arena*) pode ser mais ou menos permeado por barreiras que dificultam as relações sociais entre os diversos atores sociais. Aqui se inclui inclusive como barreira a dificuldade de alinhar as pautas defendidas por cada ator social. A sindemia do novo coronavírus tornou visível, por exemplo, a barreira de comunicação entre representantes governamentais nas mais diversas esferas do Estado de agirem de forma alinhada para maximizar sua efetividade em responder à sindemia. Se o embate de ideias e interesses faz parte do processo decisório, a incapacidade de chegar a um acordo é um expoente claro de fragilização da *policy* (FREY, 2000; MARQUES E FARIA, 2013; VARGAS *et al*, 2020).

Essa fragilização traz incertezas à sociedade que podem agravar quadros de sofrimento mental já intensificados pelo ambiente incerto que uma crise sanitária da

magnitude da sindemia traz. O campo do estudo do vasto social e das redes sociais em que os idosos estão envolvidos é complexo, denso e ainda pouco explorado. Isolamento social dos idosos é um problema generalizado em todo o mundo, em especial, nos países mais envelhecidos. Pesquisas que se voltem para o vasto social e a produção ou não de apoio social se fazem mais do que necessários, urgentes (KALACHE et al, 2020; VILLAS-BOAS et al, 2017).

## **2.6 A sindemia do novo coronavírus: implicações para a população idosa**

A vida de todos foi bruscamente tangenciada pela emergência global causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, trazendo consigo e com sua alta infectividade, uma doença nova, covid-19. Em pouco tempo, os noticiários ficaram permeados por termos antes restritos ao vocabulário da saúde coletiva e dos seus sanitaristas: “surto”, “epidemia”, etc. A fim de explicar adequadamente o que seja o momento histórico abrangido nesse trabalho, abaixo uma explicação sobre o conceito de sindemia.

*“Em outras palavras, uma sindemia é um conjunto de epidemias entrelaçadas e que aumentam mutuamente, envolvendo interações de doenças em nível biológico, que se desenvolvem e são sustentadas em uma comunidade/ população devido a condições sociais prejudiciais e conexões sociais prejudiciais.” (SINGER; CLAIR, 2003, p.429).*

Originalmente o termo foi cunhado por Merrill Singer, na década de 90, quando ele e outros pesquisadores estudavam a intercorrelação entre pessoas portadoras de HIV terem quadros mais graves de tuberculose que pessoas que não possuíam a doença. Com o tempo, ficou nítido que havia outros problemas de saúde que, quando em conjunto, se correlacionam e agravam o quadro geral de saúde da pessoa acometida. Exemplos: pessoas com HIV associado a tuberculose tendem a ter prognóstico muito mais desfavorável para ambas as doenças do que teriam para cada uma delas individualmente (SINGER; CLAIR, 2003; COSTA et al, 2020). “O reconhecimento da existência de sindemias sugere a necessidade de uma concepção biossocial da doença.” (SINGER; CLAIR, 2003, pag. 434).

Em relação às múltiplas crises desencadeadas pela covid-19, a abordagem sindêmica é mais adequada por compreender a relevância do ambiente geográfico, social

e político, além de outros Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como benéficos ou maléficos à saúde da população, não reduzindo problemas eminentemente complexos à esfera de responsabilidade meramente individual do sujeito. Essa visão não-reducionista, inclusive, levando em conta que estratificação de risco para adoecimento em uma sociedade não é aleatória, gera e justifica a contrapartida da ação pública do Estado para mitigar DSS e assim promover saúde ativamente em sua população (COSTA et al, 2020; Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Agravos à saúde são mais frequentemente detectáveis em pessoas mais vulneráveis socioeconomicamente. No Brasil, um dos países com a maior desigualdade social do mundo, as intercorrelações entre estrutural social, politicoeconômica e saúde da população se traduzem na dificuldade da família média brasileira em manter distanciamento social e medidas sanitárias quando se constata que: várias gerações de uma mesma família tendem a residir em lares de dois ou três cômodos, se sustentam por meio de ofícios em que vínculos trabalhistas são precarizados e moram em regiões com alta densidade demográfica e com estrutura urbana insalubre (COSTA et al, 2020; CUNHA; DIAS, 2019).

Já tendo estabelecido que a sindemia da covid-19 é influenciada por diversos fatores retroalimentativos e atinge desigualmente os brasileiros, abaixo são listadas algumas das conformações populacionais especialmente atingidas pela sindemia:

- Pessoas com comorbidades, sendo elas idosas ou não, haja vista o envelhecimento precoce muito frequente no Brasil devido a diversos fatores socioculturais, mas também da ainda insuficiente atuação de políticas de promoção da saúde transversais, que dialoguem efetivamente com os DSS, que interferem no estado de saúde da população (KALACHE et al, 2020; Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

- Pessoas não-brancas: as questões da vulnerabilidade associada a critérios raciais/ étnicos se impuseram. Os dados corroboram com os números de Nova York, em que, mesmo tendo menos casos em termos numéricos, populações não-brancas apresentavam maiores números de óbitos. Houve períodos da sindemia de covid-19 no Brasil em 2020 em que ser pardo era o segundo maior fator de risco para

óbito, atrás apenas do fator idade (KALACHE et al, 2020; SANTOS et al, 2020; BAQUI et al, 2020).

- Mulheres: falar de idosos no Brasil é falar majoritariamente de mulheres. Trabalhadores da saúde, especialmente expostos aos riscos de uma síndrome descontrolada, são em maioria mulheres. Quando se fala de profissionais de enfermagem, a disparidade entre número de homens e mulheres se torna mais visível ainda. Para além do campo profissional, o maior tempo de contato com a família aumentou exponencialmente o número de queixas e denúncias de violência doméstica. Em diversos contextos, as mulheres têm sido muito atingidas (KALACHE et al, 2020).

- Idosos: porque, além da maior vulnerabilidade orgânica devida a processos fisiológicos do envelhecimento, em discursos de pessoas públicas, reforça-se o imaginário social, economicista e excludente, de que as vidas dos idosos teriam menos valor (KALACHE et al, 2020; LEÃO; FERREIRA; FAUSTINO, 2020).

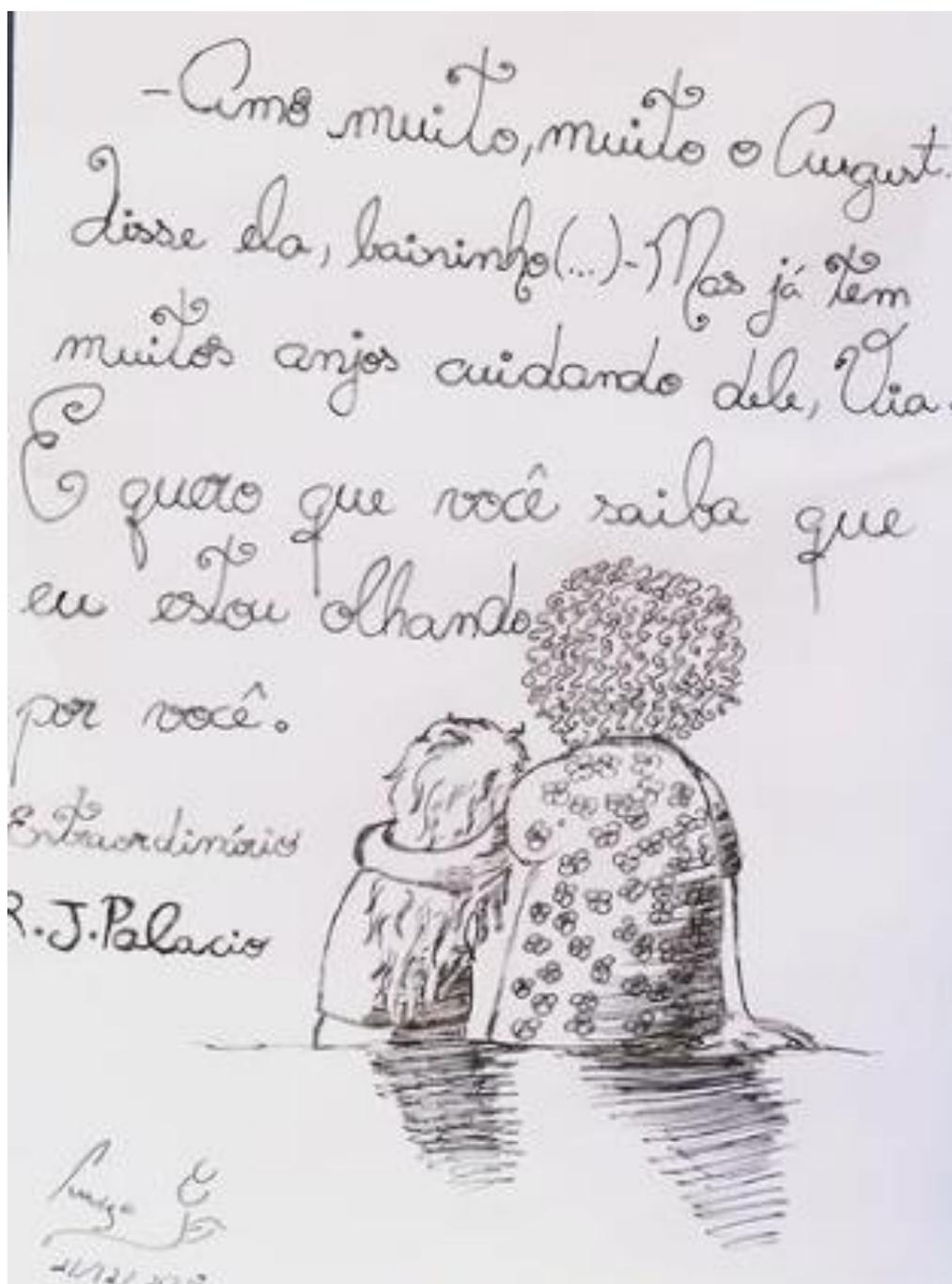
Lidar com problemas sanitários complexos envolve abranger diversas esferas da sociedade. Entender a complementariedade de cada uma delas para que se compreenda o cenário do todo se faz necessário. E o todo do Brasil é bastante excludente (KALACHE et al, 2020; COSTA et al, 2020; Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

*“No Brasil, mais de 80% dos idosos dependem exclusivamente, para seus cuidados de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa proporção é ainda maior entre negros e pobres. Há anos o SUS vem sofrendo cortes orçamentários profundos, e muitos de seus equipamentos já estavam à beira de colapso por excesso de demanda, antes mesmo da pandemia. A desigualdade é gritante - como expressou claramente a jornalista Flavia de Oliveira “A crise da Covid-19 não forjou as mazelas do país. Escancarou-as.” (KALACHE et al, 2020)*

Reverter as mazelas de uma sociedade altamente desigual envolve cada ator social entender seu papel e ocupar seu espaço na ação pública. Contar com medidas de fato efetivas em um país que manteve funcionando uma Emenda Constitucional estranguladora de políticas de seguridade social (EC 95), como as políticas públicas de saúde, demandará esforços intergeracionais e interdisciplinares (KALACHE et al, 2020).

O Brasil caminha a passos lentos, em processos não-lineares, de garantia de direitos para idosos, incluso aqui o direito de terem políticas públicas de saúde integrais, resolutivas e em consonância com as características próprias do que significa ser idoso ou idosa no Brasil. A intenção deste estudo é pesquisar de forma quase que pioneira no DF as redes sociais dos idosos, o suporte social obtido e as interrelações deles com capacidade funcional e acesso a redes sociais formais de saúde, a fim de viabilizar políticas públicas de saúde contextualizadas às diversas formas dos idosos vivenciarem a sindemia do novo coronavírus.

## OBJETIVOS



Avó e neta, Luiza Rosa (2017)  
 Caneta esferográfica em papel.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar as redes de relações sociais de pessoas idosas residentes no Distrito Federal durante a sindemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2).

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil de idosos quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde;
- Estimar o nível de apoio social percebido e recebido pelo idoso;
- Avaliar a qualidade das redes sociais estabelecidas pelos idosos;
- Verificar os níveis de participação social por meio da avaliação das Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD);
- Investigar a percepção subjetiva de isolamento social dos idosos durante o período de sindemia do novo coronavírus.

## ***METODOLOGIA***

---

Toda saudade é uma espécie de velhice

**Guimarães Rosa**

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

O estudo se consistiu em uma abordagem quanti-qualitativa, do tipo transversal e de natureza analítica, com análise do tipo triangulação de dados.

A pesquisa qualiquantitativa e/ou mista consiste em uma tendência que indica o surgimento de uma nova abordagem metodológica. Uma abordagem que possibilite mais elementos para descortinar as múltiplas facetas do fenômeno investigado, atendendo os anseios da pesquisa. Caracteriza-se como um movimento científico, que se opõe a histórica dicotomia quantitativa-qualitativa (SOUZA, KERBAUY, 2017; MINAYO, 2014).

O campo das pesquisas em saúde foi historicamente permeado por estudos quantitativos, epidemiológicos. Nas palavras da pesquisadora brasileira Maria Cecília de Souza Minayo:

*“...a forma de legitimação científica tradicional é a quantificação; a atividade intelectual fundada na mensuração se tornou hegemônica na produção de dados para se aplicarem em todo o Ocidente desde a Segunda Guerra Mundial; ao recusarem qualquer análise contextualizada da realidade por medo do risco de ideologização, os investigadores deixam a porta aberta para a manipulação dos dados pelo poder e, em consequência, consagram o tecnicismo” (MINAYO, 2014, p. 55).*

A busca por abordagens mistas ou com triangulação de dados visa diminuir o excessivo tecnicismo e a redução da realidade a aspectos meramente epidemiológicos. As técnicas quantitativas continuam sendo indispensáveis. O que se vem questionando é a suficiência delas, no processo histórico de fundir epidemiologia e saúde pública e torná-las quase sinônimas a fim estudar fenômenos complexos como os que permeiam o campo da saúde e das suas conseqüentes políticas públicas. Defende-se a ideia de que métodos quantitativos e qualitativos, quando triangulados, podem *“ambos conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de um sobre outro”* (MINAYO, 2014).

A triangulação de métodos realizada em pesquisas do tipo qualiquantitativo ou misto é possível porque *“nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, frequências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos de ação”* (MINAYO, 2014).

## **4.2 População e local de estudo**

A população do estudo foi constituída por idosos, ou seja, pessoas acima de 60 anos residentes no Distrito Federal e Área Metropolitana de Brasília, capazes de entender e responder os questionamentos e que estiveram presentes nos dias da coleta de dados, sendo uma amostra de conveniência.

O local de coleta foi o Hospital Universitário de Brasília (HUB) da Universidade de Brasília, localizado na cidade de Brasília. É um hospital de especialidades, sendo o espaço escolhido e utilizado os Ambulatórios do referido hospital, sendo assim uma unidade de cuidados secundária em saúde. O HUB é uma instituição pública federal que realiza atendimento exclusivamente de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e de modo integrado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e vinculado à Universidade de Brasília (UnB).

Os ambulatórios do HUB se localizam em um prédio à parte, térreo, com uma única entrada para todos eles. Os corredores das diversas especialidades (endocrinologia, pediatria, cardiologia, etc.) se diferenciam pelas linhas que marcam os corredores laranja, amarelo, vermelho, etc. Os ambulatórios funcionam em horário comercial, das 8h às 18h, atendendo os seus diversos públicos, crianças, adultos, idosos, gestantes etc.

## **4.3 Critérios de inclusão**

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; não possuir alteração cognitiva relatada que impeça de responder as perguntas, residir no Distrito Federal ou Área Metropolitana de Brasília.

## **4.4 Período de duração da fase de coleta de dados**

A coleta de dados, inicialmente prevista para acontecer durante os meses de março a dezembro de 2020, precisou ser adiada devido à emergência de saúde pública causada pela síndrome do novo coronavírus, em que, seguindo protocolos da época, todas as atividades eletivas do Hospital Universitário de Brasília (HUB) foram descontinuadas a fim de direcionar esforços no atendimento aos casos graves. E a permissão para realização de pesquisas no espaço dos ambulatórios foram suspensas.

As atividades ambulatoriais foram retomadas no segundo semestre de 2020. A pesquisadora comunicou interesse em retomar a coleta de dados da pesquisa à chefia de Enfermagem dos Ambulatórios, que havia sido aprovada antes da síndrome. Após devida aprovação pela chefia da unidade, as entrevistas ocorreram durante o período de 15 de

outubro a 15 de dezembro, durante dois dias da semana, nos corredores do Ambulatório e, sempre que possível, em sala privativa para isso, sendo adotadas todas as diretrizes recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no que diz respeito a segurança de cada participante em relação a situação da síndrome de covid-19.

O horário do dia da coleta de dados era entre 13h30 e 15h30 horas, enquanto os idosos e suas famílias aguardavam suas consultas.

#### **4.5 Procedimentos de coleta e instrumentos**

Antes de se iniciar a entrevista, era explicado a cada participante no que se consistiria a pesquisa; os objetivos dela e a importância de saber, com a maior clareza e honestidade possível, a percepção de cada pessoa idosa envolvida, sendo assegurada a confidencialidade dos dados coletados.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) utilizado foi composto por perguntas validadas na pesquisa SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (LEBRÃO, 2003) e do ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros) (LIMA-COSTA et al, 2018) ambas as pesquisas são longitudinais, de base domiciliar, conduzidas: a primeira, em amostra na cidade de São Paulo e a segunda, em nível nacional, respectivamente. Além destas, foram elaboradas perguntas pelos próprios pesquisadores. O instrumento foi composto por 14 questões fechadas acerca de dados sociodemográficos, de informações pessoais e de saúde, e de três perguntas abertas relacionadas a percepção dos idosos frente as redes sociais.

Os aspectos qualitativos da pesquisa foram coletados no mesmo momento da parte quantitativa, logo após concluída esta. O método utilizado foi o uso de perguntas semiestruturadas que foram adaptadas devido ao período da síndrome de covid-19, a fim de abranger a vivência da síndrome. As perguntas constam no APÊNDICE A, em que se buscou compreender de forma mais fidedigna possível a percepção dos idosos sobre como vivenciaram as mudanças em suas redes sociais durante a síndrome do novo coronavírus desde o seu início no Brasil até o momento em que ocorreram as entrevistas, durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2020.

##### **4.5.1 Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) / Versão Portuguesa**

Para averiguação do isolamento social de pessoas idosas de acordo com as características de suas redes sociais, foi aplicada a Escala Breve de Relações Sociais de Lubben (LNSS-6), na sua versão portuguesa (ANEXO I). A escala avalia o nível de apoio

social percebido e recebido, ou seja, o apoio dos familiares, amigos e vizinhos (RIBEIRO et al, 2012).

A LNSS-6 foi desenvolvida por Lubben a partir da Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS), sendo sua eficácia atestada em estudos prévios (LUCIO-VILLEGAS, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2012). A escala é subdividida em dois grandes subcampos: o campo “Família”, com três perguntas que avalia a qualidade das relações familiares segundo a ótica do sujeito; além do campo “Amigos”, com mais três perguntas, que se propõe ao mesmo objetivo por meio da análise das relações interpessoais das pessoas idosas entre amigos. Responde-se por meio de seis possibilidades que variam de “nenhuma pessoa”, correspondente ao campo “0”; ou 9 ou mais pessoas”, correspondente ao campo de título equivalente na escala (FREITAS; PY, 2016).

O somatório total é obtido a partir da junção das respostas dos dois subcampos, variando entre 0 e 30 pontos passíveis de obtenção, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5. O ponto de corte da LSNS-6 do somatório total é 12, sendo que, nos campos *Família* e *Amigos*, é necessário que se atinja ao menos 6 pontos para que a pessoa não seja considerada socialmente isolada (VILLAS-BOAS *et al*, 2017; FREITAS; PY, 2016).

#### **4.5.2 Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI)**

O Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) (ANEXO II) é um instrumento que avalia a qualidade das redes sociais estabelecidas pelo indivíduo entrevistado segundo critérios de importância atribuídos pelo próprio indivíduo. Uma vantagem atribuída ao instrumento é o fato de ele poder ser aplicado por qualquer profissional de equipe multidisciplinar previamente treinado, independentemente de sua formação (DOMINGUES *et al*, 2011).

O instrumento se compõe de quadrantes que representam família, amigos, comunidade e relações com os serviços sociais ou de saúde. Sobre esses quadrantes, inscrevem-se círculos mais ou menos afastados do centro dos quadrantes, de acordo com a proximidade das relações estabelecidas. As redes sociais mais próximas são aquelas em que há comunicação ao menos uma vez por semana. Relações intermediárias são estabelecidas quando o contato ocorre ao menos uma vez por mês e redes distantes são aquelas em que há trocas sociais ocorrendo ao menos uma vez ao ano (DOMINGUES *et al*, 2011).

Além de avaliar tamanho da rede social do idoso, este instrumento pode ser comparado com os demais para averiguar se as redes sociais mais intensas são, de fato, as mais importantes para o idoso entrevistado.

Neste trabalho, optou-se por descrever as redes sociais autorreferidas pelos idosos, ao invés de apresentar no formato gráfico, e assim foram classificadas em: “perto”, “médio” e “longe”, de acordo com o nível de proximidade que o idoso.

#### **4.5.3 Atividades avançadas de vida diária (AAVD)**

Funcionalidade, como anteriormente mencionado, é um fator importante de qualidade de vida e de sensação de bem-estar no idoso. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) são utilizadas para averiguação de capacidade funcional e social, contando no ANEXO III. Nessa análise, o questionário se subdivide em campos com perguntas fechadas e respostas relacionadas à frequência daquela prática. As respostas foram categorizadas como “nunca fez”, “parou de fazer” ou “ainda faz”. O escore mínimo possível é 13 e o máximo, 39. Quanto maior a pontuação, menos isolado é o indivíduo.

#### **4.5.4 Etapa qualitativa**

O conceito aqui adotado de metodologia quantitativa é aquele empregado por Maria Cecília de Souza Minayo:

*“O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus afetos e a si mesmos, sentem e pensam. (...) Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo estudado” (MINAYO, 2014, p.57).*

O método qualitativo usado contou com a observação participante da pesquisadora durante o período de coleta de dados, em que, interagindo com os idosos da pesquisa, ela se coloca como parte do contexto em observação. O contexto, no caso, foi a vivência da síndrome de covid-19 por parte dos idosos atendidos em ambulatórios do HUB.

Em relação aos aspectos qualitativos da pesquisa, o material utilizado nesta abordagem foi o relato obtidos durante a realização de entrevista semiestruturadas, “em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2014, p. 261-262). Um roteiro flexível foi

elaborado composto por três perguntas abertas, com o objetivo de compreender a percepção dos idosos em relação em como a síndrome afetou suas relações sociais (APÊNDICE A). As respostas foram registradas para posterior análise.

A observação participante visa superar a imagem positivista do investigador neutro, isento de influenciar e ser influenciado pelo contexto em que sua ida ao campo, em seu contato com as pessoas entrevistadas (MINAYO, 2014).

#### **4.6 Análise dos dados**

A análise de dados foi realizada após a categorização e registro das informações para um *codebook*, transcritas para uma planilha eletrônica construída utilizando o programa Excel® da suíte Microsoft. Para tratamento e análise dos dados foram utilizadas ferramentas disponíveis no programa Excel®, anteriormente citado.

Em relação à etapa qualitativa, a análise dos dados obtidos por meio de análise temática das entrevistas semiestruturadas. Dentre os responsáveis pelo desenvolvimento da técnica de análise de conteúdo, destaca-se Laswell (1952). Influenciada pela lógica quantitativa, os teóricos da análise do conteúdo consideram que ela precisa ser objetiva e sistemática ao trabalhar com regramentos pré-estabelecidos, possibilitando a outros pesquisadores replicarem os procedimentos e obterem resultados similares, com o devido respeito à individualidade dos símbolos e significados próprios de cada pessoa entrevistada em cada estudo, em cada contexto socioespacial (MINAYO, 2014).

Dentre as possibilidades de análise de conteúdo, esta pesquisa se destinou a trabalhar a análise temática segundo Bardin. Apesar de ainda bastante positivista e quantitativa, realizar a análise temática, descobrir núcleos de sentido da comunicação entre pessoa entrevistada e entrevistadora continua sendo de grande relevância nos métodos qualitativos (MINAYO, 2014). A análise temática se subdividiu em três etapas: organização da análise, codificação e categorização.

##### **1) Organização da análise**

- Leitura flutuante: visa a imersão por período significativo no campo dos ambulatórios, a fim de a vivência dos idosos, nos corredores do ambulatório do HUB, se tornar ainda mais tangível. Infelizmente a paralização das atividades eletivas do HUB abreviou significativamente essa etapa da pesquisa.

- Constituição do corpus: momento em que os discursos obtidos foram transcritos e constam no APÊNDICE C, a fim de seguir determinadas normas de validação qualitativa. Abrange-se exaustividade e representatividade, o que significa que o material coletado contemple de forma mais fidedigna possível o imaginário simbólico de cada pessoa entrevistada; homogeneidade, obedecendo a critérios específicos de escolha quanto aos temas abordados, às técnicas utilizadas e aos atributos próprios dos interlocutores; por fim, pertinência, em que o material obtido seja adequado para dar respostas aos objetivos do trabalho.
  - Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: em que, por meio de palavras-chave ou frases, são formadas categorias de análise. Aqui recorre-se a regras de contagem, sendo os resultados obtidos submetidos a operações estatísticas simples, como porcentagens, que permitam colocar em relevo as informações mais relevantes para leitura do material.
- 2) **Codificação**: organizam-se unidades de registro, ou seja, temas palavras ou frases que serviram como recorte norteador da pesquisa. Neste trabalho, optou-se pelo critério semântico, ou seja, temas norteadores.
- 3) **Categorização**: classificação e agregação das categorias temáticas escolhidas para serem trabalhadas na análise qualitativa.

Os principais temas foram agrupados em três categorias temáticas: 1) Sentimentos referidos pelo idoso ao vivenciar a pandemia; 2) Autopercepção dele sobre impacto nas relações sociais que vive e 3) Importância das redes sociais informais e formais (exercidas com profissionais de saúde) para promoção da saúde, tendo o paradigma do olhar ampliado da saúde, que abrange aspectos socioespaciais.

A fim de preservar a identidade das pessoas entrevistadas, optou-se por usar o termo “Entrevistado” ou “Entrevistada”, respeitando o gênero de identificação do idoso, para se referir a eles. Cada entrevistado recebeu um número, de 1 a 20. O Entrevistado 13 foi o único excluído da análise haja vista ele ter começado a entrevista, mas sem concluí-la e sem assinar o TCLE devido ao fato de ter sido convocado para sua consulta.

Ao final, realizou-se triangulação concomitante de dados quantitativos e qualitativos, em que se cruzam variáveis que apresentam relação estatisticamente

significativa com as categorias temáticas obtidas na etapa qualitativa. A justificativa para a escolha do método misto, com triangulação concomitante dos dados é a oportunidade que ele oferece de análise de questões de saúde segundo o paradigma da complexidade.

*“A utilização de desenhos com métodos mistos é uma tendência crescente na pesquisa em enfermagem e saúde. Esse crescimento deve-se ao fato de que a combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos” (SANTOS et al, 2017).*

O diagrama abaixo esquematiza o método misto, do tipo triangulação concomitante, a fim de facilitar a compreensão dele.

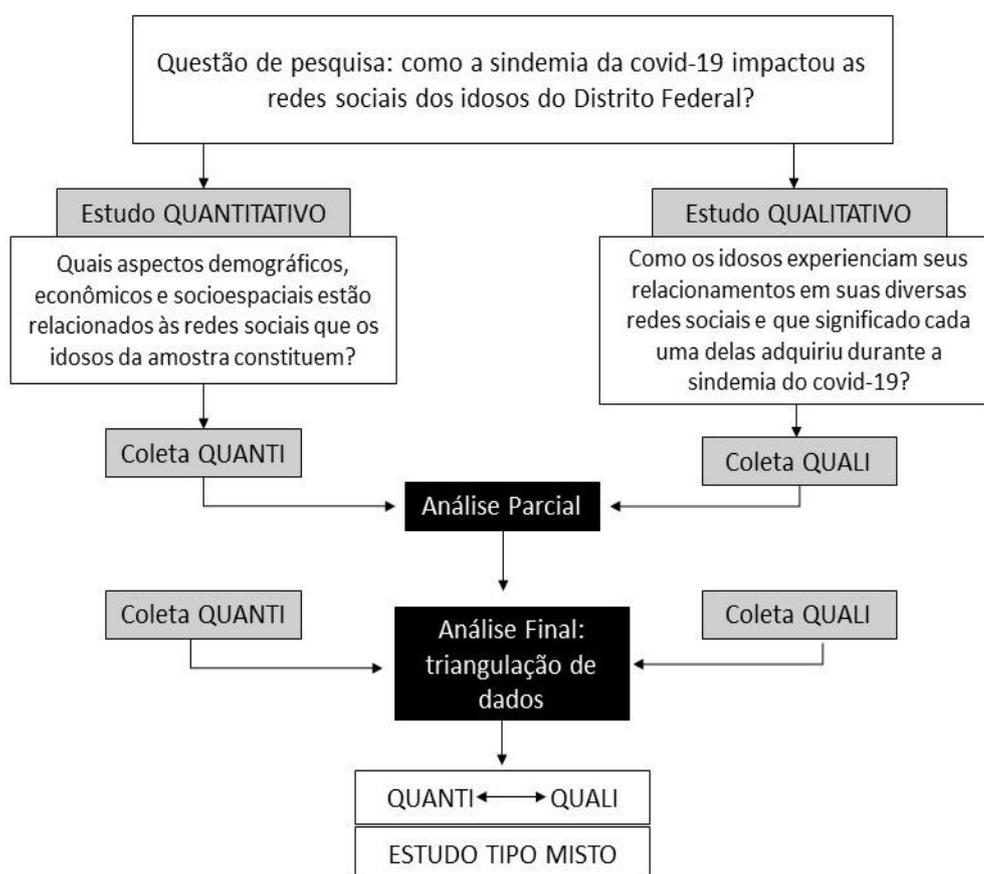


Diagrama 1. Representação esquemática do desenho do estudo tipo misto, subtipo triangulação concomitante

#### 4.7 Aspectos éticos

No presente estudo foram consideradas as orientações da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, de modo que todos os participantes deste estudo foram assegurados quanto ao seu anonimato; foram convidados e tiveram sua participação

submetida à anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B).

Os idosos participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e os direitos que lhes são assegurados quanto à sua participação voluntária, constando todas as informações necessárias no documento assinado, em duas vias, uma do pesquisador e outra do participante da pesquisa. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob o número CAAE: 27444619.1.0000.0030 e teve sua aprovação pelo Número do Parecer: 3.901.121 (ANEXO IV).

## **RESULTADOS**

---



*Mulher em perfil, Luiza Rosa (2019)  
Lápis em papel.*

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Perfil dos idosos entrevistados

Foram entrevistados 20 idosos no ambulatório do HUB, sendo que um questionário foi descartado devido ao idoso ser chamado para consulta sem ter finalizado a entrevista e nem assinado TCLE, totalizando então 19 entrevistas completas. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos, podendo ela ser mais prolongada ou não a depender de quanta informação o idoso ou a idosa entrevistados se dispuseram a fornecer na parte qualitativa.

Ainda em relação aos aspectos quantitativos, dos 19 idosos entrevistados, nove eram do sexo masculino e dez do sexo feminino (47% e 53% do total, respectivamente). A média de idade era de 69, 52 e a maioria feminina da amostra. Todos os idosos se declararam heterossexuais; 14 deles são casados (aproximadamente 73% do total) uma afirmou morar junto de parceiro sem união legal, duas são solteiras, um é viúvo, uma é divorciada (Tabela 1).

Quanto à cor, cinco idosos se declararam de cor preta, enquanto sete se declararam pardos e outros sete, brancos (aproximadamente 26%, 37% e 37%, respectivamente). O total de idosos negros da amostra somou aproximadamente 63%. Tal constatação é reforçada ao cruzar o dado sobre renda, em que nove idosos disseram ter renda referente a valores entre 01 a 03 salários-mínimos, cinco idosos disseram receber até 1 salário-mínimo e uma idosa disse não ter renda. Três idosos da amostra disseram receber valores entre 04 a 10 salários-mínimos e somente um disse ter renda superior a dez salários-mínimos. Ao total, aproximadamente 78% das pessoas da amostra compõem as classes socioeconômica média e baixa (Tabela 1).

Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 7,15, sendo que 13 dos 19 idosos entrevistados cursaram o ensino fundamental completa ou incompletamente. Apenas uma pessoa concluiu o ensino médio e 3 concluíram ensino superior, sendo duas destas mulheres. Quando perguntados sobre a ocupação atual, 12 idosos disseram usufruir de aposentadoria, cinco pessoas continuam trabalhando, uma pessoa é pensionista e uma não tinha qualquer renda própria (Tabela 1).

Quanto à companhia no domicílio, dos 12 idosos que responderam morarem com alguém, 11 referenciaram residir com cônjuge, sendo que em um domicílio, havia filhos

e netos além do parceiro. Apenas um idoso disse morar somente com os filhos. Os demais sete idosos moram sozinhos. Quanto a serem pais, 18 dos 19 idosos entrevistados disseram ter filhos. A maioria dos idosos teve dois, três ou quatro filhos (79% do total), enquanto três famílias eram numerosas (7 filhos ou mais) e uma outra família teve um filho único (Tabela 1).

Quando perguntados se praticavam alguma religião, somente um idoso disse não ter religião, sendo a maioria da amostra (14 pessoas) composta de católicos (74%) e os demais são evangélicos (4 pessoas). Quando perguntados sobre atividades em grupo que participam, quatro idosos referem participar de atividades de grupos da igreja, um de grupo de dominó e uma de ginástica/ dança. Todos os idosos apresentam comorbidades (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos, informações pessoais e de saúde. Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19)**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	9	47,0
Feminino	10	53,0
<b>Faixa etária, anos</b>		
60 a 69	11	58,0
70 a 79	7	37,0
80 ou mais	1	5,0
<b>Orientação sexual</b>		
heterossexual	19	100,0
<b>Cor</b>		
preta	5	26,0
parda	7	37,0
branca	7	37,0
<b>Estado civil</b>		
casado	14	73,0
solteiro	2	11,0
divorciado	1	5,0
viúvo	1	5,0
união estável	1	5,0
<b>Escolaridade</b>		
analfabeto	2	11,0
fundamental	13	68,0
médio	1	5,0
superior	3	16,0
<b>Anos de estudo</b>		
zero	2	11,0

1 a 4	2	11,0
5 a 8	11	58,0
9 a 12	1	5,0
13 anos ou mais	3	15,0
<b>Mora com alguém</b>		
não	7	37,0
sim	12	63,0
<b>Tem filhos</b>		
não	1	5,0
1 a 3	12	63,0
4 a 6	3	16,0
7 ou mais	3	16,0
<b>Religião</b>		
católica	14	74,0
evangélica	4	21,0
não possui	1	5,0
<b>Atualmente está</b>		
trabalhando	5	26,0
aposentado	12	63,0
não referiu	1	5,0
pensionista	1	5,0
<b>Participa de algum grupo</b>		
não	13	68,0
igreja	4	21,0
dominó	1	5,0
dança/ ginástica	1	5,0
<b>Renda (em salários mínimos)</b>		
sem renda	1	5,0
até 01	5	26,0
01 a 03	9	47,0
04 a 10	3	16,0
mais de 10	1	5,0
<b>Consome álcool</b>		
não	14	74,0
sim	5	26,0
<b>Comorbidades</b>		
sim	19	100,0
<b>Total</b>	19	100,0

Em relação às pessoas com quem a pessoa tem mantém contato, avaliando-se redes sociais informais (familiares, amigos, comunidade) por meio da aplicação da Escala de Lubben (LSNS-6), foi constatado que enquanto a maioria dos idosos mantém contato regular com grande quantidade de familiares (9 ou mais), a qualidade dessa rede social para fornecer apoio físico e emocional foi relativamente baixa. A maioria disse só contar

com apoio de 3 ou 4 familiares para pedir ajuda (26%), sendo que para apoio em relação falar de questões pessoais, 32% dos idosos disse não ter com quem contar (Tabela 2).

Quanto às redes de suporte social formadas por amigos fora das relações parentais, há muitos idosos que mantêm contato regular com grande quantidade de amigos: 9 ou mais representou 37% da amostra. Há também outro grande grupo que não tem qualquer amigo: 32% dos idosos. Entre os que têm amigos, os entrevistados disseram poder contar com 3 ou 4 pessoas para pedir ajuda (26% do total). A percepção de 37% dos idosos é de poder contar com 9 ou mais amigos para falar de questões pessoais (Tabela 2).

Quanto aos escores individuais, sete idosos não atingiram o mínimo de 12 pontos da tabela e três tiveram como somatório total menos de 6 pontos, ou seja, são isolados.

**Tabela 2. Nível de apoio social percebido pelo idoso entrevistado entre familiares e amigos, segundo Escala de Luben (LSNS-6). Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19)**

<b>Nível de apoio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Com quantos familiares contata (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?</b>		
0 pessoas	0	0,0
1 pessoa	1	5,0
2 pessoas	0	0,0
3 ou 4 pessoas	3	16,0
5 a 8 pessoas	6	32,0
9 ou mais	9	47,0
<b>De quantos familiares você se sente próximo a ponto de lhes pedir ajuda?</b>		
0 pessoas	2	11,0
1 pessoa	2	11,0
2 pessoas	3	16,0
3 ou 4 pessoas	5	26,0
5 a 8 pessoas	3	16,0
9 ou mais	4	21,0
<b>Com quantos familiares você se sente à vontade par falar de assuntos pessoais?</b>		
0 pessoas	7	37,0
1 pessoa	4	21,0
2 pessoas	1	5,0
3 ou 4 pessoas	4	21,0
5 a 8 pessoas	2	11,0
9 ou mais	1	5,0
<b>Com quantos amigos você contata (vê ou fala) ao menos uma vez por mês?</b>		
0 pessoas	6	32,0
1 pessoa	0	0,0
2 pessoas	1	5,0
3 ou 4 pessoas	4	21,0

5 a 8 pessoas	1	5,0
9 ou mais	7	37,0
<b>De quantos amigos você se sente próximo a ponto de pedir ajuda?</b>		
0 pessoas	10	52,0
1 pessoa	0	0,0
2 pessoas	2	11,0
3 ou 4 pessoas	5	26,0
5 a 8 pessoas	2	11,0
9 ou mais	0	0,0
<b>Com quantos amigos você se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?</b>		
0 pessoas	4	21,0
1 pessoa	3	16,0
2 pessoas	0	0,0
3 ou 4 pessoas	3	16,0
5 a 8 pessoas	2	11,0
9 ou mais	7	36,0
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Quanto aos resultados obtidos por meio do Mapa Mínimo das Relações (MMRI), ao se expandir as redes de suporte social para incluir também redes formais, como aquelas formadas pelos profissionais atuantes em sistemas de saúde utilizados rotineiramente pelos idosos, (unidades básicas de saúde, ambulatórios), nove dos 19 idosos relataram perceber os profissionais como distantes deles (“longe”), mesmo que mantendo relacionamento rotineiro para consultas. O segundo grupo mais prevalente foi aquele que afirmou perceber os profissionais de saúde que os atendem cotidianamente como muito próximos de si (n=6) (“perto”). A família continua prevalecendo como a rede social de maior importância em comparação a amigos, sistemas de saúde e comunidades como grupos da igreja, de dança e de outras atividades de lazer (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição da qualidade das redes sociais em que o idoso participa, segundo critérios de importância atribuídos por eles mesmos no Mapa Mínimo de Relações (MMRI). Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19).**

<b>Critério de importância atribuída</b>	<b>Comunidade (n)</b>	<b>Sistemas de saúde (n)</b>	<b>Família (n)</b>	<b>Amigos (n)</b>
Perto	5	6	14	2
Médio	5	4	3	6
Longe	9	9	2	11
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

Quando perguntados sobre as atividades instrumentais de vida diária que os idosos mantiveram ou pararam de fazer nos últimos meses, viagens de mais de um dia de duração, fazer visitas e viagens de 24 horas ou menos são as que mais foram interrompidas. Dentre a atividade que os idosos se mantiveram fazendo, mesmo com a pandemia ativa no país e restrições por ela impostas, 11 dos 18 idosos que têm religião disseram ter continuado frequentando templos religiosos (Tabela 4).

Chama atenção a quantidade de idosos (dez pessoas) que não pararam de trabalhar, mesmo no contexto de crise sanitária em que estamos, apesar de apenas cinco pessoas terem afirmado no questionário socioeconômico (Tabela 1) que continuavam trabalhando por não terem se aposentado. Presume-se que outras cinco pessoas se mantiveram trabalhando mesmo contando com aposentadoria.

Dentre as atividades que os idosos nunca fizeram, é evidente a falta de adesão aos centros de convivência para idosos: 17 dos 19 idosos nunca foi em um. Ainda no campo das redes sociais formais, a quase totalidade dos idosos nunca participou de atividades da Universidade Aberta à Terceira Idade. Campos quase tão altos quanto esses são os referentes a eventos culturais (cinema, teatro, shows etc.), em que 14 idosos nunca frequentaram. Voluntariado, dirigir automóvel e participar de reuniões sociais (bailes, festas não-familiares) encerram a lista das atividades com menos adesão dos idosos (Tabela 4).

**Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo as atividades avançadas de vida diária (AAVDS). Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19)**

<b>Atividades</b>	<b>nunca fez n</b>	<b>parou n</b>	<b>ainda faz n</b>
Fazer visitas	4	9	6
Receber visitas	4	7	8
Vai a templos religiosos	1	7	11
Reuniões sociais	10	7	2
Eventos culturais	14	4	1
Dirige automóvel	10	3	6
Viagens curtas	4	8	7
Viagens longas	2	12	5
Voluntariado	11	4	4
Trabalho remunerado	3	6	10
Atividades políticas	12	3	4

Atividades da universidade aberta à terceira idade	18	1	0
Frequentar centros de convivência para idosos	17	0	2

Em relação aos escores obtidos, um idoso apenas teve pontuação abaixo de 20 pontos, tendo ele obtido o menor escore: 18 pontos totais. O idoso com o maior escore obteve 31 pontos e os demais idosos (Tabela 5).

**Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo escores obtidos nas atividades avançadas de vida diária (AAVDS). Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19)**

Escore da Escala de AAVDS	n
18 pontos	1
20 pontos	1
21 pontos	2
22 pontos	4
23 pontos	3
24 pontos	2
25 pontos	3
28 pontos	1
29 pontos	1
31 pontos	1

## 5.2 Análise qualitativa: autopercepção dos idosos em relação à sindemia e implicações para suas redes sociais

### 5.2.1 Sentimentos referidos pelo idoso ao vivenciar a sindemia

A palavra “medo” foi imediatamente referida por 13 dos 19 idosos entrevistados ao serem questionados sobre os sentimentos que a sindemia (ao questionar eles, usou-se o termo “pandemia”). Até mesmo os que não nomearam exatamente o sentimento de medo usaram palavras de significado análogo ou próximo (“receio”, “preocupação”, “pavor”) para dizer como se sentiam em relação à situação presente naquele período em que ocorreram as entrevistas. Quase todos disseram que inicialmente a sensação de medo foi maior, mas que, conforme os meses passaram, o medo diminuiu, mas continua presente, como pode ser explicitado na fala de uma idosa:

*“No começo, fiquei apavorado. No primeiro mês, não pus o pé fora do portão. Medo! Depois fui melhorando” (Entrevistada 6).*

Algumas pessoas foram afetadas de forma ainda mais intensa. Houve relatos de idosos anteriormente saudáveis que desenvolveram quadros de sofrimento mental, como refere a Entrevistada 2:

*“Essa situação toda me fez adoecer. Fiquei com uma depressão pesada. Tive que vir me tratar. Muito medo mesmo.” (Entrevistada 2).*

Vários homens usaram como principal termo para se referir a como se sentiam a palavra “estresse” ou flexões adjetivas dela, estando associada ou não à palavra “medo”:

*“Fiquei angustiado de ficar em casa. Dá muito estresse. Piorou pra dormir. Durmo a tarde toda. A comida não digere.” (Entrevistada 19)*

A correlação entre o medo da doença covid-19 e as implicações disso para a qualidade de vida foram percebidas pelos idosos. Assim como o Entrevistado 19, vários outros referiram prejuízos na rotina cotidiana, na higiene do sono, dentre outros. Constatado o medo de contrair a doença, a principal medida preventiva adotada para evitar pela maioria dos idosos foi o isolamento social autoimposto, como o referido:

*“Me deixou muito estressado. É com medo de sair pra resolver as coisas. Procuo ficar mais isolado. Não quero prejudicar ninguém, mas também não quero ser prejudicado. Fiquei mais angustiado. A partir de quando começou a pandemia, comecei a dormir muito mal”. (Entrevistado 17)*

A sensação de medo constante gera um fardo por si só. As consequências disso foram percebidas como maior dificuldade de manter o relacionamento consigo próprio e com os demais:

*“A gente fica sem paciência com as pessoas e com a gente mesmo.” (Entrevistado 19)*

O medo constante foi percebido também através da percepção de que qualquer objeto ou pessoa como potencial ameaça de contágio:

*“No começo, fiquei com medo. Agora tenho menos, mas nem tanto. Esse medo mudou minha relação com as pessoas. Tenho medo de chegar perto, de pegar objetos. Tem horas que o medo diminui.” (Entrevistado 8)*

Para além do sentimento de ameaça com o outro, houve também o sentimento de receio com a perda de contato, de relações sociais significativas:

*“O sentimento despertado nas mudanças com meus relacionamentos sociais foi só de preocupação. Preocupação em manter a socialização com as pessoas.” (Entrevistado 1)*

Em resumo, os sentimentos percebidos pelos idosos em relação à sindemia, além do medo, são repletos da sensação de perda da rotina, outra hora tão banal, como elucidado:

*“A pandemia despertou uma série de questões que estavam ocultas. A gente nem se dava conta do quanto era importante as coisas que a gente deixou de fazer.” (Entrevistado 7)*

Em relação às alterações nas redes sociais informais, os relatos de autopercepção dos idosos serão mais detalhados no próximo tópico.

### **5.2.2 Autopercepção do idoso sobre impacto nas relações sociais que vive**

O segundo grande sentimento atribuído ao contexto de sindemia da covid-19 logo após o estado de alerta é a sensação de perda: perda da rotina, perda da convivência cotidiana. A segunda palavra mais empregada pelos idosos entrevistados foi “saudades” e sua locução verbal correlata “sentir falta” para se referir à sensação de perda. Em especial, associada às redes sociais em que o idoso participava.

*“Só o cuidado com os netos, que eu não posso mais ter. Eles moram lá em casa comigo, mas meus filhos têm evitado que eles tenham contato comigo.”*

*(Entrevistado 1)*

A rede social mais referida como impactada pelos idosos entrevistados foi aquela constituída por ele e seus familiares. Os relatos da ausência palpável da família na convivência cotidiana permearam os discursos coletados da maioria dos idosos, nos mais diversos contextos. Palavras relacionadas a isolamento foram muito referidas para se referir à solidão, como nas falas das Entrevistadas 5 e 16, respectivamente:

*“Ó, eu já tô passando mal aqui sozinha, isolada e as pessoas ainda falam isso [de não poder sair [na rua]]” (Entrevistada 5).*

*“A convivência com a família afastou muito. (...) Me sinto sozinha” (Entrevistada 16).*

A ausência ou diminuição do contato físico também foi lembrada:

*“Não pode ter contato físico e sente falta! Muita falta! Não pode beijar...” (Entrevistado 4)*

Entre as famílias que não excluíram completamente a socialização com os familiares idosos, houve alterações quanto à frequência e duração dos encontros, além do uso de tecnologias, como telefone e aplicativos de mensagens de texto:

*“Converso com a família por telefone. A gente conversa muito. Eu vi meu irmão só agora. Os meninos [filhos] passavam correndo, mas passavam.” (Entrevistado 6)*

A percepção de que pequenos atritos surgiram nos vínculos interpessoais devido à tensão constante da sindemia foram mencionados:

*“É estressante, sabia? Daqui acolá você fica arranhado com a mulher. Antes da pandemia, a gente saía todo fim de semana.” (Entrevistado 14)*

O comportamento evitativo experienciado por alguns idosos em algumas redes sociais foi associado a sentimento de rejeição e de perdas:

*“Atrapalhou a manter contato com as pessoas. Aquela situação de estar só, a gente fica tão triste. Aquelas pessoas que eram amigas, elas fogem.” (Entrevistada 18)*

Houve também os idosos que não experienciaram grandes mudanças em suas relações sociais por já se considerarem solitários antes, mas sem que isso os trouxesse sofrimento:

*“Tudo igual. Falo no telefone. Não mando mensagem não.” (Entrevistada 11)*

*“Mudou não. Não sou de conversar não.” (Entrevistado 15)*

Alterações na convivência comunitária, para além da família e amigos também foram relatadas. Há relatos que tratam da sensação de ser agredido (a) ou rejeitado (a) pela comunidade:

*“Todo mundo correndo, com medo, agoniado. Tenho que sair pra cuidar da minha mãe, sempre com muito cuidado. Mas ultimamente tenho achado que as pessoas relaxaram muito. Um dia desses, fui na rodoviária, tinha um cara sem máscara e soprou em cima de mim, como quem diz “não adianta”. Esse dia fiquei muito chateada. Minha filha pegou, a gente separou, foi pra casa dela. Aí foi um preconceito horrível. (...) Ali no começo foi muita coisa que a gente passou, o pessoal ficava olhando. Eu ficava com vergonha. Foi muito sofrimento. (Entrevistada 5).*

Perdas laborais vieram à tona nas falas das pessoas:

*“Senti falta de trabalhar. O trabalho faz parte da nossa vida. Fico triste de não poder ir trabalhar. A gente não ganha um dinheirinho. É difícil.” (Entrevistado 20).*

*“Meu filho é enfermeiro também, perdeu o emprego. Ficou depressivo. Pai de três filhos. Teve que voltar a morar comigo.” (Entrevistada 16).*

*“Diminuiu meu ganho porque presto serviço pra escola. Tive que manter distância.” (Entrevistada 8).*

*“Eu trabalho com costura e as pessoas me procuraram mais não. Diziam “porque a senhora é de idade, né?” (Entrevistada 9).*

Para vários dos idosos praticantes de religiões, as mudanças na rotina de cultos e práticas religiosas trouxeram sofrimento. Alternativas foram propostas por líderes religiosos:

*“Cheguei pra conversar com o padre que eu tava me sentindo muito presa. Muito só. Ele me liberou pra ir pra igreja, mas assim, isolada” (Entrevistada 9).*

Por fim, houve relatos falando também das relações estabelecidas entre as redes formais, que serão melhor detalhados no próximo tópico.

### **5.2.3 Importância das redes sociais formais exercidas pelos profissionais de saúde**

Muitos idosos têm relacionamento próximo com os profissionais de saúde que os atendem cotidianamente devido ao tratamento prolongado (e frequentemente, até o fim da vida) que algumas doenças crônicas muito frequentes na velhice e na meia idade demandam. Tendo isso em mente, houve a preocupação especial em mensurar a qualidade dessas relações estabelecidas com as pessoas que compõem as redes sociais formais, segundo critérios estipulados pelos próprios idosos usuários de tais redes.

De todos os idosos entrevistados, apenas quatro disseram que os relacionamentos com os profissionais de saúde são irrelevantes para eles. Para a maior parte, quando questionados sobre as relações desenvolvidas com os profissionais de saúde que os atendem, a palavra mais referida foi “segurança”, como mencionado nos relatos abaixo:

*“Sinto muito segura fazendo tratamento aqui. Ajuda fazer tratamento, me sinto mais confiante” (Entrevistada 8)*

*“Faço acompanhamento aqui. Me sinto mais seguro.” (Entrevistado 10)*

*“Continuo vindo na consulta. Me ajuda a me sentir mais segura.” (Entrevistada 11)*

*“Eu tô com 3 anos me tratando aqui. Eu me sinto seguro. (...) Os médicos aqui é nota mil. Tô zero, zero, graças a eles. Aquele outro do CACON, nota mil também. Eles tudinho me conhecem.” (Entrevistado 14)*

A manutenção dos vínculos com os profissionais de saúde, em especial os médicos, é tão significativa para alguns dos idosos que a interrupção temporária dos serviços eletivos durante os momentos de maior estresse da rede de sistemas de saúde no Distrito Federal gerou desconfortos:

*“Tava sentindo saudade do meu médico.” (Entrevistada 9)*  
*“Teve que parar as consultas. Retomou agora. Fiquei anêmica. Ficou muito ruim pra mim. Ter esse acompanhamento é importante. Me fez muita falta.”*  
*(Entrevistada 18)*

Alguns dos idosos falaram em mais detalhes sobre o porquê de se sentirem seguros nas relações das redes sociais formais. O principal fator enunciado foi a possibilidade de ser assistido quando o idoso ou a idosa julgasse necessário:

*“Eu já trato com ele há muito tempo. Se eu ligar, ele me atende na hora.”*  
*(Entrevistado 15)*

*“Essa médica é uma pessoa que posso contar com ela.” (Entrevistada 16)*

Em um período de tantas incertezas, tanto medo, a quantidade de relatos falando sobre a sensação de apoio, conforto e segurança encontrada nas redes empos formais é algo extremamente significativo:

*“A gente fica um pouco mais tranquilo” (Entrevistado 17).*

*“Ajuda porque tem quem traga apoio” (Entrevistado 18).*

*“Tem me ajudado bastante” (Entrevistada 2).*

*“Ajuda. É um benefício que nós temos direito e eu me sinto acolhido pelo hospital” (Entrevistado 4).*

Negar que haja relatos negativos na relação entre usuários dos serviços de saúde e profissionais seria deveras tendencioso. Eles existem. No presente estudo, somente uma idosa trouxe uma vivência negativa:

*“Lá onde eu moro, todo mundo se cumprimenta. Agora aqui [no hospital] não. Gosto muito daqui [do HUB]. Só isso que é ruim” (Entrevistada 5).*

Em outro momento, se referindo aos profissionais da Unidade Básica de Saúde que a atendem em domicílio, a mesma idosa conta sobre um relato em que se sentiu violentada:

*“Eu não peguei não, mas aí eu tava andando na rua e a enfermeira gritou “tá andando na rua por quê?” (Entrevistada 5).*

Aqui é oportuno comentar o fato de a pesquisadora ser profissional de saúde. Isso por si só, além da ausência de vínculo de relacionamento de confiança prévio, poderia influenciar os idosos entrevistados a não referirem histórias negativas em suas vivências com profissionais de saúde.

Comentários relevantes foram feitos à percepção da forma como são tratados nas unidades públicas de atendimento da população em comparação com os serviços privados, como mais acolhedoras devido à relação desmonetizada. Relatos de apropriação dos serviços como direitos adquiridos surgiam entremeados:

*“A gente tem uma grande vantagem em ter o SUS, que já serve de apoio pro mundo inteiro e agora tá sem apoio, sem verba. Eu valorizo o serviço público. Gosto de ver ele funcionando. Aqui eu tenho acesso a consultas em serviços com uma qualidade que eu não encontrei no Hospital XYZ. Lá é um apartheid. Pra frequentar ali você tem que ter plano de saúde ou muito dinheiro. Aqui a relação não é monetizada. A gente se sente muito melhor. O povo merece um serviço melhor. O povo que paga isso aqui.”*  
(Entrevistado 7).

### **5.3 Quanto à observação participante**

O ano de 2020 não foi um ano fácil para muita gente. Durante os meses que ocorreram a coleta de dados, que foi atrasada em um semestre devido à urgência sanitária, já se havia passado aproximadamente 5 meses desde os primeiros casos de covid-19 registrados no Brasil. No início, acreditava-se que a crise seria rapidamente solucionada. Após vários meses com o problema ainda repercutindo na vida de todos, a animosidade e as tensões próprias do estado de alerta constante e do consequente cansaço eram parte da realidade.

Em minhas visitas ao ambulatório, a atmosfera de tensão era presente, tangível nas pequenas discussões que se desencadeavam por todos os lados: entre seguranças tentando organizar filas e pessoas aflitas com aquelas que se aglomeravam para tentar entrar nos corredores dos ambulatórios; pessoas que exigiam que outras usassem máscaras e aquelas que reivindicavam o direito de não usarem se não quisessem; entre profissionais que discordavam de condutas de higiene dos pares, consideradas mais ou menos adequadas para a crise sanitária, e vinham os interceptar nos dispensadores de álcool dos corredores a fim de orientar técnicas melhores, as quais frequentemente não eram bem recebidas.

Durante a realização das entrevistas, eu percebia a sensação de alívio expressa na postura e na fala de muitos idosos ao me aproximar deles e explicar que meu objetivo era conhecer a visão deles em relação ao que tem acontecido. Muitos demonstravam o apreço que tinham por poder falar livremente e serem ouvidos com calma depois de tantos meses de isolamento e de saudades da família. Em vários momentos, recebi agradecimentos da parte deles por terem essa possibilidade.

Essas vivências foram marcantes para mim também. Diversas vezes saí me questionando sobre quão solitárias aquelas diversas pessoas uma ao lado da outra estavam se sentindo em seus próprios problemas, em muros invisíveis em que muitos mal se comunicavam com os idosos nas cadeiras ao lado. Houve momentos em que abria mão de controlar os 50 minutos da entrevista para permitir que eles pudessem falar. Isso foi determinante para diminuir a amostra passível de ser coletada nos dias de visitas também, mas considerei a explícita mudança no estado geral por si um resultado de pesquisa. Promoção da saúde mental de pessoas que pareciam sentir tanta falta de outra pessoa que lhes perguntasse “como você está? Como você se sente?”.

Após algum tempo de conversa, de uma pessoa em trabalho de pesquisa para outra pessoa em uma fila de espera de consulta, foi notória a mim a diferença inclusive na qualidade dos relatos que me eram fornecidos: havia mais espaço para mudanças de entonação de voz e histórias que perpassavam as perguntas norteadoras da pesquisa semiestruturada. Alguns idosos optavam por frases curtas e respostas sucintas, mas em nenhum momento houve qualquer fala de estarem incomodados por serem entrevistados. Esse fato, ao menos para mim era novo. Desde que iniciei a prática de fazer pesquisas de campo, sempre houve as pessoas que não gostavam de ser interpeladas em sua vida cotidiana.

Até mesmo entre aqueles que preferiam não se expor ou se alongar nas respostas e nem adentrar em conversas, havia a intenção de contribuir com a pesquisa. Respondiam de bom grado, assinavam o termo de consentimento sem ressalvas, alguns inclusive me desejavam sorte no restante da pesquisa. O fato de estarem em um ambulatório de hospital universitário não era por si significativo para isso, haja vista minhas pesquisas anteriores terem sido lá também e mesmo assim, sempre terem encontrado pessoas explicitamente desconfortáveis em serem procuradas por estudantes para responderem perguntas.

A vivência dessas entrevistas nesse período específico da história, em que uma urgência sanitária alimenta e é alimentada tantas outras crises em micro ou macroescala me levou a refletir ainda mais sobre o papel primordial do acolhimento na prática pesquisador, do profissional de saúde, mas antes de tudo, de uma pessoa para outra.

A necessidade de conversar com outra pessoa presencialmente, mesmo que estranha e no breve espaço de responder perguntas de uma pesquisa, era algo notório demais para ser considerado um dado de realidade irrelevante de ser mencionado em um estudo, antes de tudo, sobre seres humanos, feito por seres humanos, para viabilizar práticas cientificamente orientadas que beneficiem outros seres humanos.

#### **5.4 Triangulação concomitante de dados**

Em um momento histórico tão adverso, com tantas restrições necessárias, chama atenção que cinco idosos dizerem nas perguntas qualitativas não sentirem grandes alterações nas suas vidas. Cruzando-se as respostas das perguntas qualitativas desses cinco idosos com suas respostas na análise quantitativa, todos tiveram em comum terem vínculos de baixa qualidade no sentido de oferta de suporte, ou seja, mesmo que alguns tivessem contato com grande número de pessoas, em várias dessas relações, não havia a percepção por parte do idoso de que eventuais necessidades de suporte social seriam abrangidas. Eram idosos que, anteriormente à sindemia, já eram isolados.

Apesar de serem vínculos de baixo suporte social, segundo autopercepção dos idosos, para um deles, manter a socialização com amigos e familiares e o estilo de vida habitual ao anterior à sindemia era prioritário, tendo ele respondido em todas as AVDs que já praticava anteriormente. Outros três referiram a si próprios como pessoas naturalmente reclusas, ou seja: o isolamento não gerava sofrimento para estes. Um dos entrevistados que referiu a vida não ter tido grandes alterações era o idoso que reside com cônjuge, filhos e netos no mesmo domicílio e não relatou ter outras redes sociais significativas.

Para os idosos com maiores escores nos questionários quantitativos de encontrarem suporte social satisfatório em redes sociais formadas por amigos, familiares, comunidade e/ ou profissionais de saúde para além das pessoas com quem residiam, as alterações nas redes sociais foram percebidas de forma mais negativa. Registros correlacionando isolamento, solidão e sofrimento foram expressivamente mais correlacionados. Aqui abrange o grupo dos idosos com queixas quanto à qualidade do

sono e ao desenvolvimento de transtornos mentais, como a idosa que foi diagnosticada com depressão devido à perda de convívio social devido à pandemia.

É pertinente enfatizar a necessidade de suporte social autorreferida pelos idosos: em uma análise puramente quantitativa, poder-se-ia depreender que os cinco idosos com os mais baixos scores de suporte social seriam pessoas solitárias, em risco de sofrimento. Cruzando-se esse dado com as respostas às entrevistas qualitativas, percebe-se nas respostas de três deles que o isolamento não gera sofrimento.

## *DISCUSSÃO*

---

Visto da juventude, a vida é um longo futuro; a partir da velhice, parece um curto passado. Quando partimos num navio, as coisas na praia vão diminuindo e ficando mais difíceis de distinguir; o mesmo ocorre com todos os fatos e atividades de nosso passado.

**Arthur Schopenhauer**

## 6 DISCUSSÃO

O perfil da amostra obtido neste estudo foi similar em termos de média etária, sexo, composição étnica e estado civil ao total da população idosa do Distrito Federal (CODEPLAN, 2020). Enfatiza-se o fato de aproximadamente 73% das pessoas entrevistadas tinham renda mensal de três salários-mínimos ou menos, sendo as faixas socioeconômicas aqui abrangidas aquelas com maior proporção de pessoas dependentes exclusivamente dos serviços de assistência pública à saúde para ter seus direitos garantidos no Distrito Federal e no Brasil como um todo (CODEPLAN, 2020; KALACHE et al, 2020).

Tais falas, de apropriação por parte dos idosos do ambulatório do HUB como direito adquirido para usufruto, como relatado nos discursos de dois entrevistados, são muito positivas para o entendimento da população idosa quanto à necessidade de exigirem que seus direitos sejam assegurados, que o sistema de saúde pública opere de modo eficaz, integral, resolutivo e humanizado e que financiamento adequado seja destinado a isso, ao contrário do que tem sido feito nos últimos anos com a Emenda Constitucional 95 e o estrangulamento que ela gera no funcionamento do SUS como um todo (KALACHE et al, 2020).

Dentre os dados do perfil sociodemográfico abrangido na amostra e o perfil geral do idoso do Distrito Federal estão a proporção de entrevistados negros com renda acima de quatro salários-mínimos. Enquanto na amostra os idosos negros com a referida renda representam 75% do total, no Distrito Federal como um todo, estes são 48,4% do grupo de classe socioeconômica média-alta e 27,2% do grupo de classe alta (CODEPLAN, 2020).

Em relação aos dados obtidos com as escalas de redes sociais e correlacionados à alta funcionalidade para AAVDs dos idosos da amostra, nota-se que o suporte social oferecido, para a maioria dos idosos, é considerado suficiente, especialmente quando se tratando da rede social composta pelos familiares. A alta funcionalidade se correlaciona diretamente com qualidade e quantidade de redes sociais que os idosos têm (KALACHE et al, 2020; RIBEIRO; RAMOS, 2020; HAMMERSCHMID; SANTANA, 2020)

Embora o isolamento social seja percebido pelos idosos como fator de proteção promovido pelos familiares contra a covid-19, gera sofrimento a perda da rotina de contato com familiares. Dentre as estratégias possíveis de se usar para reduzir a sensação

de solidão estão a educação em saúde acolhedora às angústias do idoso, mas ainda sim, educadoras quanto à necessidade do distanciamento. Tecnologias de comunicação, como ligações, aplicativos de mensagens e videochamadas tem sido muito utilizado pela amostra estudado, a fim de manter contato com as inúmeras pessoas referidas na Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). Sendo a videochamada aquela reconhecida por diversos estudos como uma das estratégias mais eficazes (OLYMPIO; ALVIN, 2018; HAMMERSCHMID; SANTANA, 2020; RIBEIRO; RAMOS, 2020; NOONE et al, 2020; RAYMUNDO, 2013).

Quanto aos relatos sobre mudanças na rotina desencadeadas pela sindemia juntamente com o medo de adoecer por covid-19, o achado converge com aqueles relacionados com os demais autores como fator de risco para desenvolvimento de quadros de sofrimento mental e ruídos de relacionamento nas redes sociais. É inegável a necessidade de ajustes e adaptação para enfrentar adequadamente a situação de crise sanitária, mas também é inegável o sofrimento que ela gera com a perda abrupta da rotina e a ameaça constante em um grupo considerado especialmente de maior risco de morte (BANERJEE, 2020; RIBEIRO; RAMOS, 2020; COSTA et al, 2020; OMS, 2020; HAMMERSCHMID; SANTANA, 2020; MORAES et al, 2020).

O impacto do ageísmo na sociedade brasileira também se fez presente no estudo. Saber que se é vulnerável, que por si só já é desgastante, não basta, é preciso que isso seja reforçado continuamente por clientes, por familiares, por amigos e por profissionais de saúde, como apresentado nos relatos acima. A forma com que se busca “proteger” socialmente os idosos no Brasil opera sob uma lógica essencialmente excludente, de hipervigilância sobre o corpo envelhecido, distorcendo a ameaça sanitária a ponto de parecer que usar-se de violência verbal e coação pública, como propagandas de televisão e a gritos em via pública, como na fala da Entrevistada 5 sobre a enfermeira que a viu andando e a repreendeu para que fosse para casa, gerando na entrevistada o sentimento de vergonha. Chancelam-se práticas de constrangimento sob a justificativa de proteger (LEÃO; FERREIRA; FAUSTINO, 2020; HAMMERSCHMID; SANTANA, 2020).

A importância da humanização nas redes sociais formais, ou seja, aquelas constituídas por profissionais de saúde e usuários dos serviços públicos de saúde, se fez ainda mais evidente ao se constatar a importância de se sentir seguros em tal rede social para a promoção do bem-estar entre a população idosa. Não cabem discursos violentos

para promover saúde e humanizar as instituições aqui. Relações saudáveis com redes sociais formais para promoção da saúde, tendo o paradigma do olhar ampliado da saúde, perpassa a ótica do cuidado ampliado, com respeito aos sentimentos do idoso e compreensão da dificuldade dessa população em entender isolamento social como medida de cuidado (HAMMERSCHMID; SANTANA, 2020).

Assim, compreende-se como muito positiva a relação de segurança e proteção compreendida entre profissionais e usuários dos serviços de saúde e reforça-se a importância desta para empoderar a população de conhecimentos cientificamente embasados e eficientes para mitigar risco da doença, como distanciamento social feito pensando no bem-comum e promoção da vacinação como principal estratégia para proteção individual e coletiva, aliados ao uso de máscaras e lavagem das mãos (HAMMERSCHMID; SANTANA, 2020).

A sociedade como um todo pode cooperar para a promoção de espaços seguros e de relações saudáveis, que reforçam senso de pertencimento e de segurança nas relações sociais intergeracionais. Políticas públicas multidimensionais, amplas, realmente efetivas em combater o ageísmo historicamente construído e socialmente validado se fazem urgentes (KALACHE et al, 2020; MORAES et al, 2020; FERREIRA; LEÃO; FAUSTINO, 2020).

É oportuno repensar as políticas públicas atuais para idosos, em que se constrói centros de convivência pouco ou nada ocupados pelos idosos, quando as relações mais significativas para eles são aquelas desenvolvidas com familiares, amigos e profissionais de saúde, ou seja: relações essencialmente intergeracionais e não apenas entre outros idosos, em espaços segregados para isso.

Provavelmente a política pública que foi mais apropriada pela população idosa e por suas redes de apoio social são aquelas que constroem e operam o Sistema Único de Saúde, sendo interessante repensar como esse público pode usufruir ainda melhor dela. Aqui caberia ressaltar, dentre outras, a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004).

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---



*Minerva, Luiza Rosa (2017)  
Lápis em papel de ofício.*

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos sobre redes sociais voltados para a população idosa ainda são escassos. No contexto da sindemia da covid-19, são estes ainda mais escassos. Durante a elaboração dessa pesquisa, ficou evidente o valor atribuído às redes sociais informais, especialmente familiares, pelos idosos para a manutenção da saúde mental deles.

A sociedade talvez ignore a magnitude do valor do contato intergeracional para os idosos. Em contato com eles, é notório que os familiares saibam que são importantes. O que se questiona é se eles sabem que são tão essenciais quanto os idosos de suas famílias os consideram. Que este estudo possa alertar para a priorização desses vínculos intergeracionais, a fim de que as famílias os mantenham com o máximo de reforço possível.

Muito tem sido dito sobre a importância de se proteger os idosos devido ao fato de serem estes vulneráveis à ameaça sanitária emergente, mas pouco tem sido trabalhado ainda em relação a medidas e políticas públicas que lidem com o longo período de distanciamento dos idosos de suas redes de suporte social. Fazer esse alerta se faz urgente.

Com este trabalho, espera-se alertar também os profissionais de saúde que lidam diariamente com idosos. Em um longo período de sobrecarga de trabalho e com todas as crises que se somam sindemicamente à covid-19, manter o cuidado humanizado aos usuários do serviço envolve incluir também os trabalhadores da saúde, a fim de manterem a qualidade do serviço prestado à população.

Foram inúmeras e significativas as falas de idosos que encontraram nos profissionais que os atendem regularmente a segurança que haviam perdido no distanciamento com amigos e familiares. Manter essas redes como fonte de suporte social se faz de grande importância a fim de mitigar possíveis pandemias de saúde mental posteriores à resolução da crise da covid-19.

A covid-19 tem representações simbólicas muito além do que uma mera doença. O impacto que ela e as medidas de controle necessárias para a combater vem reordenando o mundo desde o início de 2020. Após um ano, as vacinas surgiram como uma possibilidade real, cientificamente embasada de resolução da crise sanitária, com desenlaces sociais, econômicos, políticos.... humanitários.

Os idosos são o principal grupo acometido pelo risco de óbito pela doença, além de já serem há anos vítimas de preconceitos ligados ao envelhecimento, o ageísmo. Em sociedades já segregadoras e violentas com diversos grupos vulneráveis, como os idosos, o Brasil enfrenta problemas que vem a se somar à emergência sanitária, agravando-a, numa retroalimentação que caracteriza a sindemia.

A sociedade brasileira ainda irá enfrentar as repercussões da crise da covid-19 para muito além do contágio estar resolvido. Repensar a forma com que redes sociais se estabelecem é necessário a fim de diminuir o desgaste intergeracional, numa população muitas vezes invisível e em outras vezes, visibilizada de modo especialmente pejorativo, como sempre foram vistos os idosos e o envelhecimento como um todo.

Repensar espaços sociais implica questionar porquê de as políticas públicas associadas ao envelhecimento terem se construído de forma segregante. Implica repensar qual a voz dos idosos na arena política em que tais estruturas do Estado são desenvolvidas. Implica olhar para a sociedade sob a ótica de ser esta complexa, heterogênea e por vezes (muitas vezes) silenciadora daqueles que mais precisam dela e do Estado para garantir seus direitos humanos fundamentais. Dignidade.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, LM et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa Public policies for the elderly in Brazil: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3543–3552, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dBRFg9jpfpVgNSVvSVwCZsB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/S1413-81232013001200011.
2. AZEREDO, ZAS; AFONSO, MN. Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 2, p. 313-324, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/shGrnPPJKBjYwf3rQCM8skM/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150085.
3. BAQUI, P. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health*; 8: e1018–26, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20302850>>. Acesso em 28 Jan 2021. Doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30285-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30285-0/fulltext)>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30285-0.
4. BARROSO, SM, ANDRADE, V. D., MIDGETT, A. H., & CARVALHO, R. D. (2016). Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 68-75, 2016. Disponível em: <[www.scielo.br/j/jbpsiq/a/MjfQxLfddpKdQpKmZMB64DN/abstract/?lang=pt](http://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/MjfQxLfddpKdQpKmZMB64DN/abstract/?lang=pt)>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/0047-2085000000105.
5. BEAUVOIR, S. *A Velhice*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
6. BORDE, E; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M; PORTO, MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 106, p. 841–854, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgxWQD/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030023.
7. BORGES, CC; MAGALHÃES, AS. Laços intergeracionais no contexto cotidiano. *Estudos de Psicologia*, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2011. Disponível em: <

- www.scielo.br/j/epsic/a/YLxZNpX8N59HTcznB36KtTh/?format=pdf&lang=pt  
>. Acesso em: 27 jun. 2021.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. DF. Diário Oficial da União, p. 1–13, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528 aprova a política nacional de saude da pessoa idosa.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
  9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, SecretariaExecutiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <>. Acesso em: 27 jun. 2021.
  10. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. (Estudos e Análises); (Informação Demográfica e Socioeconômica). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.
  11. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências, 2002, p. 12–13. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7802.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm)>. Acesso em: 27 jun. 2021.
  12. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Nota pública do conselho nacional dos direitos da pessoa idosa – cndi sobre a publicação do decreto 9.893/2019. P. 1–3, 2019. Disponível em: <> Acesso em: 27 jun. 2021. DOI:
  13. BRASIL. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200, da Saúde. Brasil Legislação Federal, Leis Federais nº 8.080. Constituição Federal, p. 1–2, 1988. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2021.

14. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, p. 1–13, 1990. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:LEI+Nº+8.080,+DE+19+DE+SETEMBRO+DE+1990#1>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
15. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso 3ª edição 2ª reimpressão. 2013, 2003. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2021.
16. CAMACHO, LF; CONCEIÇÃO, A; JOSÉ, M. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. número 2, p. 279–248, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/DkxckM7QvYPcq7NHKqJLmhs/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/S0034-71672010000200017.
17. CODEPLAN. A População Idosa no Distrito Federal. 2020. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Estudo-Retratos-Sociais-DF-2018-A-popula%C3%A7%C3%A3o-idosa-no-Distrito-Federal.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
18. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
19. COSTA, E et al. Sindemia e a covid-19: reflexões sobre vulnerabilidades sociais no Brasil. In: COLOMBY, RK; SALVAGNI, J; CHERON, C (org.). A Covid-19 em múltiplas perspectivas [livro eletrônico]. – 1. Ed. – Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, p. 67-79, 2020. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/215468/001119848.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
20. COSTA, POB. Almanaque da precariedade: uma reflexão criativa sobre a velhice. Dissertação (Mestrado em Literatura, Cultura e Contemporaneidade) – Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC\\_RIO-1\\_d145b94a4b46b069792042879da91296](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC_RIO-1_d145b94a4b46b069792042879da91296)>. Acesso em: 27 jun. 2021.

21. CUDJOE, TKM; ROTH DL; SZANTON SL; WOLFF JL; BOYD CM; THORPE RJ. The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 37, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7179802/>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1093/geronb/gby037.
22. CUNHA, U.C.; DIAS, C.M.S.B. A recoabitação dos filhos e netos na perspectiva de idosas chefes de família. *Contextos Clínicos – Vol. 12, n. 2, mai./ago. 2019*. Acesso em 01 Fev 2021. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822019000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 jun 2021. DOI: 10.4013/ctc.2019.122.10.
23. FERREIRA, V. H. S.; LEÃO, L. R. B.; FAUSTINO, A. M. Ageísmo, políticas públicas voltadas para população idosa e participação social. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (42), e2816, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2816>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.25248/reas.e2816.2020.
24. FREITAS, ELV; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
25. FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)*, Brasília, v. 21, p. 211-259, 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
26. GOUVEIA, OMR; MATOS, AD; SCHOUTEN, MJ. Social networks and quality of life of elderly persons: a review and critical analysis of literature. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 6, p. 1030-1040, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/57zjtn34vHhLRPDd8wz8jxH/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/1981-22562016019.160017.
27. HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTANA, R.F.. SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 25, abr. 2020. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.5380/ce.v25i0.72849.

28. JOSÉ, M et al. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde population's ageing and the public health policies. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, p. 26–34, 2015. Disponível em: <>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.33027/2447-780X.2015.v1.n1.03.p26.
29. KALACHE, A et al . Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232020000600101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000600101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 Jan. 2021. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200122.
30. LEANDRO-FRANCA, C; GIARDINI, M; Sheila. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/GnQzV9V5t9GBYjwJxVyGYkH/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/1982-3703001152013.
31. LEÃO LRB, FERREIRA VHS, FAUSTINO AM, CRUZ KCT, Santos CTB. Capacity and resilience in hospitalized older adults capacidad emposae y resiliencia en personas mayores. *Journal of Nursing*, v. 12, n. 6, p. 1500–1506, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231559>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i6a231559p1500-1506-2018.
32. LEÃO, L.R.B; FERREIRA, V.H.S; FAUSTINO, A. M et al. O idoso e a pandemia do Covid- 19: uma análise de artigos publicados em jornais. *Brazilian Journal of Development*. V. 6, n. 7, p. 45123-45142, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12947/10878>. Acessado em 27 de Janeiro de 2021. DOI: 10.34117/bjdv6n7-218
33. LIMA, PVSF; FAUSTINO, AM. Rede de suporte para idosos do Paranoá, região metropolitana do Distrito Federal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, p.2915-27, 2014. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/231163358.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
34. LUCIO-VILLEGAS, E. Desarrollo y cambio social en espacios sociales en transformación. *Pedagogía social: revista interuniversitária*, n. 12, p. 119–134,

2005. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135016217008.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
35. MAGALHÃES, NA. Fios de testemunhos de lutas: memória, imagem e história oral, in *Marcas da terra, marcs na terra. Um estudo da terra como patrimônio cultural e histórico – Guarantã do Norte-MT (1984-1990)*. Pp. 131-168. Brasília, Ed. UnB, 2013.
36. MANSO, M.E.G.; COMOSAKO, V.M.; LOPES, R.G.C. Idosos e isolamento social: algumas considerações. *Revista Portal de Divulgação*, n.58, Ano IX. Out/Nov/Dez. 2018. ISSN 2178-3454. Disponível em: < [revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/72849/pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/72849/pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.5380/ce.v25i0.
37. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
38. MORAES, C. L. et al . Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. 4177-4184, Oct. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006804177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804177&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Feb. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.27662020.
39. MUNIZ, EA. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 19, n. 2, p. 133–146, 2016. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30365>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.23925/2176-901X.2016v19i2p133-146.
40. NOONE, C. et al. “Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review.” *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 5,5 CD013632, 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32441330/>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD013632.
41. NUSSBAUM, M. C., LEVMORE S. *Aging Thoughtfully: Conversations about Retirement, Romance, Wrinkles, and Regret*. Oxford University Press, 2017.
42. OLYMPIO, P.C.A.P.; ALVIM, N.A.T. Board games: gerotechnology in nursing care practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, Suppl 2, p. 818-826, 2018. Disponível em: <

- <https://www.scielo.br/j/reben/a/D6WJPNcXg4K8DLXBYHrS6Cz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0365
43. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, Suíça, 2015. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15\\_01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf?sequence=6)>. Acesso em: 27 jun. 2021.
44. RABELO, D.F.; NERI, A.L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 507-519, Sept. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000300507&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300507&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 Jan. 2021. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14120.
45. RAYMUNDO, TM. Aceitação de tecnologias por idosos. 2013. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Instituto de Química de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-27062013-145322/publico/TDE\\_TaiuaniMarquineRaymundo.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-27062013-145322/publico/TDE_TaiuaniMarquineRaymundo.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2021.
46. RIBEIRO, O et al. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 15, p. 217–234, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p217-234.
47. ROSA, C.M.; VILHENA, J. O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 9-19, ago. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692016000200001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000200001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 jun. 2021. DOI: 10.5020/23590777.16.2.9-19.
48. ROZENDO, AS. Ageísmo: um estudo com grupos de Terceira Idade. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 19, n. 3, p. 79–89, 2016. Disponível em: <

- <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31558>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.23925/2176-901X.2016v19i3p79-89.
49. SANTOS, J.L.G. et al. INTEGRAÇÃO ENTRE DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS EM UMA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300330&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300330&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Feb. 2021. DOI: 10.1590/0104-07072017001590016.
50. SANTOS, M.P.A et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, Aug. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 Jan. 2021. DOI: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.014.
51. SANTOS, NF; SILVA, MRF. Brasil. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista FSA*. Abr. ISSN, v. 20, n. 2, p. 358–371, 2013. Disponível em: Disponível em: <<http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/130/0>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.12819/2013.10.2.20
52. SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17: 423-441, 2003. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/8924026\\_Syndemics\\_and\\_Public\\_Health\\_Reconceptualizing\\_Disease\\_in\\_Bio-Social\\_Context](https://www.researchgate.net/publication/8924026_Syndemics_and_Public_Health_Reconceptualizing_Disease_in_Bio-Social_Context)>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1525/maq.2003.17.4.423.
53. SOUZA, FD; SILVA, AL. Diretrizes Internacionais e Políticas para os Idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. *Revista de Políticas Públicas*, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/356>>. Acesso em: 27 jun. 2021.
54. SOUZA, K. R; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *EDUCAÇÃO E FILOSOFIA*, 31(61), 21-44. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/29099>>.

- Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44.
55. TÔRRES, EM. A viuvez na vida de idosos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006. Disponível em: <[http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2006/CUIDAR%202006/DISSER\\_PGENF\\_188\\_ELIS%C3%82NGELA.pdf](http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2006/CUIDAR%202006/DISSER_PGENF_188_ELIS%C3%82NGELA.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2021.
56. VERAS, R P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/snwTVYw5HkZyVc3MBmp3vdc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018.
57. WILLIG, MH; LENARDT, MH; MÉIER, MJ. A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil: breve análise TT - The trajectory of public policies directed at the elderly in Brazil: a brief analysis. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 3, p. 574–577, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29298>>. Acesso em: 27 jun. 2021. DOI: 10.5380/ce.v17i3.29298.
58. YANNOULAS, S.C. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria., Exemplar dedicado a: 65 anos de Abess/Abepss , Vol. 11, Nº. 22, págs. 271-292, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/1368>>. Acesso em 20 jun 2021. DOI: 10.22422/2238-1856.2011v11n22p27

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Nº \_\_\_\_\_

**INICIAIS:** \_\_\_\_\_ **DATA DA COLETA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**LOCAL DE COLETA:** \_\_\_\_\_

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE (Estudo SABE,2003)</b>		
Se você não se incomodar, gostaria de começar perguntando-lhe um pouco sobre você.		
<b>PERGUNTAS</b>	<b>CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO</b>	
01	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos..... [ ][ ]
02	Sexo	Feminino ..... 1 Masculino ..... 2
03	Como você descreveria sua orientação sexual	Heterossexual ..... [ ] Homossexual ..... [ ] Bissexual ..... [ ] Não sei/não quero responder ..... [ ]
04	Quanto à cor/raça, você se considera	Branca..... [ ] Amarela/Indígena..... [ ] Parda..... [ ] Preta..... [ ]
05	Qual é o seu estado civil?	Casado..... [ ] Desquitado ou separado..... [ ] Divorciado..... [ ] Viúvo..... [ ] Solteiro..... [ ] Mora com algum companheiro / parceiro ..... [ ]
06	Qual é a sua escolaridade?	Analfabeto .....[ ] Fundamental ___ Anos.....[ ] Médio ___ Anos.....[ ] Superior ___ Anos.....[ ] Recusa/Não Sabe/Não se lembra.....[ ]
07	Você mora com seus filhos ou com algum membro de sua família / outras pessoas?	Sim..... 1. Quem: ----- Não.....2
08	Possui filhos?	Sim..... 1. Quantos----- Não.....2
09	Atualmente, qual é a sua religião?	Católica..... 1 Evangélica ..... 2 Espírita ..... 3 Afro-brasileira (candomblé, umbanda)..... 4 Nenhuma..... 5 Outra..... 6 Não possui..... 9

10	Atualmente você está:	Aposentado..... 1 Antes o senhor (a) fazia o que? _____ Recebe benefício do governo..... 2 Recebe pensão..... 3 Trabalha..... <b>4</b> Outra – Qual: _____ 5 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9
11	Participa de algum grupo / atividades com outras pessoas?	Sim..... 1. Se sim, qual? Não.....2
12	Qual a renda da sua família?	Até 01 salário mínimo ..... [ ] 01 a 03 salários mínimos ..... [ ] 04 a 10 salários mínimos ..... [ ] 10 a 20 salários mínimos ..... [ ] acima de 20 salários mínimos ..... [ ] não sabe precisar / não tem valor fixo..... [ ] sem renda..... [ ]
13	Faz uso de bebidas alcoólicas?	Sim..... 1. Se sim, qual a frequência? Não.....2 _____
14	Possui algum problema de saúde?	Sim..... 1. Se sim, qual? Não.....2
<b>SOBRE SUAS RELACÕES SOCIAIS</b>		
15	Você considera que a pandemia do novo coronavírus tenha alterado a forma com que você se relaciona com as pessoas? Se sim, quais alterações foram essas?	
16	Que sentimentos as mudanças nos seus relacionamentos sociais te despertaram?	
17	Você percebe que unidades de saúde influenciam de maneira positiva ou negativa nas suas redes de relações sociais?	

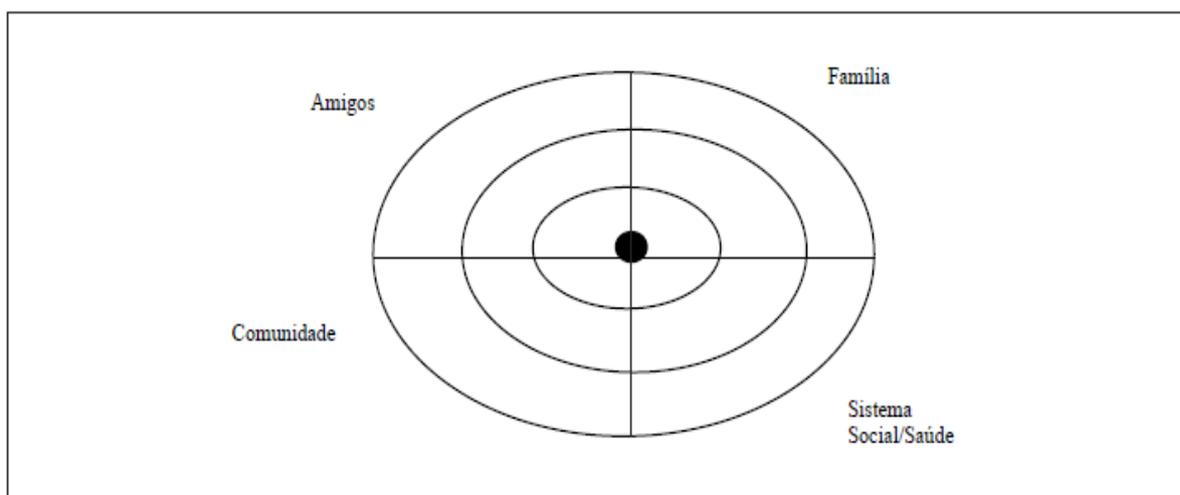
**ANEXO I - ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN (LSNS-6)  
VERSÃO PORTUGUESA**

**FAMÍLIA:** Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Com quantos familiares contacta (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

**AMIGOS:** Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Com quantos amigos contacta (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

**ANEXO II – MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES (MMRI)**

Fonte: Adaptado de Sluski por Domingues (2000)

**Figura 1 - Mapa-Mínimo de Relações - MMRI**

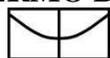
Legenda: Família - esposo/a, filha/o, irmã/o, neta/o, prima/o, tia/o, cunhado/a, outros. Amigos - amiga/o. Comunidade - membros do grupo de terceira idade, clubes de serviço e lazer, igreja, Grupo de Ajuda Mútua. Sistema Social/saúde - agente de saúde, profissionais da saúde.

**ANEXO III – INSTRUMENTO SOBRE ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA  
DIÁRIA**

<b>Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:</b>	<b>Nunca fez</b>	<b>Parou de fazer</b>	<b>Ainda faz</b>
1. Fazer visitas na casa de outras pessoas.	1	2	3
2. Receber visitas em sua casa.	1	2	3
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião.	1	2	3
4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes.	1	2	3
5. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema.	1	2	3
6. Dirigir automóvel.	1	2	3
7. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade.	1	2	3
8. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país.	1	2	3
9. Fazer trabalho voluntário.	1	2	3
10. Fazer trabalho remunerado.	1	2	3
11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas.	1	2	3
12. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização.	1	2	3
13. Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos.	1	2	3

*Nota.* Protocolo de coleta de dados da Rede FIBRA pólo UNICAMP.

## APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade de Brasília**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **Redes de relações sociais e o uso de tecnologias entre idosos** sob a responsabilidade de Profa. Dra. Andréa Mathes Faustino, Enfa. Luiza Rosa Bezerra Leão e Enf. Vitor Hugo Sales Ferreira.

O objetivo desta pesquisa é analisar a situação de interação social de pessoas idosas no Distrito Federal e avaliar o uso das ferramentas tecnológicas por esses idosos. A pesquisa tem a finalidade de identificar como as pessoas idosas estão interagindo socialmente e se existe relação de ferramentas tecnológicas diversas (*WhatsApp, Facebook, Skype, Facetime, E-mail, Jogos Interativos, Robôs de companhia, Realidade Virtual, Aparelhos Eletrônicos entre outros*) dentre outros associadas a esse fenômeno. Os sentimentos de solidão e o isolamento social têm sido evidenciados como fatores de risco para a saúde das pessoas e a pesquisa busca aprofundar os conhecimentos para entender essa situação entre pessoas idosas.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de *aplicação de diversas escalas, com perguntas abertas e fechadas onde serão analisados os fatores relacionados a sua interação social. Este processo terá duração de aproximadamente 50 minutos em data a ser combinada* para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem se dar com ligeira inquietação, irritação e/ou cansaço durante a coleta de dados, sendo que, caso ocorram, a coleta será interrompida imediatamente e será dada assistência integral por parte dos pesquisadores. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para enriquecimento de dados ao meio científico, possíveis sugestões de aprimoramento nas políticas públicas e maior visibilidade ao tema em estudo.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar a qualquer momento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na (Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Andrea Mathes Faustino no telefone +556199903-8246, Luiza Rosa Bezerra Leao +556198131-3852 ou Vitor Hugo Sales Ferreira +556199646-8136, disponível inclusive para ligação a cobrar. Poderá entrar em contato também através do seguinte e-mail: [andreamathes@unb.br](mailto:andreamathes@unb.br), [luizarosaleao@gmail.com](mailto:luizarosaleao@gmail.com) ou [vitorhugosalesferreira@gmail.com](mailto:vitorhugosalesferreira@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

---

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE C – ENTREVISTAS QUALITATIVAS

### Entrevistado 1

- 1) “A pandemia não mudou nada, só o cuidado com os netos, que eu não posso mais ter. Eles moram lá em casa comigo, mas meus filhos tem evitado que eles tenham contato comigo”.
- 2) “O sentimento despertado nas mudanças com meus relacionamentos sociais foi só de preocupação. Preocupação em manter a socialização com as pessoas, né”.
- 3) “As unidades de saúde e o contato que tenho com médicos e resto da equipe de saúde nos lugares que eu faço acompanhamento não influenciam de nenhuma forma minha vida”.

### Entrevistada 2

- 1) “Sim. Quase não dá pra ver as pessoas sem se apavorar.”
- 2) “Essa situação toda me fez foi adoecer. Fiquei com uma depressão pesada. Tive que vir aqui me tratar. Muito medo mesmo.”
- 3) “Tem me ajudado bastante”.

### Entrevistado 3

- 1) “Sim, em vários sentidos. Tô trancado em casa. Não saio pra nada. Vários cuidados de segurança.”
- 2) “Medo, muito medo! A gente fica morrendo de medo, né?”
- 3) “Ajuda porque tem quem traga apoio”.

### Entrevistado 4

- 1) “Sim. Não pode ter contato físico e sente falta! Muita falta! Não pode beijar, nem namorar.”
- 2) “Preocupação e esperança. A gente fica preocupado, né? Tendo um filho cadeirante em casa, não tem como não ficar.”
- 3) “Ajuda. Benefício que nós temos direito. Acolhido pelo hospital.”

### Entrevistada 5

- 1) “No começo, fiquei apavorada. Todo mundo correndo, com medo, agoniado. Tenho que sair pra cuidar da minha mãe, sempre com muito cuidado. Mas ultimamente tenho achado que as pessoas relaxaram muito. Um dia desses, fui na rodoviária, tinha um cara sem máscara e soprou em cima de mim, como quem diz

“não adianta”. Esse dia fiquei muito chateada. Minha filha pegou, a gente separou, foi pra casa dela. Aí foi um preconceito horrível. Eu não peguei não, mas aí eu tava andando na rua e a enfermeira gritou “tá andando na rua por quê?. Botaram no grupo do celular que minha filha pegou”.

- 2) “Ó, eu já tô passando mal aqui sozinha, isolada e as pessoas ainda falam isso [de não poder sair na rua]. Ali no começo foi muita coisa que a gente passou, o pessoal ficava olhando. Eu ficava com vergonha. Foi muito sofrimento. Agora tô achando que tão relaxando muito. Agora é muito movimento.”
- 3) “Lá onde eu moro, todo mundo se cumprimenta. Agora aqui [no hospital] não. Gosto muito daqui, só isso que é ruim.”

### **Entrevistada 6**

- 1) “Diminuiu. No começo fiquei apavorada. No primeiro mês, não pus o pé fora do portão. Medo! Depois eu fui melhorando. Converso com a família por telefone. A gente conversa muito. Eu vi meu irmão só agora. Os meninos [filhos] passavam correndo, mas passavam.”
- 2) “Saudades”.
- 3) “Não faz diferença.”

### **Entrevistado 7**

- 1) “Afetou muito. A gente tem mais dificuldade de se relacionar, especialmente netos.”
- 2) “A pandemia despertou uma série de questões que estavam ocultas. A gente nem se dava conta do quanto era importante as coisas que a gente deixou de fazer.”
- 3) “A falta de um plano de saúde é importante. Tem uma série de exames que eu tenho que fazer e no meu caso, eu preciso de agilidade. A gente tem uma grande vantagem em ter o SUS, que já serve de apoio pro mundo inteiro e agora tá sem apoio, sem verba. Eu valorizo o serviço público. Gosto de ver ele funcionando. Aqui eu tenho acesso a consultas em serviços com uma qualidade que eu não encontrei no Hospital XYZ. Lá é um apartheid. Pra frequentar ali você tem que ter plano de saúde ou muito dinheiro. Aqui a relação não é monetizada. A gente se sente muito melhor. O povo merece um serviço melhor. O povo que paga isso aqui.”

### **Entrevistada 8**

- 1) “Sim. Diminuiu meu ganho porque presto serviço pra escola. Tive que manter distância.”
- 2) “No início, fiquei com medo. Agora tenho menos, mas nem tanto. Esse medo muda minha relação com as pessoas. Tenho medo de chegar perto, de pegar objetos. Tem horas que o medo diminui.
- 3) “Sinto muito segura fazendo tratamento aqui. Ajuda fazer tratamento, me sinto mais confiante e ver todo mundo se cuidando ajuda.”

#### **Entrevistada 9**

- 1) “Meu esposo pegou, mas eu não. Mudou não. A gente vê os outros sofrer e se protegendo como pode. Essa doença tá dando aí, eu tive presa dentro de casa 2 meses. Mas aí é isso. Saía só pra ir pra igreja e mercado.”
- 2) “Cheguei pra conversar com o padre que eu tava me sentindo muito presa. Muito só. Ele me liberou pra ir pra igreja, mas assim, isolada. Eu trabalho com costura e as pessoas me procuraram mais não. Diziam “porque a senhora é de idade, né? Eu penso assim, se eu chegar a pegar essa doença, Deus me livre, só Deus mesmo.”
- 3) “Tava sentindo saudade do meu médico.”

#### **Entrevistado 10**

- 1) “Mudou foi nada porque o pessoal não faz a parte deles. A gente tem que fazer a nossa parte, mas ninguém faz. Seja o que Deus quiser.”
- 2) “A pandemia gera medo. Eu peguei, mas não senti nada, graças.”
- 3) “Faço acompanhamento aqui. Me sinto mais seguro.”

#### **Entrevistada 11**

- 1) “Tudo igual. Falo no telefone. Não mando mensagem não.”
- 2) “Tenho medo. Às vezes deixo de fazer coisas que eu gostava por medo.”
- 3) “Continuo vindo na consulta. Me ajuda a me sentir mais segura.”

#### **Entrevistada 12**

- 1) “Sim. Que a gente fica muito isolada. Faço videochamada, mando mensagem”.
- 2) “Tristeza, solidão, saudades. Vontade de conversar e passear.”
- 3) “Não. Não faz diferença.”

#### **Entrevistado 13 (dados incompletos – não incluído)**

**Entrevistado 14**

- 1) “Não. Fico distanciado um pouco. Em casa. A gente se vê lá, mas é rapidinho. 8 meses em isolamento social. É estressante, sabia? Daqui acolá você fica arranhado com a mulher. Antes da pandemia, a gente saía todo fim de semana. Tô sentindo saudades dos forrozinhos no fim de semana.”
- 2) “Saudade ninguém sente”.
- 3) “Eu tô com 3 anos me tratando aqui. Eu me sinto seguro. Eu fiz teste do coronavírus, deu negativo. Agora minha mulher não vem aqui [no hospital] de jeito nenhum. Morre de medo. Ela faz um tratamento de uma prótese. Tá doendo e ela não vem de jeito nenhum. Se eu sair 10 vezes, é 10 vezes que tenho que trocar de roupa. Me admira a preocupação dela. Ainda mais com a saúde da mãe dela, que tem 80 anos. Os médicos aqui é nota mil. Tô zero, zero, graças a eles. Aquele outro do CACON, nota mil também. Eles tudinho me conhecem.”

**Entrevistado 15**

- 1) “Mudou não. Não sou de conversar não.”
- 2) “Nada”.
- 3) “Da pandemia não. Eu já trato com ele há muito tempo. Se eu ligar, ele me atende na hora.”

**Entrevistada 16**

- 1) “Com certeza. Vejo menos. Me sinto muito depressiva durante o isolamento. A convivência com a família afastou muito.”
- 2) “Eu chorei muito e choro até hoje. Muita saudade. Tristeza. Me sinto sozinha. Foi um desastre na minha vida. Já tinha um começo de depressão e só piorei. Aumentou a dose. Me senti no fundo do poço. Na minha casa, todo mundo teve. Meu filho é enfermeiro também, perdeu o emprego. Ficou depressivo. Pai de três filhos. Teve que voltar a morar comigo.”
- 3) “Essa médica é uma pessoa que posso contar com ela.”

**Entrevistado 17**

- 1) “Mudou. Me deixou muito estressado. É com medo de sair pra resolver as coisas.”
- 2) “Procuro ficar mais isolado. Não quero prejudicar ninguém, mas também não quero ser prejudicado. Fiquei mais angustiado. A partir de quando começou a pandemia, comecei a dormir muito mal.”

- 3) “A gente fica um pouco mais tranquilo.”

### **Entrevistada 18**

- 1) “Mudou muito. Não pode sair de casa, atrapalha a caminhar. Atrapalhou a manter contato com as pessoas. Aquela situação de estar só, a gente fica tão triste. Aquelas pessoas que eram amigas, elas fogem.”
- 2) “Saudade e medo. As vezes a pessoa quer vir e a gente fica naquela tensão. Não é brincado não.”
- 3) “Teve que parar as consultas. Retomou agora. Fiquei anêmica. Ficou muito ruim pra mim. Ter esse acompanhamento é importante. Me fez muita falta.”

### **Entrevistada 19**

- 1) “A gente fica mais triste, mais isolado. A gente tem medo de tudo. Sair, conversar com as pessoas, reunir com a família, ir à missa.”
- 2) “Fiquei angustiado de ficar em casa. Dá muito estresse. A gente fica sem paciência com as pessoas e com a gente mesmo. Piorou pra dormir. Durmo a tarde toda. A comida não digere.”
- 3) “Piorou por causa do medo e piorou o problema de saúde. Não tinha o que melhorasse. Senti falta.”

### **Entrevista 20**

- 1) “A vida mudou muito. Não pode sair na rua. A gente não preocupa só coma gente, preocupa com filhos. Senti falta de trabalhar. O trabalho faz parte da nossa vida. Fico triste de não poder ir trabalhar. A gente não ganha um dinheirinho. É difícil.”
- 2) “Fiquei isolado na chácara da família com a esposa. Tava sempre junto da família. Fez falta.”
- 3) “Não faz diferença.”

## ANEXO IV. APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Rede de relações sociais e o uso de tecnologias entre idosos

**Pesquisador:** ANDREA MATHES FAUSTINO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27444619.1.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.901.121

**Apresentação do Projeto:**

"Resumo:

Introdução: a sociedade brasileira passa por uma série de transformações, nas cidades e nas metrópoles, em relação ao perfil populacional, aos processos de sociabilidade, a configuração social das relações humanas que apresentam complexidade de interações e modificações tecnológicas, econômicas, políticas e socioculturais. Nas últimas décadas, com todas essas mudanças socioculturais, as pessoas idosas residentes em áreas urbanas passaram a ter menor acesso a presença de membros de suas famílias com disponibilidade para assistência e interação social no cotidiano da vida. O presente trabalho pretende responder a seguinte pergunta: "Quais são os principais desafios contemporâneos para a interação social de pessoas idosas?", uma vez que o isolamento social de pessoas idosas apresenta o potencial para se tornar um dos maiores problemas de saúde pública da sociedade atual no Brasil e no mundo. Objetivo: analisar a situação das redes de relações sociais de pessoas idosas no Distrito Federal e avaliar o uso das ferramentas tecnológicas por esses idosos. Método: estudo quantitativo, do tipo transversal e de natureza analítica. O estudo adotará as perspectivas teóricas do envelhecimento, dentre elas o ageísmo, ou preconceito sistemático contra pessoas idosas. O estudo se dará por intermédio de entrevistas com pessoas idosas e aplicação da Escala Brasileira de Solidão, da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida e da Escala de aceitação de tecnologias por idosos. Resultados Esperados: espera-se com os resultados da pesquisa identificar as situações

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.901.121

das redes de relações sociais de pessoas idosas no Distrito Federal e avaliar o uso das ferramentas tecnológicas por esses idosos. Além disso espera-se verificar as possíveis relações destas variáveis com possíveis situações de isolamento social entre idosos."

"Metodologia Proposta:

**3.1 Tipo de estudo:** O estudo será de abordagem quanti-qualitativa, do tipo transversal e de natureza analítica. A pesquisa quanti-qualitativa/quali-quantitativa e/ou mista consiste em uma tendência que indica o surgimento de uma nova abordagem metodológica. Uma abordagem que possibilite mais elementos para descortinar as múltiplas facetas do fenômeno investigado, atendendo os anseios da pesquisa. Caracteriza-se como um movimento científico, que se opõe à histórica dicotomia quantitativa-qualitativa (SOUZA, KERBAUY, 2017). **3.2 População e local de estudo:** A população do estudo será constituída por idosos, ou seja, pessoas acima de 60 anos que estiverem presentes nos dias da coleta de dados, sendo uma amostra de conveniência, residentes no Distrito Federal e Área Metropolitana de Brasília. O local de coleta será no Hospital Universitário de Brasília (HUB), localizado na cidade de Brasília, que é um hospital de especialidades, sendo o local de coleta nos Ambulatórios do HUB. O Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) é uma instituição pública federal que realiza atendimento exclusivamente de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e de modo integrado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e vinculado à Universidade de Brasília (UnB). **3.4 Procedimentos de coleta e instrumentos:** O Instrumento de Coleta de Dados (ANEXO 1) em uso é composto por perguntas validadas na pesquisa SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (LEBRAO, 2003) e do ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros) (LIMA-COSTA et al, 2018) ambas pesquisas longitudinais, de base domiciliar, conduzida em amostra na cidade de São Paulo e o outro a nível nacional, respectivamente, representativa de adultos mais velhos. Além de perguntas elaboradas pelos próprios pesquisadores. O instrumento é composto por 16 questões sociodemográficas e de informações pessoais. Para identificar ferramentas tecnológicas que os idosos utilizam nas suas interações sociais será realizada uma busca em sites de inclusão digital, redes sociais e aplicativos de relacionamentos. E também serão incluídas duas perguntas no Instrumento de Coleta de Dados (APENDICE A) sobre estratégias de interação social mediada pelas tecnologias digitais."

"Critério de Inclusão:

Serão considerados os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; relatar não possuir alteração cognitiva que impeça de responder as perguntas, residir no Distrito Federal ou Área Metropolitana de Brasília."

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.901.121

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primario:

2.1 Objetivo geral Identificar a situacao das redes de relacoes sociais de pessoas idosas e avaliar o uso das ferramentas tecnologicas por esses idosos.

Objetivo Secundario:

2.2 Objetivos especificos Identificar o perfil de idosos quanto aos aspectos sociodemograficos e de saude; Averiguar a percepcao subjetiva de solidao de pessoas idosas; Avaliar a integracao social e o risco de isolamento social em idosos; Identificar os niveis de participacao social por meio da avaliacao das atividades avancadas de vida diaria (AAVD); Identificar o risco para sintomas depressivos entre idosos e a relacao com as situacoes de solidao e isolamento social; Identificar os usos das tecnologias entre idosos e a relacao com as situacoes de solidao e isolamento social.\*

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos:

Por se tratar de um estudo exploratorio observacional, ou seja, com manipulacao minima dos individuos, sem intervencoes invasivas, caso haja alguma intercorrencia durante o processo de coleta de dados, sera dada assistencia integral por parte dos pesquisadores a este idoso, conforme necessidade apresentada. Alem disso, sera respeitado qualquer sinal de inquietacao, irritacao ou cansaco durante a aplicacao do instrumento individual para o idoso, sendo desconsiderado o instrumento parcialmente aplicado. Sera fornecido material informativo acerca da rede publica de atencao psicossocial para possiveis atendimentos em caso de qualquer necessidade identificada.

Beneficios:

Como potencial benefico, o resultado encontrado na pesquisa estara contribuindo para conhecimento acerca de um tema pouco explorado e que pode contribuir com a pesquisa cientifica no ambito da informacao, educacao e comunicacao em saude e com possiveis sugestoes de aprimoramento nas politicas publicas voltadas para pessoas idosas."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um Projeto de Pesquisa Academica vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Gerontologia e Geriatria (GEPGG) do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasilia. O projeto sera coordenado pela Pesquisadora Responsavel Profa. Dra. Andrea Mathes Faustino e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.901.121

conta com a participação da Enfa. Luiza Rosa Bezerra Leao do Enf. Vitor Hugo Sales Ferreira.

A pesquisa utiliza metodologia mista e entrevistas semi-estruturadas com 60 idosos que serão recrutados no Ambulatório do HUB. Os questionários e escalas que serão utilizados foram anexados ao Projeto Detalhado.

O orçamento, de financiamento próprio, indica gastos no total de R\$ 300,00.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1459982.pdf" postado em 02/03/2020.
2. Carta em resposta às pendências apresentadas por este CEP no Parecer Consubstanciado No. 13.890.596: "carta\_resposta\_Projeto\_Vitor\_Luiza.pdf" postado em 02/03/2020.
3. Projeto Detalhado ATUALIZADO: "Projeto\_Redes\_sociais\_tecnologiasCorrigido.docx" postado em 02/03/2020.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 13.890.596:

1. Considerando-se que "Os potenciais riscos associados a pesquisa devem ser descritos no TCLE, sem subestimar-los." (Resolução CNS 466/2012, no item III.1.b) e que todavia não há resolução de graduação de riscos, termos como "riscos mínimos" devem ser suprimidos no TCLE, na PB, e nos demais documentos. Solicita-se adequação.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.901.121

**RESPOSTA:** Informo que foi alterado no Projeto o termo "riscos mínimos", contudo no TCLE não foi encontrado tal termo para alteração. Assim informo que foi realizada alteração no arquivo intitulado: "Projeto\_Redes\_sociais\_tecnologiasCorrigido"o qual foi anexado a Plataforma Brasil.

**ANÁLISE:** PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Tendo em vista a vulnerabilidade do grupo de participantes de pesquisa, este CEP entende que a falta de benefícios diretos aos participantes é problemática. Após a coleta de dados, sugere-se uma reunião devolutiva junto aos participantes da pesquisa em que se apresente o conhecimento adquirido durante a pesquisa sobre a situação das redes de relações sociais de pessoas idosas no Distrito Federal, e, se for o caso, como os resultados encontrados na pesquisa indicam pontos a ser trabalhados para melhorar o cenário atual.

**RESPOSTA:** Informamos que acatamos a sugestão do Colegiado do CEP e já tínhamos previsto tal momento de devolutiva para a comunidade em um evento a ser realizado para toda comunidade de idosos do Distrito Federal, o qual o Grupo de Estudos e Pesquisas em Gerontologia e Geriatria (GEPGG) da Universidade de Brasília organiza anualmente.

**ANÁLISE:** PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e Complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1459982.pdf	02/03/2020 20:45:52		Aceito
Outros	carta_resposta_Projeto_Vitor_Luiza.pdf	02/03/2020 20:43:37	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.901.121

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Redes_sociais_tecnologiasCorrigido.docx	02/03/2020 20:42:54	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TERMOPROPONENTEenf.pdf	27/12/2019 18:47:24	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TERMOPROPONENTEenf.doc	27/12/2019 18:46:16	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	termoresponsabilid.doc	22/12/2019 11:46:25	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	cartaencaminhprojetoVitorLuiza.pdf	22/12/2019 11:41:25	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TermoConcordanciaInstitucional.doc	22/12/2019 11:40:06	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TermoConcordanciaInstitucional.pdf	22/12/2019 11:39:33	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TermoCienciaCoparticipante.doc	22/12/2019 11:39:05	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TermoCienciaCoparticipante.pdf	22/12/2019 11:38:31	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	termoresponsabilid.pdf	22/12/2019 11:37:37	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	22/12/2019 11:35:28	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	TERMO_IMAGEM.docx	22/12/2019 11:21:38	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/12/2019 11:21:19	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	cartaencaminhprojetoVitorLuiza.doc	19/12/2019 23:31:55	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	LattesLuizaRosa.pdf	19/12/2019 23:05:10	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	LattesVitorFerreira.pdf	19/12/2019 23:04:53	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Outros	LattesAndreaMathes.pdf	19/12/2019 23:04:28	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	19/12/2019 19:21:39	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito
Cronograma	CronogramaPesquisa.docx	19/12/2019 19:21:10	ANDREA MATHES FAUSTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.901.121

Não

BRASÍLIA, 05 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**Fabio Viegas Calxeta**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com