
Social isolation, social networks between the elderly and Covid-19

Isolamento social, redes de relações sociais entre idosos e Covid-19

Received: 23-03-2024 | Accepted: 25-04-2024 | Published: 01-05-2024

Luiza Rosa Bezerra Leão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3654-3675>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: luizarosaleao@gmail.com

Andréa Mathes Faustino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5474-7252>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: andreamathes@unb.br

ABSTRACT

The present work seeks to answer the following question: "How did the Covid-19 union impact the social networks of the elderly in the Federal District?". The theoretical methodological proposal to be adopted in this study is a mixed approach, of the transversal type and with data analysis of the concomitant triangulation type. Among the 19 elderly people studied, there was a lot of suffering regarding the loss of the routine of contact with these networks during the Covid-19 union, especially when it comes to family networks.

Keywords: Aging; Social network; Covid-19.

RESUMO

O presente trabalho busca responder a seguinte pergunta: "Como a sindemia da Covid-19 impactou as redes sociais dos idosos do Distrito Federal?". 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. Entre os 19 idosos estudados 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.

Palavras-chave: Envelhecimento; Rede Social; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Isolamento social, solidão e silenciamento andam muito próximos: 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, Comosako e Lopes, 2018, Rosa e Vilhena, 2016).

O apoio social é um dos produtos gerados em tais redes sociais, idealmente. Caracteriza-se por transações interpessoais e sociais que geram afeto, confiança, encorajamento, empatia, solidariedade e afirmação. 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 e 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).

O contrário também se faz verdadeiro: perda de apoio social é fator de risco para doenças relacionadas ao estresse, como depressão, além de causar 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 (Rodrigues et al, 2009).

O suporte social informal é caracterizado pelas redes sociais espontaneamente estabelecidas entre indivíduos com vínculos familiares, de amizade, de vizinhança, dentre outros. Já o suporte social formal é constituído essencialmente por estruturas e instituições como hospitais e outros serviços de saúde, programas governamentais, dentre outros (Ribeiro, 1999; Lima e Faustino, 2014; Freitas e Py, 2016).

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 (Costa et al, 2020; Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

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).

O campo do estudo do vasto social e das redes sociais em que os idosos estão envolvidos é complexo, denso e ainda pouco explorado. 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).

A intenção deste estudo foi a de pesquisar as redes sociais dos idosos, o suporte social obtido, 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.

MÉTODO

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

A coleta de dados, se deu entre os meses de outubro a dezembro de 2020, quando foi possível retornar ao serviço ambulatorial do hospital universitário, local definido para a pesquisa, após a reabertura do serviço. Foram adotadas todas as diretrizes recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) durante a coleta de dados, no que diz respeito a segurança de cada participante em relação a situação da sindemia de Covid-19.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi composto por perguntas validadas na pesquisa SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) (Lebrão & Laurenti, 2005) e do

ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros) (Lima-Costa et al, 2018). 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 níveis de participação social foram indicados pelo envolvimento em oito tipos de atividades sociais selecionadas de um inventário contendo 13 atividades avançadas de vida diária (AAVD), definidas como atividades sociais e de lazer de natureza discricionária, que espelham preferências, motivações e habilidades individuais, influenciadas por fatores psicossociais. As atividades foram categorizadas de acordo com as exigências do ambiente (de pequenas, impostas por ambientes mais restritos, a grandes, impostas pelos mais abertos) e com o grau de complexidade das atividades (com menor ou maior exigência de independência e autonomia). O escore mínimo possível é 13 e o máximo, 39. Quanto maior a pontuação, menos isolado é o indivíduo.

O método qualitativo usado contou com a observação participante da pesquisadora durante o período de coleta de dados. A análise dos dados foi descritiva, bivariada e de regressão logística com análise multivariada para conhecer a frequência e as associações entre as variáveis dependentes “*relações sociais e suporte social*” e variáveis independentes do tipo sociodemográficas, capacidade funcional, risco de solidão e isolamento.

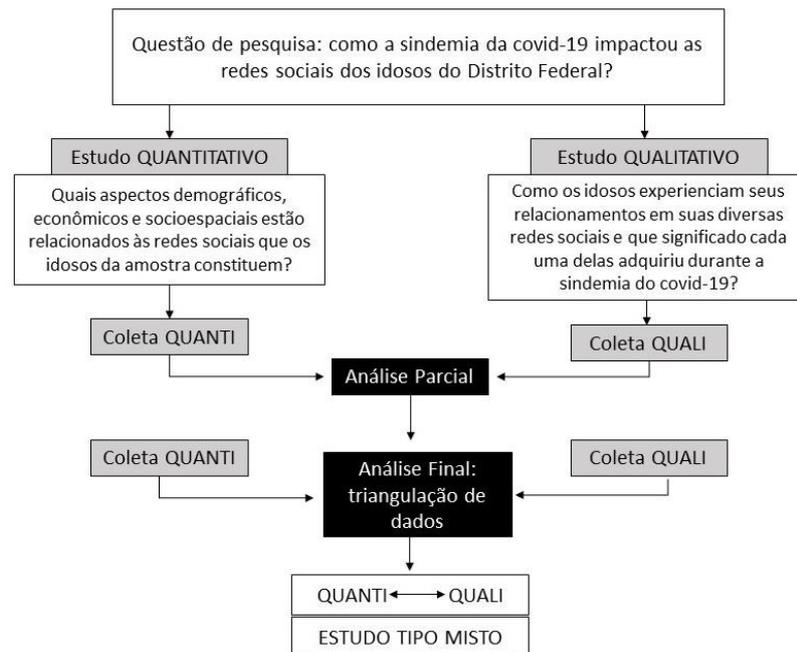
A análise de dados quantitativa foi realizada após a categorização e registro das informações para um *codebook*, transcritas para uma planilha eletrônica construída utilizando o programa Excel® da suíte Microsoft. Em relação à etapa qualitativa, a análise dos dados obtidos por meio de análise temática das entrevistas semiestruturadas.

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 identificação.

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 (Diagrama 1).

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.

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



Fonte: Próprios autores, 2021.

RESULTADOS

Foram entrevistados 20 idosos, 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.

Quanto ao perfil demográfico, 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. 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. Quando perguntados sobre a ocupação atual, 12 idosos disseram usufruir de aposentadoria. 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)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	9	47
Feminino	10	53
Faixa etária		
60 a 69	11	58
70 a 80	7	37
80 ou mais	1	5
Orientação sexual		
Heterossexual	19	100
Cor		
Preta	5	26
Parda	7	37
Branca	7	37
Estado civil		
Casado	14	73
Solteiro	2	11
Divorciado	1	5
Viúvo	1	5
União estável	1	5
Escolaridade		
Analfabeto	2	11
Fundamental	13	68
Médio	1	5
Superior	3	16
Mora com alguém		
Não	7	37
Sim	12	63
Tem filhos		
Não	1	5
1 a 3	12	63
4 a 6	3	16
7 ou mais	3	16
Religião		
Católica	14	74
Evangélica	4	21
Não possui	1	5

Atualmente está		
Trabalhando	5	26
Aposentado	12	63
Não referiu	1	5
Pensionista	1	5
Participa de algum grupo		
Não	13	68
Igreja	4	21
Dominó	1	5
Dança/ ginástica	1	5
Renda (em salários mínimos)		
Sem renda	1	5
Até 01	5	26
01 a 03	9	47
04 a 10	3	16
Mais de 10	1	5

Fonte: Próprios autores, 2021.

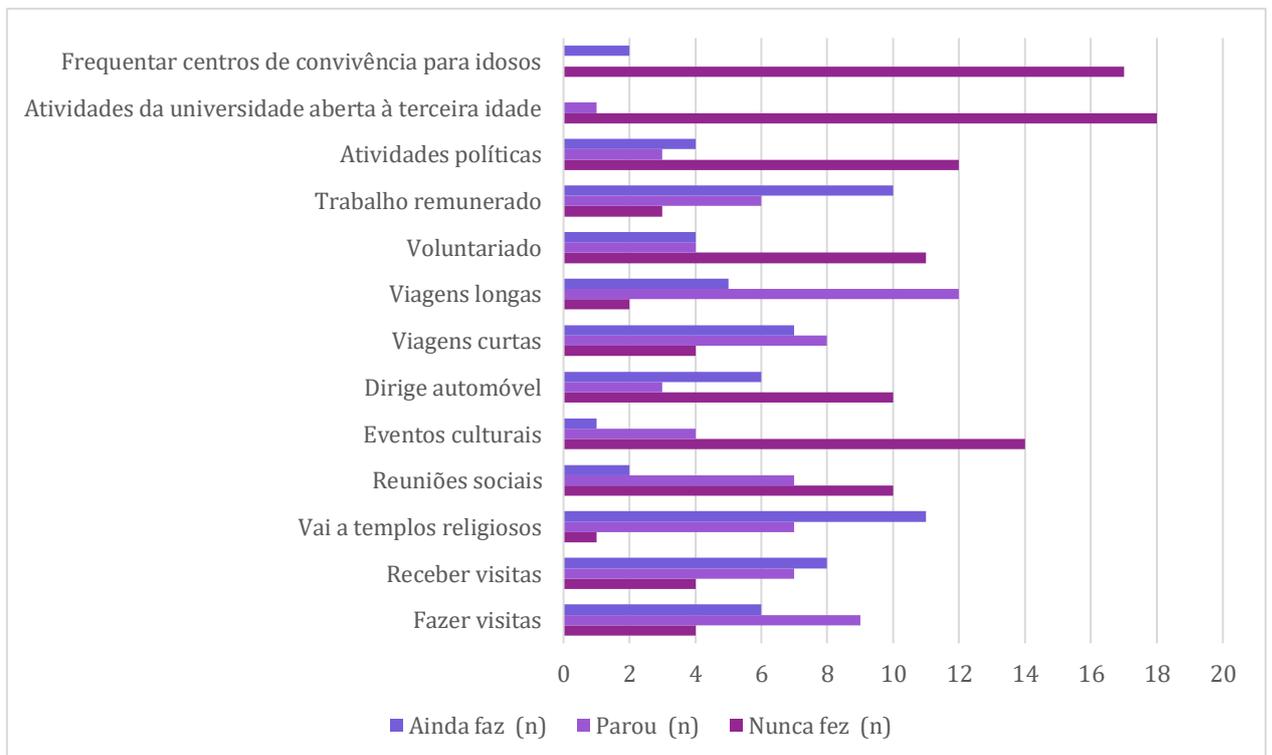
Quanto às redes de suporte social formadas por amigos fora das relações parentais, há muitos idosos que mantêm contato regular com grande quantidade de amigos: 9 ou mais representou 37% da amostra. Há também outro grande grupo que não tem qualquer amigo: 32% dos idosos. Entre os que têm amigos, os entrevistados 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. 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.

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 (Gráfico 1).

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 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos idosos segundo as atividades avançadas de vida diária (AAVD).
Brasília, Distrito Federal, 2020 (n = 19)



Fonte: Próprios autores, 2021.

Em relação aos escores obtidos pela escala de AAVD, um idoso (n=1) 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 (n=1) e os demais idosos tiveram os escores entre 20 a 29 pontos (n= 17).

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)

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)

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)

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

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. A rede social mais referida como impactada pelos idosos entrevistados foi aquela constituída por ele e seus familiares.

“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)

“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).

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

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

“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)

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).

“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).

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.

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)

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

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

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

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

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

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).

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 e Ramos, 2020; Hammerschmid e 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 educadoras quanto à necessidade do distanciamento. Tecnologias de comunicação, como ligações, aplicativos de mensagens e videochamadas tem sido muito utilizado na amostra para manter contato com as inúmeras pessoas referidas na Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), sendo a videochamada aquela reconhecida como uma das estratégias mais eficazes (Hammerschmid e Santana, 2020; Ribeiro e Ramos, 2020; Noone et al, 2020).

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 e Ramos, 2020; Costa et al, 2020; ONU, 2020; Hammerschmid e 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, e é preciso ainda 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 (Leão, Ferreira e Faustino, 2020; Hammerschmid e 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 e 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 e 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade talvez ignore a magnitude do valor do contato intergeracional para os idosos. Em contato com eles, é notório que os familiares sabem 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.

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 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.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento à CAPES, que possibilitou o desenvolvimento do presente estudo por meio da concessão de Bolsa de Mestrado, ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional (PPGDSCI) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB).

REFERÊNCIAS

Banerjee, D (2020). “Age and ageism in COVID-19”: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal of Psychiatry*. Volume 51, 102154.

Codeplan (2020). A População Idosa no Distrito Federal.

Costa, E et al (2020). 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.

Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ.

Freitas, ELV; Py, L (2016). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Frey, K (2000). 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.

Hammerschmidt, K. S. A.; Santana, R. F (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19 / Health of the older adults in times of the Covid-19 pandemic /La salud de las personas mayores en 51tempos de la pandemia del Covid-19. *Cogitare enferm*; 25: e72846.

Kalache, ASA et al (2020). Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(6), e200122. Epub June 01, 2020.<https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>.

Leão LRB et al (2018). Capacity and resilience in hospitalized older adults. *Journal of Nursing*, v. 12, n. 6, p. 1500–1506.

Leão, L.R.B; Ferreira, V.H.S; Faustino, A. M (2020). 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.

Lebrão, Maria Lúcia, & Laurenti, Rui (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 127-141. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>.

Lima-Costa MF et al (2018). The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-BRAZIL): Objectives and Design. *Am J Epidemiol*. doi: 10.1093/aje/kwx387. [Epub ahead of print].

Lima, PVSF; Faustino, AM (2014). Rede de suporte para idosos do Paranoá, região metropolitana do Distrito Federal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, p.2915-27.

Marques, E; Faria, CAP (2018). A Política Pública como Campo Interdisciplinar. São Paulo: Editora Unesp Digital.

Manso, M.E.G.; Comosako, V.M.; Lopes, R.G.C (2018). Idosos e isolamento social: algumas considerações. *Revista Longeviver*, n.58, Ano IX. Out/Nov/Dez. ISSN 2178-3454.

Minayo, M.C.S (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 edição. São Paulo: Hucitec,

Moraes, C. L. et al (2020). Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 25, supl. 2, p. 4177-4184.

Noone C et al (2020). Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2020*, Issue 5. Art. No.: CD013632. DOI: 10.1002/14651858.CD013632.

Organização das Nações Unidas (ONU). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons.

Ribeiro SC; Ramos JBS (2020). A solidão da pessoa idosa em tempos de pandemia. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, e3999108786. <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8786>

Rodrigues, VB e Madeira, M (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa, 390-399.

Rosa, Carlos Mendes, & de Vilhena, Junia. (2016). O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. *Revista Subjetividades*, 16(2), 9-19. <https://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.2.9-19>.

Vargas et al (2020). Logistic and organizational aspects of a dedicated intensive care unit for COVID-19 patients. *Critical Care*, 24:237. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02955-x>.

Villas-Boas, S et al (2018). APOIO SOCIAL E DIVERSIDADE GERACIONAL: O POTENCIAL DA LSNS-6 SIPS - PEDAGOGIA SOCIAL. *Revista Interuniversitaria*, 31, 183-196. Lisboa: Terceira Época.