

Jaccoud, Luciana

**Working Paper**

## Idosos em situação de isolamento social: Uma abordagem macrossetorial

Texto para Discussão, No. 3020

**Provided in Cooperation with:**

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

*Suggested Citation:* Jaccoud, Luciana (2024) : Idosos em situação de isolamento social: Uma abordagem macrossetorial, Texto para Discussão, No. 3020, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília,  
<https://doi.org/10.38116/td3020-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/300326>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

**TEXTO PARA DISCUSSÃO**

**3020**

**IDOSOS EM SITUAÇÃO DE  
ISOLAMENTO SOCIAL: UMA  
ABORDAGEM MACROSSETORIAL**

**LUCIANA JACCOUD**



**IDOSOS EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO  
SOCIAL: UMA ABORDAGEM MACROSSETORIAL**

**LUCIANA JACCOUD<sup>1</sup>**

---

1. Pesquisadora bolsista do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* luciana.jaccoud@ipea.gov.br.

**Governo Federal**

**Ministério do Planejamento e Orçamento**

**Ministra** Simone Nassar Tebet

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

**Presidenta**

**LUCIANA MENDES SANTOS SERVO**

**Diretor de Desenvolvimento Institucional**

**FERNANDO GAIGER SILVEIRA**

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,  
das Instituições e da Democracia**

**LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO**

**Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

**CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO**

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,  
Urbanas e Ambientais**

**ARISTIDES MONTEIRO NETO**

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,  
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

**FERNANDA DE NEGRI**

**Diretor de Estudos e Políticas Sociais**

**CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL**

**Diretor de Estudos Internacionais**

**FÁBIO VÉRAS SOARES**

**Chefe de Gabinete**

**ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA**

**Coordenadora-Geral de Imprensa e  
Comunicação Social**

**GISELE AMARAL**

**Ouvidoria:** <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

**URL:** <http://www.ipea.gov.br>

# Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2024

Jaccoud, Luciana

Idosos em situação de isolamento social : uma abordagem  
macrosetorial / Luciana Jaccoud. – Brasília, DF: IPEA, 2024.  
41 p. – (Texto para Discussão ; n. 3020).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Idosos. 2. Isolamento Social. 3. Saúde. 4. Assistência Social.  
5. Seguridade Social. 6. Macrosetorial. 7. Intersectorial. I. Instituto  
de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Título.

CDD 362.6

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

**Como citar:**

JACCOUD, Luciana. **Idosos em situação de isolamento social** : uma  
abordagem macrosetorial. Brasília, DF: Ipea, jul. 2024. 41 p. (Texto para  
Discussão, n. 3020). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3020-port>

**JEL:** I31; I38.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.38116/td3020-port>

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito  
nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/porta/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira  
responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o  
ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do  
Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde  
que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

# SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                                                       | 6  |
| 2 ISOLAMENTO SOCIAL .....                                                | 8  |
| 3 TIPOS DE INTERVENÇÕES .....                                            | 13 |
| 4 ISOLAMENTO E APOIO SOCIAL ENTRE<br>IDOSOS BRASILEIROS .....            | 18 |
| 4.1 Apoio familiar e social .....                                        | 18 |
| 4.2 Incapacidade funcional e demanda de apoio<br>familiar e social ..... | 20 |
| 4.3 Rede social e incapacidade funcional .....                           | 25 |
| 5 INTERVENÇÕES NO BRASIL .....                                           | 26 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                             | 30 |
| REFERÊNCIAS .....                                                        | 32 |
| BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR .....                                          | 36 |
| ANEXO A .....                                                            | 38 |

## SINOPSE

Este estudo aborda a situação de isolamento social dos idosos, considerando tanto seus impactos na saúde e no bem-estar como as intervenções que vêm sendo mobilizadas para seu enfrentamento. Com base na literatura internacional sobre o tema, a primeira parte do texto discute as influências negativas do isolamento social (e da solidão) nas condições de saúde e de bem-estar dos idosos. Apresenta ainda um panorama das intervenções e de serviços que vêm sendo empregados para fazer frente à questão. O caso brasileiro é tratado na segunda parte do texto a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que permite traçar um quadro aproximativo da dinâmica de interação social e isolamento social dos idosos. Também no Brasil o isolamento social vem sendo objeto de ações nos campos da saúde e da assistência social, mas a integração entre essas políticas ainda é incipiente. Por fim, na terceira parte do texto argumenta-se que a mobilização da abordagem macrossetorial da seguridade social poderá favorecer a reflexão sobre esse público e suas vulnerabilidades, bem como contribuir para implementação de instrumentos de articulação em favor de uma maior coordenação entre as políticas e suas intervenções.

**Palavras-chave:** idosos; isolamento social; saúde, assistência social; seguridade social, macrossetorial; intersetorial.

## ABSTRACT

This article analyzes the situation of social isolation among the elderly, considering both its impacts on health and well-being and the interventions that have been mobilized to combat it. Based on international literature on the topic, the first part of the text discusses the negative influences of social isolation (and loneliness) on the health and well-being of the elderly. It also presents an overview of the interventions and services that have been mobilized to address the issue. The Brazilian case is treated in the second part of the text based on data from the 2019 National Health Survey, which allows us to draw an approximate picture of the dynamics of social interaction and social isolation of the elderly. Also in Brazil, social isolation has been the subject of actions in the fields of health and social assistance, but its integration between those policies is still incipient. Finally, it is suggested that the mobilization of the macrosectoral approach to social security may favor reflection on this public and their vulnerabilities, as well as contribute to the implementation of articulation instruments in favor of greater coordination between policies and their interventions.

**Keywords:** elderly; social isolation; health, social assistance; social security, macrosectoral; intersectoral.

## 1 INTRODUÇÃO

A seguridade social organiza no Brasil as iniciativas destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Segundo a Constituição Federal, a seguridade opera como um conjunto integrado de ações, financiadas por toda a sociedade e visando atendimento universal e uniforme, tendo em vista as demandas em benefícios e serviços sob responsabilidade daquelas políticas setoriais. Os desafios para a ação integrada são, contudo, expressivos. A fragmentação institucional da seguridade social foi favorecida pela ausência de mecanismos de articulação e espaços de coordenação. Foi também impulsionada pela dinâmica interna às políticas setoriais, que se desenvolveram a partir de regulamentações autônomas. A crescente expansão das estruturas de atendimento, de instituições e de instrumentos de ação governamental, bem como o volume dos públicos a serem atendidos e a complexidade dos problemas sociais objetos de cada campo de intervenção, contribuíram para o processo de setorialização, presente tanto na formulação e na implementação das políticas como no desenvolvimento das abordagens analíticas sobre o tema.

O interesse por uma análise integrada e por uma gestão articulada das políticas de seguridade social se faz, contudo, sentir. Aprofundar o debate sobre a seguridade social da perspectiva de suas demandas e ofertas, e dos públicos e situações sociais que mobilizam as intervenções setoriais, favorecerá uma melhor compreensão desse campo de política pública e de cada uma de suas políticas setoriais. Pode ainda contribuir para a agenda de pesquisa em política pública bem como para o aprimoramento da gestão, visando formas mais integradas de atenção e a formulação de instrumentos de articulação e de coordenação entre as políticas setoriais da seguridade social.

A proposta de uma análise macrossetorial da seguridade social pretende colaborar nesse campo de reflexão. A partir da abordagem macrossetorial da seguridade social, importantes questões passam a ganhar maior visibilidade. Em primeiro lugar, permite reconhecer que os princípios de integralidade e a equidade da proteção assegurada no âmbito da seguridade social perpassam as políticas setoriais e instalam um campo comum de responsabilidades públicas. Em face de determinadas situações e públicos, objetivos e as atenções são concomitantes e compartilhadas, mesmo respeitando as finalidades protetivas específicas entre aquelas políticas. Em segundo lugar, ganha relevância o tema da definição de fronteiras entre as políticas setoriais, abordado como um processo sempre incompleto por meio do qual cada setor delimita sua esfera de atuação com relação aos demais. Em terceiro lugar, aquela perspectiva incentiva a análise do potencial de integração dessas políticas em face de determinados problemas

**TEXTO para DISCUSSÃO**

sociais. Considerando a dimensão intersetorial associada a públicos ou situações sociais específicas, a seguridade social pode ser pensada sob uma perspectiva institucional, observando-se as fronteiras, mas também as interfaces e interdependências entre as ofertas setoriais.

Cabe lembrar que a perspectiva macrossetorial acolhe, mas não coincide com a abordagem ancorada no conceito de intersetorialidade. De um lado, partilha com ela o tema da integração setorial pensada como articulação horizontal em torno de públicos e situações sociais, mas a abordagem macrossetorial permite avançar analiticamente ao reconhecer contexto de influências e impactos recíprocos entre as políticas setoriais. A mobilização de uma perspectiva macrossetorial joga luz sobre as lacunas e as sobreposições, interações, complementaridades e influências recíprocas das políticas setoriais, de modo a identificar as incidências, em ação e inação, sobre situações sociais e públicos, e melhor avaliar as repercussões em demandas e em efetividade da ação pública.<sup>1</sup>

Este trabalho tem como objeto o isolamento social dos idosos e integra o esforço de análise da seguridade social a partir de uma perspectiva de análise macrossetorial. O crescimento da população idosa vem sendo acompanhado por progressivo percentual de idosos identificados como mantendo raro ou nenhum relacionamento com parentes, amigos, colegas ou outros grupos sociais (OECD, 2005; Cornwell e Waite, 2009; Nakagomi *et al.*, 2023). Múltiplos fatores explicam tal processo, entre eles as mudanças nas estruturas familiares, incluindo a diminuição no tamanho das famílias, reduzindo a oferta de apoio familiar às pessoas idosas, e fortalecendo a tendência de aumento de pessoas idosas morando sozinhas.<sup>2</sup> O aumento da longevidade, a redução de recursos econômicos e sociais, o aumento de morbidades, multimorbidades e limitações funcionais, assim como a perda de cônjuges ou de familiares,<sup>3</sup> também atuam no isolamento social. Os impactos do isolamento social acrescentam demandas protetivas próprias à seguridade social, e abrem um campo favorável ao exame das fronteiras entre saúde e assistência social, suas interfaces e interdependências.

Visando analisar a questão dos idosos em situação de isolamento social a partir de uma análise macrossetorial, esse texto está dividido em seis seções. Além dessa introdução, a seção seguinte introduz o tema do isolamento social e seu impacto na saúde no bem-estar em geral dos idosos. A terceira seção apresenta um apanhado do

1. Sobre a proposta de análise macrossetorial da seguridade social, ver Jaccoud (2023a; 2023b).

2. Para o caso brasileiro, ver Batista *et al.* (2008).

3. Sobre o processo de envelhecimento da população e perfil dos idosos brasileiros, ver Camarano (2022) e Noronha, Castro e Gadelha (2023).

debate sobre intervenções para o enfrentamento do isolamento social e solidão dos idosos a partir de um resgate da literatura internacional. A quarta seção apresenta e analisa os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 sobre as limitações funcionais dos idosos e sua demanda de apoio para realização de atividades da vida diária, bem como sobre sua participação social, a disponibilização de apoio social, e a ocorrência de violências. A quinta seção trata da discussão do isolamento social nos campos da saúde e da assistência social no Brasil. A sexta seção traz as considerações finais.

## 2 ISOLAMENTO SOCIAL

Estudos vêm sendo realizados, no Brasil e no exterior, para definir os conceitos de isolamento social e solidão, bem como compreender os seus impactos no bem-estar em geral e na saúde em particular. A literatura tem diferenciado o isolamento social e a solidão (Valtorta, 2016; Courtin e Knapp, 2017; Nasem, 2020; WHO, 2021). O isolamento social expressaria um déficit objetivo na rede social, resultando em redução das interações sociais. Ou seja, o conceito se refere à integração dos indivíduos no seu ambiente social. A solidão, por sua vez, tem sido geralmente definida como um sentimento de necessidades não atendidas de interações sociais. O conceito de solidão é associado a experiências subjetivas negativas, tais como tristeza, angústia ou depressão,<sup>4</sup> mas ambos os termos têm sido associados a resultados negativos em saúde.

Para avaliar a incidência do isolamento social e da solidão, medidas próprias vêm sendo desenvolvidas. Sobre o isolamento social, a maioria dos artigos tem utilizado medidas unidimensionais relacionadas ao número de contatos mantidos pelos idosos com familiares e amigos. Alguns estudos vêm, contudo, argumentando em favor da perspectiva multidimensional, considerando que a análise dos relacionamentos deve incluir a dimensão de sua qualidade.<sup>5</sup> Sobre a solidão, em que pese a maioria dos estudos utilizar uma única variável, há os que utilizam escalas unidimensionais ou multidimensionais.<sup>6</sup> Os riscos para solidão também vêm sendo mensurados, com

4. Contudo, alguns autores ressaltam a possibilidade de a solidão ser vivenciada de forma positiva, podendo ser opcional e não necessariamente causar sofrimento (Couturier e Audy, 2016). As definições de solidão podem ainda diferenciar as dimensões emocional e social, a primeira se referindo à ausência de um vínculo afetivo próximo, e a segunda, à ausência de uma rede social envolvente (Dahlberg *et al.*, 2022). A distinção entre solidão e depressão também vem sendo explorada pela literatura (Nasem, 2020).

5. Ver a respeito Courtin e Knapp (2017).

6. As duas mais conhecidas escalas de solidão são a desenvolvida por Daniel Russell (1996) e a por Jong Gierveld (1987), esta última distinguindo as dimensões sociais e emocionais (Courtin e Knapp, 2017; Dahlberg *et al.*, 2022).

## TEXTO para DISCUSSÃO

ênfase nos fatores demográficos, socioeconômicos, sociais, ambientais, psicológicos e os relacionadas às condições de saúde (Nasem, 2020; Dahlberg *et al.*, 2022). Alguns estudos vêm buscando avaliar o isolamento social e solidão em conjunto, sugerindo que se o isolamento social tem uma influência efetiva no risco de mortalidade, o mesmo não ocorreria para a solidão, que não aumentaria o risco associado ao isolamento social.<sup>7</sup> Mas outros estudos concluíram que tanto o isolamento como a solidão eram fatores de risco independentes para uma série de resultados de saúde, tais como doenças crônicas e doenças cardíacas.<sup>8</sup> Os efeitos sobre a mortalidade realizados por estudos prospectivos e excluindo indivíduos com doenças graves reforçam a hipótese de que a falta de ligação social desempenha um efetivo papel nos resultados negativos em saúde (Howland e Stone, 2023).

O isolamento social e a solidão são fatores de risco para a saúde não apenas para os idosos, mas para todas as idades. Estudos vêm confirmando tais achados.

Evidências crescentes indicam que o isolamento social afeta vários aspectos da saúde e do bem-estar. Por exemplo, uma meta-análise abrangente, que incluiu estudos com dados de mais de 300.000 participantes, demonstrou que ter ligações sociais mais fracas estava associado a um aumento de 50% nas probabilidades de morte prematura (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). Outra meta-análise descobriu que altos níveis de solidão, contato social pouco frequente e baixos níveis de participação em grupo estavam associados a um aumento de aproximadamente 50% no risco de demência (Kuiper *et al.*, 2015). Além disso, uma meta-análise de 23 estudos concluiu que relações sociais deficientes estavam associadas a um aumento de 29% no risco de doença coronária e a um aumento de 32% no risco de acidente vascular cerebral (Valtorta *et al.*, 2016). Há evidências crescentes que vinculam o isolamento social a outros resultados, como saúde psicológica (Schwarzbach *et al.*, 2014), qualidade de vida e bem-estar (Golden *et al.*, 2009).

---

7. "Thus, it appears that social isolation has an independent influence on the risk for mortality, which remains significant even when adjusting for loneliness, but the same is not true for loneliness". (Nasem, 2020, p. 44).

8. "Other studies have found that both isolation and loneliness were independent risk factors for a range of health outcomes (Shankar *et al.* 2011, 2013, Coyle and Dugan 2012)" (Courtin e Knapp, 2017, p. 805).

Estas descobertas levaram ao reconhecimento dos impactos multidimensionais do isolamento social na saúde e no bem-estar” (Nakagomi *et al.*, 2023, p. 2).<sup>9</sup>

A análise dos efeitos do isolamento social na saúde e no bem-estar da população idosa vem mobilizando um número crescente de estudos. Revisão bibliográfica realizada por Courtin e Knapp (2017) resgata um amplo conjunto de evidências sobre o impacto desses fenômenos no estado de saúde dos idosos. Para esse grupo de idade, o isolamento social e a solidão são agravados pela redução de recursos econômicos e sociais, pelas limitações funcionais, e por mudanças familiares, incluindo morte de familiares e cônjuges.<sup>10</sup> Os autores identificam que a solidão é mais pesquisada do que o isolamento social na saúde dos idosos, e seus resultados em depressão e em doenças cardiovasculares são os mais investigados. As evidências mostraram que na velhice a solidão é um fator de risco independente para depressão, mesmo controlando uma série de covariáveis como estado civil, isolamento social e fatores de risco psicossociais. Revela-se ainda, de maneira consistente, que o isolamento social está associado a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca crônica e hospitalização por insuficiência cardíaca.

Em 2020, a academia americana de ciências, engenharia e medicina publicou um relatório sobre os impactos do isolamento social na saúde dos idosos (Nasem, 2020), onde foram sistematizados os principais achados no tema. O relatório destaca os efeitos do isolamento social na mortalidade e na morbidade das pessoas idosas. Conclui que isolamento social tem sido associado a um risco significativamente aumentado de mortalidade prematura por todas as causas. Quanto à morbidade, destacam a associação

9. “Growing evidence indicates that social isolation affects numerous aspects of health and well-being. For example, a comprehensive metaanalysis, which included studies with data from more than 300,000 participants, demonstrated that having weaker social connections was associated with a 50 percent increase in the odds of premature death (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). Another meta-analysis found that high levels of loneliness, infrequent social contact, and low levels of group participation were associated with an approximately 50 percent increase in the risk of dementia (Kuiper *et al.*, 2015). Furthermore, a meta-analysis of 23 studies found that poor social relationships were associated with a 29 percent increase in the risk of coronary heart disease, and a 32 percent increase in the risk of stroke (Valtorta *et al.*, 2016). There is growing evidence that links social isolation with other outcomes, such as psychological health (Schwarzbach *et al.*, 2014), quality of life, and well-being (Golden *et al.*, 2009). These findings have prompted the recognition of the multidimensional impacts of social isolation on health and well-being”.

10. Não está claro se a solidão aumenta com a idade, mas vários estudos sugerem que sim. Na França, estudo sobre solidão indicou que a população de mais de 75 anos era mais atingida por esse fenômeno com relação aos outros grupos de idade: “16% deles estariam assim em uma situação de isolamento objetivo, em comparação com 9% na média (da população)” (Campéom, 2015, p. 92). Estudo realizado no Reino Unido encontrou um quadro de solidão crônica entre 7,4% dos idosos, contra 5,5% nos adultos entre 30 e 59 anos, e 6,3 entre os adultos de menos de 30 anos (Valtorta, 2016).

**TEXTO para DISCUSSÃO**

com doenças cardiovasculares, declínio da capacidade cognitiva, demência, doença de Alzheimer, bem como depressão e ansiedade.

Na mesma direção, publicação da Organização Mundial da Saúde reconhece a influência do isolamento social e da solidão na saúde dos idosos, identificando três mecanismos que explicariam esse efeito. O primeiro diz respeito à ausência do efeito amortecedor do estresse dado pelo apoio social; o segundo resulta do inadequado processo de reparação e manutenção da saúde, como no caso da qualidade e quantidade do sono; o terceiro diz respeito a riscos comportamentais, como menor atividade física, pior dieta, pior adesão aos tratamentos médicos, além de mais tabagismo e consumo de álcool (WHO, 2021, p. 5).

Analisando o caso japonês<sup>11</sup> a partir de um estudo longitudinal de base nacional, Nakagomi *et al.* (2023) encontraram uma associação robusta entre isolamento social e mortalidade entre idosos. A associação se revelou expressiva para um conjunto de outros aspectos. Partindo da construção de um índice de isolamento social, o estudo constatou que maiores pontuações do indicador estavam associadas a piores resultados em saúde física e mental tais como mortalidade, demência, incapacidade funcional e aumento de sintomas depressivos. O isolamento social foi ainda associado a comportamentos negativos em saúde como a redução de caminhada e saídas, de exames de saúde e do consumo de carne, vegetais e frutas.

A relação entre solidão e má nutrição também vem sendo investigada em outros países. Ferry *et al.* (2005) demonstram que um quadro nutricional deficiente é um problema frequente entre os idosos, e ele pode ser agravado em situações de isolamento social e solidão. Em pesquisa realizada na França com idosos de mais de 70 anos vivendo sós, os autores encontraram 21,3% deles com quadro de desnutrição e 42,6% nos limiares para desnutrição em idosos. Os idosos isolados apresentaram um pior quadro nutricional comparativamente aos idosos em situação de dependência funcional, que frequentemente possuem ajuda em casa. Entre as graves repercussões da subnutrição para as pessoas idosas, o estudo destaca as doenças infecciosas, fraturas do colo do fêmur, aumento da morbidade e mortalidade global.

Diferenciais na utilização dos serviços de saúde vêm sendo identificados em relação ao contexto de interação social dos idosos. O aumento da hospitalização, maior tempo

---

11. O Japão é o país com maior envelhecimento do mundo e com maior percentual de pessoas em situação de raro ou nenhum relacionamento social (OECD, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO), há poucos estudos comparados sobre a proporção de idosos em situação de isolamento social e solidão, mas as estimativas apontam um percentual 24% nos EUA, 10%-43% na América do Norte e 20% na Índia (WHO, 2021, p. 3).

de permanência e de taxas de readmissões hospitalares foi associado ao isolamento social, à solidão crônica (Landeiro *et al.*, 2017; Valtorta *et al.*, 2018) e à institucionalização dos idosos (Nasem, 2020).

Um estudo com pacientes britânicos com insuficiência cardíaca descobriu que, em comparação com pacientes com insuficiência cardíaca não solitários, aqueles que relataram solidão apresentavam risco 68% maior de hospitalização, risco aumentado de 57% de visitas ao pronto-socorro e risco aumentado de 26% para consultas ambulatoriais. Estudos relacionados descobriram que pacientes com apoio social limitado que receberam alta hospitalar após infarto do miocárdio apresentaram aumento de mortalidade, readmissões e infartos subsequentes (Howland e Stone, 2023, p. 2).<sup>12</sup>

Barnes *et al.* (2022) realizaram uma pesquisa inovadora ao avaliar o impacto combinado e cumulativo da solidão e do isolamento social. Considerando os estudos que estimaram os impactos da solidão e o isolamento social como preditores separados de vários resultados de saúde, os autores analisam as condições de saúde dos idosos que experimentam simultaneamente solidão e isolamento social. O *survey* realizado nos EUA com uma amostra de 8.672 participantes encontrou 9,8% dos idosos solitários, 20,6% socialmente isolados, e 9,1% tanto solitários quanto socialmente isolados – 60,5% dos idosos não foram identificados com nenhuma daquelas situações. Barnes *et al.* (2022) concluíram que os idosos em situação de isolamento social e solidão apresentavam piores quadros de bem-estar físico e mental. Sobre o acesso aos serviços de saúde, a situação de isolamento social reduzia a probabilidade de visita ao pronto-socorro, e aumentava a probabilidade de hospitalização – probabilidade ampliada pelo efeito cumulativo da solidão e isolamento social.

O isolamento social e a solidão também impactam negativamente na recuperação da saúde: redes sociais e de apoio mais fortes estão relacionadas a níveis maiores de adesão do paciente ao tratamento médico (Valtorta *et al.*, 2018). Por fim, dois pontos podem ainda ser lembrados. O primeiro diz respeito à relação entre condições socioeconômicas e isolamento social dever ser considerada: estudos indicam que os idosos com raro ou nenhum relacionamento social são menos frequentes entre os grupos de maior renda quando comparados com os segmentos de renda baixa ou média (OCDE, 2005). O segundo é a relação recíproca entre condições de saúde e dinâmica relacional.

12. "A study of British patients with heart failure found that compared with non-lonely heart failure patients, those who reported loneliness were at 68% increased risk of hospitalization, 57% increased risk of emergency department visits, and 26% increased risk for outpatient visits (24). Related studies found that patients with limited social support who had been discharged from hospital following myocardial infarction had increased mortality, readmissions, and subsequent infarctions (25, 26)".

## TEXTO para DISCUSSÃO

Se isolamento social pode favorecer, ou mesmo promover, o declínio da saúde, ele pode ser uma consequência da piora das condições de saúde dos idosos (Nasem, 2020), demandando análise da dinâmica de reforço mútuo entre os dois processos.

### 3 TIPOS DE INTERVENÇÕES

O isolamento social e a solidão vêm sendo reconhecidos como fatores de risco com consequências para a saúde pública, e mobilizando intervenções públicas para seu enfrentamento. Na Europa, Estados Unidos e Canadá, campanhas nacionais vêm sendo realizadas para enfrentar o problema do isolamento social dos idosos.<sup>13</sup> Novas instituições foram constituídas para tratar do tema, incluindo nomeação de ministros, como no caso do Reino Unido, em 2018, e Japão, em 2021. Em 2023, a Organização Mundial da Saúde criou uma Comissão sobre a Conexão Social para lutar contra a solidão, reconhecida como ameaça urgente à saúde. Serviços no campo da saúde pública e da assistência social vêm sendo mobilizados. A natureza das intervenções, contudo, ainda é bastante diversa, seja na identificação dos idosos em situação de isolamento social, seja nas intervenções para fazer face àquela situação. Em que pese suas limitações,<sup>14</sup> estudos e avaliações vêm ampliando o conhecimento sobre as intervenções implementadas.

No que diz respeito às estratégias de prevenção, experiências vêm sendo realizadas na forma de campanhas de conscientização operadas pelas autoridades de saúde e instituições atuando na área do envelhecimento. Mas a literatura tem chamado atenção para a necessidade de novas iniciativas no campo da prevenção. A redução da incidência do problema entre os idosos poderia também ser buscada por intervenções visando ao reforço e à manutenção de vínculos pessoais a partir de uma perspectiva de percursos de vida (Valtorta, 2016; WHO, 2021). Para uma intervenção preventiva no campo nutricional, Ferry *et al.* (2005) sugerem a adoção de uma avaliação resumida como ferramenta de triagem, bem como uma política de “rastreamento ativo” que pudesse identificar os casos de risco de subnutrição e incentivar a atividade física, inclusive buscando evitar que pessoas isoladas possam se tornar reclusas.

13. Valtorta *et al.* (2018, p. 2) citam Coalitie Erbij, na Holanda; Campaign to End Loneliness, no Reino Unido; Mobilização Nacional contra o Isolamento dos Idosos (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés – Monalisa), na França; Strengthen Older Adults' Social Connections (Connect2affect), nos Estados Unidos; e Reach Isolated Seniors Everywhere (Rise), no Canadá.

14. Limitações vêm sendo apontadas, tais como a variabilidade nas definições e medidas de isolamento social e solidão, a variabilidade nos instrumentos de medição da utilização de cuidados de saúde, as amostras pequenas nos estudos realizados, falta de exploração dos contextos sociais e políticos dentro dos quais estas intervenções operam, não consideração do estado de saúde inicial dos idosos e carência de estudos longitudinais (Courtin e Knapp, 2017; Valtorta *et al.*, 2018; Nasem, 2020; WHO, 2021).

No que se refere às intervenções diretas visando influenciar o quadro existente de isolamento social e solidão entre idosos, a maioria das experiências procura melhorar a inserção relacional visando à quantidade e qualidade dos relacionamentos (Nasem, 2020). Um balanço recente e amplo das intervenções e os serviços voltados para a redução do isolamento social e da solidão de idosos foi realizado por Paquet *et al.* (2023). A partir de uma metarrevisão da literatura disponível até o ano de 2018, os autores identificaram onze tipos de intervenção. Elas foram classificadas em quatro grupos, dadas as diferenças entre seus objetivos: aumentar as interações sociais, fornecer apoio instrumental, promover o bem-estar físico e mental, ou disponibilizar cuidados domiciliares e comunitários.

O primeiro grupo de intervenções visaria aumentar as interações sociais dos idosos pelos meios a seguir:

- 1) intervenções de grupos e comunidades de apoio, incluindo vários formatos como grupos mobilizados nos serviços socioassistenciais, grupos de apoio e grupo de pares, com discussões estruturadas sobre tópicos comuns;
- 2) intervenções intergeracionais, buscando conectar idosos e jovens, por exemplo, por meio de atividades recreativas, atividades lideradas pelos idosos e voltadas para a educação e o desenvolvimento de competências; ou
- 3) tecnologias sociais favorecendo a criação de espaços virtuais que promovam relações sociais com iniciativas de amizade por telefone, videochamada, ou programas de rádio.

O segundo tipo visaria à promoção do bem-estar físico e mental. Neste grupo, foram incluídas as intervenções voltadas a atividades físicas e atividades recreativas regulares, terapias psicológicas em grupo e convívio com companheiros não humanos, em especial animais de estimação. Um terceiro grupo enfatizaria o apoio instrumental, seja por meio de terapia ocupacional, reabilitação ou tecnologia assistiva. Por fim, o quarto grupo se voltaria à prestação de cuidados domiciliares e comunitários, incluindo visitas e telessaúde.

Nakagomi *et al.* (2023) observam o efeito diferenciado do impacto da interação social, havendo maior dificuldade em reverter o isolamento social nas relações com parceiros, filhos e parentes. Os autores avaliam, contudo, que a interação social com amigos e a participação social são alvos viáveis de ação pública. A literatura aponta para experiências exitosas, destacando o múltiplo efeito das atividades propostas. A participação num programa de exercícios para a saúde pode levar a reduções em isolamento ou solidão devido à natureza social do programa. Da mesma forma, atividades

## TEXTO para DISCUSSÃO

de educação, voluntariado ou promoção da saúde (como grupos animados por agentes comunitários de saúde para vincular os pacientes aos serviços ou abordar temas relacionados à prevenção e manejo de diabetes, asma, hipertensão ou envelhecimento) mostraram-se efetivos para a promoção de vínculos e amizades. O mesmo ocorre em grupos de apoio de pares, como aqueles visando indivíduos que partilham situações comuns, inclusive luto ou viuvez. A experiência de visitas aos idosos em situação de isolamento social pode mobilizar profissionais,<sup>15</sup> associações e mesmo outros idosos da comunidade.<sup>16</sup> Realça-se ainda o interesse de incluir os idosos no processo de planejamento das atividades.

As intervenções visando enfrentar direta ou indiretamente o isolamento social e a solidão incluem, assim, tanto abordagens individuais como atividades em grupo, ou ambas as modalidades. Todavia, além da variedade das intervenções, a diversidade na forma de descrever e classificar os tipos de intervenção tem sido apontada como uma dificuldade para melhor conhecer as características das ações ou serviços e seus resultados, considerando os objetivos, públicos e contextos de implementação.<sup>17</sup>

Sobre o impacto das intervenções, as avaliações são bastante diversas. O já citado estudo de Paquet *et al.* (2023) traz aportes relevantes sobre esse ponto. Em sua análise sobre a eficácia das intervenções, os autores constataram que as atividades que objetivavam aumentar as interações sociais dos idosos e promover o bem-estar físico e mental foram as mais eficazes, incluindo redução da solidão e o aumento das redes sociais e do apoio social. As intervenções comunitárias e de grupos impactam positivamente no aumento da autoconfiança dos idosos e na redução do isolamento social. As intervenções intergeracionais, por sua vez, mostrariam maior eficácia no âmbito da

15. Na Dinamarca, todas as pessoas com 75 anos ou mais recebem uma visita de cortesia visando garantir que suas necessidades estejam sendo atendidas (Kealey *et al.* 2019).

16. Um exemplo é dado pelo projeto “embaixadores da saúde”, em Hong Kong, onde idosos ajudavam a fortalecer o sentimento de vizinhança e os relacionamentos entre pares. Sobre tais experiências, ver Nasen (2020), capítulo 9.

17. Fakoya, McCorry e Donnelly (2020) analisam a forma de categorização usada pela literatura sobre intervenções voltadas aos idosos em situação de solidão e o isolamento social. Os critérios de classificação usam categorias diversas – tais como objetivo, tipo ou formato, modo de entrega ou grupo atendido, sendo que a forma de definir essas categorias também varia entre os autores. Os critérios vão desde tipos de intervenções e modos de entrega, até características relacionadas aos objetivos, por exemplo, alcançar indivíduos solitários, desenvolver resposta personalizadas ou apoiar que pessoas solitárias tenham acesso a serviços necessários.

saúde mental.<sup>18</sup> As intervenções mobilizando tecnologias de informação e comunicação também mostraram associação positiva com o aumento das redes sociais e a redução dos sentimentos de solidão.

Landeiro *et al.* (2017) chegam às mesmas conclusões, informando que, segundo a literatura analisada, as intervenções com formatos de grupo e que promovem a participação ativa dos idosos são mais eficazes do que as intervenções individuais. Também teriam tido resultados mais bem-sucedidos as intervenções que envolveram os participantes no planejamento e implementação, bem como as que se basearam nos recursos comunitários existentes e que investiram na formação dos facilitadores. Os autores alertam, contudo, para a dificuldade de intervenções padronizadas dada a diferença nas situações dos idosos e suas distintas necessidades, decorrentes de fatores ambientais ou situacionais tais como limitações de mobilidade, acesso reduzido a apoio ou redes sociais, ou déficits cognitivos. No mesmo sentido, Barnes *et al.* (2022) destacam que abordagens visando ao desenvolvimento de competências podem ser mais benéficas para o isolamento social do que para a solidão.

O isolamento social reflete o progressivo enfraquecimento das oportunidades de vivência intergeracionais. O declínio dos espaços comunitários, a redução do tamanho das famílias e as alterações nas dinâmicas familiares contribuem para a segregação geracional, cujos impactos se fazem sentir no enfraquecimento da confiança entre gerações, redução do capital social, dificuldade de compreensão de novos pontos de vista e níveis mais elevados de ansiedade e solidão. Campbell *et al.* (2023) avaliam que as intervenções intergeracionais permitem enfrentar tais desafios, além de impactarem positivamente na redução do isolamento social, solidão e melhoria da saúde mental dos idosos.<sup>19</sup>

Os serviços de saúde e de assistência social mobilizam, igualmente, importantes esforços de análise dessa literatura. Vários trabalhos enfatizam a relevância dos serviços de saúde e de seus profissionais. O relatório do Nasem (2020) avalia que uma única interação com o sistema de saúde pode representar uma oportunidade ímpar para a identificação dos indivíduos mais isolados. O reconhecimento e a avaliação do

18. “As intervenções intergeracionais e as intervenções em “comunidades favoráveis” apresentaram uma eficácia consistente ou mista superior a 70% para resultados como a redução da solidão e o aumento das redes sociais e do apoio social. Comparativamente, a terapia psicológica e as intervenções de atividades recreativas demonstraram resultados positivos na redução da solidão e no direcionamento de resultados de saúde mental (> 60% consistentes ou mistos), como depressão e bem-estar mental” (Paquet *et al.*, 2023, p. 27).

19. Segundo a revisão de literatura realizada por Campbell *et al.* (2023), as intervenções intergeracionais mobilizam atividades diversificadas, desde atividades de troca de experiências, programa de melhoria ambiental da cidade, exercícios físicos ou atividades culturais e de lazer, e ocorrem em vários ambientes tais como espaços comunitários, lares de idosos, moradia, hospitais, escolas ou universidades.

## TEXTO para DISCUSSÃO

quadro de isolamento social e solidão pode ser realizada por meio de um conjunto de ferramentas,<sup>20</sup> que favorecem a organização e o adequado encaminhamento para os serviços de saúde pública e os serviços socioassistenciais. A oferta de serviços socioassistenciais e de saúde necessários para o atendimento dos idosos em situação de isolamento social devem ser pensados a partir dos territórios e populações, eixos centrais para a sua integração e coordenação.

Os estudos convergem no sentido de que programas concebidos para abordar o isolamento social e a solidão em idosos de uma comunidade devem se assentar na detecção dos casos, sua avaliação e encaminhamento os serviços adequados. Como parte da prática da atenção básica em saúde, os profissionais de saúde estão presentes nos territórios, se relacionando cotidianamente com os moradores e com equipes de outros serviços sociais, e têm papel estratégico na identificação e sensibilização dos idosos socialmente isolados e no seu atendimento. Howland e Stone (2023) apontam para a relevância na mobilização dos enfermeiros de saúde pública atuantes nas comunidades, que podem ser responsáveis por várias atividades: além da detecção de casos, sua avaliação e encaminhamento aos serviços, são atuantes no desenvolvimento de capacidades nos sistemas de saúde e na mobilização de parcerias intersetoriais. O treinamento dos profissionais de saúde vem sendo recomendado para sensibilizar, apoiar e qualificar as competências profissionais e o uso de instrumentos de medição e de intervenção.

Algumas evidências revelam que a frequência e os impactos do isolamento social e da solidão são mais graves para os idosos mais pobres e socialmente desfavorecidos. As iniquidades em saúde vêm sendo exploradas em inúmeros trabalhos, tratando seja da desigualdade em condições de saúde, seja em acesso aos serviços. No que diz respeito ao isolamento social, a literatura vem mostrando que fatores tais como a limitação em recursos socioeconômicos ou educação, o transporte inadequado, a falta de acesso à tecnologia digital e a precariedade nas condições de habitação podem agravar a situação de isolamento social e solidão (WHO, 2021). Contudo, o debate ainda é incipiente no que diz respeito à adaptação de intervenções para enfrentar os desafios específicos dos idosos socialmente desfavorecidos. Revisão bibliográfica realizada por Madani *et al.* (2022) revela que a bibliografia sobre intervenções voltadas a enfrentar o isolamento social e a solidão dos idosos pouco tem se debruçado sobre as características sociais dos idosos beneficiados ou sobre a demanda de intervenções adaptadas para atingir populações de idosos socialmente desfavorecidos. Os autores alertam que, sem maior ênfase na dimensão da equidade, os esforços para melhorar as condições de vida e de saúde dos idosos podem ser pouco efetivos, ou mesmo contribuir para o aumento das desigualdades no acesso aos serviços e a melhores resultados de saúde.

20. Um balanço das medidas existentes e sua aplicabilidade clínica é realizado por Gardam *et al.* (2023).

## 4 ISOLAMENTO E APOIO SOCIAL ENTRE IDOSOS BRASILEIROS

Em 2022, a população brasileira com idade a partir de 60 anos era constituída por cerca de 32 milhões de pessoas, sendo 22 milhões com mais de 65 anos, respectivamente 15,6% e 10,9% do total da população. Para melhor conhecer a situação de saúde e as condições de vida dos idosos brasileiros, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) constitui uma fonte relevante de informações.<sup>21</sup> A pesquisa, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio de coletas domiciliares, investiga as condições de saúde e de acesso e utilização dos serviços de saúde. Entre outros aspectos, investiga ainda as doenças crônicas e transmissíveis e seus fatores de risco, estilos de vida, saúde da mulher e saúde dos idosos. Nessa seção iremos analisar as informações da PNS de 2019<sup>22</sup> sobre as limitações funcionais dos idosos e sua demanda de apoio para realização de atividades da vida diária, bem como a percepção dos idosos sobre a rede de apoio social de que dispõem, sobre sua participação social e sobre a ocorrência de violências.<sup>23</sup>

### 4.1 Apoio familiar e social

A PNS avançou no esforço de identificar o tamanho da rede de suporte dos idosos no que diz respeito à sua família e amigos. Quanto ao apoio familiar, os dados revelam que 4% dos idosos brasileiros não dispõem de nenhuma rede familiar, seja para partilhar bons momentos, seja para recorrer em momentos de necessidade. Além disso, cerca de 9% dos idosos dispõem de apenas um familiar em sua rede de convívio e apoio. Dessa forma, 12,8% dos idosos declaram possuir nenhum ou apenas um familiar com quem contar. A rede de amigos é mais fraca que a rede familiar. Quase um quarto dos idosos (23%) declaram não contar com nenhum amigo próximo para compartilhar momentos bons ou

21. A PNS é um inquérito de saúde de abrangência nacional com o objetivo de recolher informações detalhadas sobre as condições de saúde da população brasileira. Seu questionário é composto por três partes: a primeira é dirigida ao domicílio, a segunda, a todos os moradores do domicílio, e a terceira, a um morador selecionado. Na segunda parte se inquirir, entre outros aspectos, sobre a saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais. Na terceira parte, incluem-se temas tais como estilos de vida, percepção do estado de saúde, apoio e participação social e situações de violências.

22. Agradeço a Welligton Silva Cavedo, bolsista de incentivo à pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea), pelo apoio no tratamento dos dados e produção das tabelas a partir de dados da PNS 2019.

23. Serão aqui mobilizados dados da seção do questionário dirigida a todos os moradores do domicílio e da seção aplicada ao morador selecionado. Contudo, há limitações de amostra que dificultam o cruzamento de informações entre as seções do questionário. Stopa *et al.* (2020, p. 4) informam que “em função do desenho amostral complexo e com probabilidades distintas de seleção, para analisar os dados da PNS, faz-se necessária a definição de fatores de expansão ou pesos amostrais, tanto para domicílios quanto para os moradores selecionados. (...) pesos distintos são elaborados para a análise de todos os moradores do domicílio e do morador selecionado. O uso de cada um deles depende do conjunto de dados para o qual se pretende realizar a análise, e da seção do questionário à qual o dado pertence”. Sobre a PNS, objetivos, amostra, organização dos questionários e coleta dos dados, ver Stopa *et al.* (2020).

## TEXTO para DISCUSSÃO

ruins, e 11% deles declaram contar com apenas um amigo, somando 34,5% os que declaram contar com nenhum ou com um amigo em sua rede próxima, como mostra a tabela 1.

**TABELA 1**

**Percentual de idosos por tamanho da rede de apoio social de familiares e amigos – Brasil (2019)**

|                  | Nenhum ou um familiar | Dois ou mais familiares | Nenhum ou um amigo | Dois ou mais amigos | Nenhum amigo e nenhum familiar |
|------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 13,97%                | 86,03%                  | 33,71%             | 66,29%              | 1,80%                          |
| 65 a 69 anos     | 13,81%                | 86,19%                  | 32,76%             | 67,24%              | 2,12%                          |
| 70 a 74 anos     | 13,36%                | 86,64%                  | 33,92%             | 66,08%              | 2,02%                          |
| 75 a 79 anos     | 9,76%                 | 90,24%                  | 36,75%             | 63,25%              | 1,25%                          |
| 80 anos ou +     | 10,08%                | 89,92%                  | 38,64%             | 61,36%              | 1,06%                          |
| Média dos idosos | 12,79%                | 87,21%                  | 34,54%             | 65,46%              | 1,75%                          |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

Obs.: 1. Perguntas: Com quantos familiares ou parentes pode contar em momentos bons ou ruins?; Com quantos amigos próximos pode contar em momentos bons ou ruins?

A rede familiar se faz mais presente à medida que aumenta a idade do idoso. Entre os idosos de 60 a 64 anos, 4,3% declaram não ter nenhum familiar ou parente com quem contar. Para os que tem 80 anos ou mais, este percentual cai para 2,6%, mas 97,4% dos idosos com mais de 80 anos contam com ao menos um familiar (sendo que 7,5% informam contar apenas com um único familiar). Contudo, ao contrário da rede familiar, os vínculos de amizade se reduzem com o aumento da idade. Entre os idosos de 60 a 64 anos, 33,7% contam com nenhum ou com um amigo (22% declaram não contar com nenhum amigo), percentual que aumenta para 38,6% na faixa de 80 anos ou mais (29,2% dos idosos nessa faixa declaram não contar com nenhum amigo). A diferença de gênero é pouco significativa, como pode ser observado nas tabelas A.1 e A.2 do anexo A.

A rede de apoio próxima é particularmente frágil para os idosos que declaram não dispor do apoio nem de familiares nem de amigos. Segundo os dados da PNS 2019, 1,75% declarou não poder contar com nenhum amigo e nenhum familiar em seus momentos bons ou ruins. Esse percentual representa cerca de 600 mil idosos.<sup>24</sup> Nesse caso, os homens mostram um grau maior de isolamento social do que as mulheres: 1,95% e 1,61%, respectivamente (tabelas A.1 e A.2 do anexo A)

24. Sobre o tema, ver também IBGE (2021b).

Entre as interações sociais dos idosos, as atividades sociais devem ser consideradas. As reuniões de natureza recreativa, associativa, e as voltadas a práticas físicas ou artística oferecem oportunidades de convivência e integração social. Esse aspecto também é explorado pela PNS, que revela uma baixa participação social dos idosos brasileiros em atividades sociais, esportivas ou recreativas. Na média, dois terços dos idosos não participam de nenhuma atividade dessa natureza, sendo que a frequência decai com o aumento da idade. Como mostra a tabela 2, 18,6% dos idosos realizam tais atividades uma vez por semana ou mais, sendo que 66% (66,9% dos homens e 65,5% das mulheres idosas, segundo as tabelas A.3 e A.4 do anexo A) nunca as praticam.

**TABELA 2**

**Percentual de idosos por frequência em atividades sociais, esportivas ou recreativas – Brasil (2019)**

|              | Mais de uma vez por semana | Uma vez por semana | De duas a três vezes por mês | Algumas vezes no ano | Uma vez no ano | Nenhuma vez no ano |
|--------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------|
| 60 a 64 anos | 15,13%                     | 7,27%              | 4,56%                        | 10,16%               | 2,08%          | 60,79%             |
| 65 a 69 anos | 14,45%                     | 6,57%              | 3,67%                        | 9,91%                | 3,36%          | 62,05%             |
| 70 a 74 anos | 11,69%                     | 5,23%              | 4,99%                        | 8,42%                | 1,89%          | 67,78%             |
| 75 a 79 anos | 10,72%                     | 4,70%              | 2,57%                        | 7,47%                | 2,55%          | 71,98%             |
| 80 anos ou + | 6,62%                      | 3,71%              | 2,15%                        | 7,04%                | 1,83%          | 78,65%             |
| Média        | 12,65%                     | 5,93%              | 3,85%                        | 9,04%                | 2,39%          | 66,14%             |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

Obs.: 1. Pergunta: Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) sr(a). se reuniu com outras pessoas para prática de atividades esportivas, exercícios físicos, recreativos ou artístico?

## 4.2 Incapacidade funcional e demanda de apoio familiar e social

Além da rede familiar e social, a PNS também investigou a demanda de apoio social e buscou verificar o quadro de dificuldade funcional dos idosos, assim como a demanda de ajuda e a sua oferta no contexto de limitações para a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) e de atividades instrumentais de vida diária (AIVD).<sup>25</sup> Como

25. A PNS investigou a autonomia do idoso na realização das ABVD, tais como comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se ou levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho. Inquiriu ainda sobre a autonomia para AIVD: fazer compras, administrar as finanças, tomar os remédios, ir ao médico e utilizar transporte público.

## TEXTO para DISCUSSÃO

pode ser observado na tabela 3, a demanda de apoio para as atividades instrumentais é expressivamente maior do que a dirigida à realização de atividades básicas relacionadas ao autocuidado: 71,8% dos idosos declaram precisar de ajuda para realizar uma ou algumas atividades instrumentais, contra 38,3% dos que declaram precisar de ajuda para atividades de autocuidado.

**TABELA 3**

**Proporção de idosos que necessitam de ajuda e que recebem ajuda para a realização de ABVD e de AIVD – PNS (2019)**

|              | Necessitam de ajuda para realização de ABVD | Entre os que necessitam, recebem ajuda para ABVD | Necessitam de ajuda para realização de AIVD | Entre os que necessitam, recebem ajuda para AIVD |
|--------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 60 a 64 anos | 25,34%                                      | 87,78%                                           | 56,60%                                      | 94,76%                                           |
| 65 a 69 anos | 25,59%                                      | 92,01%                                           | 61,19%                                      | 96,93%                                           |
| 70 a 74 anos | 29,36%                                      | 92,06%                                           | 66,86%                                      | 95,33%                                           |
| 75 a 79 anos | 41,45%                                      | 95,40%                                           | 76,47%                                      | 97,53%                                           |
| 80 anos ou + | 57,50%                                      | 98,01%                                           | 86,05%                                      | 98,61%                                           |
| Média        | 38,35%                                      | 94,80%                                           | 71,81%                                      | 97,13%                                           |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

Obs.: 1. Perguntas: Precisa de ajuda para realizar alguma(s) destas atividades (comer, tomar banho, ir ao banheiro, se vestir, andar em casa de um cômodo ao outro, deitar-se ou levantar-se da cama sozinho, sentar-se ou levantar-se da cadeira sozinho)?; Precisa de ajuda para realizar algumas(s) destas atividades (fazer compras, administrar as finanças, tomar os remédios, ir ao médico, sair utilizando um transporte: ônibus, metrô, táxi, carro etc.)?

Ambas as dimensões da dependência aumentam com a idade, com importante elevação a partir dos 75 anos. As diferenças entre gênero são mais expressivas no que se refere às AIVD, sendo as mulheres mais dependentes de ajuda em todas as idades, como pode ser visto nas tabelas A.5 e A.6 do anexo A.

A grande maioria dos idosos que declara precisar de ajuda para atividades da vida cotidiana recebe o apoio de que necessita, e esse apoio se torna mais presente com o aumento da idade. Contudo, cabe observar a existência de um pequeno grupo que não conta com apoio: na média, 2,9% dos idosos informam não receber a ajuda necessária para a realização de atividades instrumentais, e 5,2% para o autocuidado.

Dentro do grupo de idosos com dificuldade funcional, a PNS encontrou cerca de 9,5% de idosos (cerca de 3,3 milhões de pessoas de 60 anos ou mais) que declaram

não conseguir realizar as ABVD, ou declaram ter grande dificuldade para realizá-las. Sobre o perfil dessas pessoas, de acordo com a pesquisa 9,4% eram mulheres e 6,7% eram homens, sendo que a dependência cresce com a idade: “de 5,3%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 18,5%, para as de 75 anos ou mais de idade” (IBGE, 2021a, p. 62). Os dados da PNS revelam ainda que o nível de instrução está associado ao quadro de ABVD entre os idosos: “quanto mais elevado o nível de instrução, menor o indicador investigado: sem instrução, 16,0%; com fundamental incompleto, 9,7%; e com fundamental completo ou mais, 6,3%” (*idem, ibidem*).

No que diz respeito às AIVD, a PNS encontrou 20,4% dos idosos que declaram não conseguir realizá-las ou ter grande dificuldade para realizá-las. Esse grupo varia “de 8,6%, para aquelas de 60 a 64 anos, a 43,2%, para as de 75 anos ou mais de idade” (IBGE, 2021a, p. 66). E os dados revelam que, também nesse caso, o nível de instrução está associado a um maior o quadro de dificuldade funcional: “para as pessoas sem instrução, 38,4%; com fundamental incompleto, 21,5%; e com fundamental completo ou mais, 10,4%” (*idem, ibidem*).

A PNS confirma que a família é a grande provedora de apoio para os idosos com dificuldades funcionais.<sup>26</sup> A reduzida rede de apoio familiar pode afetar negativamente as condições de vida e de saúde das pessoas idosas e ampliar a vulnerabilidade, mas o apoio familiar não se limita ao aspecto instrumental. Ele se desdobra em um conjunto amplo e diverso de atenções e suportes e envolve outras dimensões da vida do idoso tais como a emocional, financeira, informacional e cognitiva (Guedes *et al.*, 2017). Nesse sentido, os dados da PNS sobre violência psicológica ou física ajudam a qualificar o contexto familiar.

Entre os idosos, as situações de violência psicológica são as mais frequentes, como observado na tabela 4. Na média, 5,9% dos idosos sofreram ofensa ou humilhação e 7,3% receberam gritos ou xingamento. Para o grupo que sofreu essas agressões, a frequência variou: 17,7% declaram que as agressões ocorreram muitas vezes, 40,6% declaram que ocorreram algumas vezes, e 41,7%, apenas uma vez. Os locais mais frequentes de violência psicológica são a residência e os locais públicos. A residência é o local indicado por 55,6% dos idosos, com variações com o aumento da idade: 46,8% para os idosos de 60 a 64 anos, 59,2% para os idosos de 70 a 74 anos, e 68% para os idosos de 80 anos ou mais.

26. Para 73% dos idosos, são os parentes moradores no mesmo domicílio quem, na maioria das vezes, prestam ajuda para realizar as atividades de autocuidado, e para 15%, são os parentes não moradores no domicílio. Para as atividades instrumentais, os parentes moradores e não moradores no domicílio respondem respectivamente por 57% e 37% da ajuda disponibilizada aos idosos.

## TEXTO para DISCUSSÃO

**TABELA 4**

**Proporção de idosos que sofreram violência psicológica e física – PNS 2019**

|              | Sofreu ofensa ou humilhação | Recebeu gritos ou xingamento | Recebeu tapa ou bofetada | Recebeu ameaça ou ferimento por faca, arma de fogo ou outro objeto |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 60 a 64 anos | 7,61%                       | 9,20%                        | 0,71%                    | 0,80%                                                              |
| 65 a 69 anos | 6,19%                       | 7,83%                        | 0,46%                    | 0,52%                                                              |
| 70 a 74 anos | 4,73%                       | 6,73%                        | 0,46%                    | 0,68%                                                              |
| 75 a 79 anos | 6,20%                       | 6,04%                        | 0,45%                    | 0,61%                                                              |
| 80 anos ou + | 2,89%                       | 4,00%                        | 0,25%                    | 0,72%                                                              |
| Média        | 5,92%                       | 7,32%                        | 0,51%                    | 0,67%                                                              |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

Obs.: 1. Perguntas: Nos últimos doze meses, alguém: te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas? Gritou com você ou te xingou?; Nos últimos doze meses, alguém: te deu um tapa ou uma bofetada? Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?

A violência física atinge menos de 1% dos idosos, sendo que as ameaças ou ferimento por faca, arma de fogo ou outro objeto são mais dirigidas aos homens idosos do que às mulheres, como pode ser observado nas tabelas A.7 e A.8 do anexo A. Para o grupo que sofreu essas agressões, a frequência variou: muitas vezes para 11,8%, algumas vezes para 24%, e apenas uma vez para 64,2% dos idosos que afirmaram ser vítima de violência física. Os locais mais frequentes de violência física são igualmente a residência e os locais públicos. A residência é o local indicado por 57% dos idosos, chegando a representar 77,7% para o grupo de 75 a 79 anos, mas apenas 43,3% para os idosos de 80 anos ou mais. Para a faixa dos mais velhos, os locais públicos são os mais citados (56,7%).

Contudo, alguns autores vêm alertando para a subnotificação dos casos de violência na população idosa,<sup>27</sup> inclusive no âmbito da PNS. Santiago, Nunes e Macena (2023) destacam a discrepância da PNS com relação os dados do Sistema de Informação de

27. Apprato Junior (2010), com base em inquérito domiciliar com seleção de amostra aleatória de idosos em famílias adscritos ao Programa Saúde da Família, revela que 43% dos entrevistados relataram pelo menos um episódio de violência psicológica; 9,6% relataram violência física; e 6,1% se referiram à ocorrência de violência física grave.

Agravos de Notificação (Sinan),<sup>28</sup> onde os registros de violência física entre os idosos representam mais do que o dobro da violência psicológica.<sup>29</sup> Rocha *et al.* (2018), por sua vez, apontam a predominância da negligência e abandono. Usando como base as notificações do Sinan e as denúncias captadas pelo Disque 100<sup>30</sup> para o caso de Minas Gerais, os autores destacam a discrepância nos dados coletados pelos dois instrumentos, em que pese ambos observarem crescimento no período analisado.

O Atlas da Violência de 2023 (Ipea, 2023, p. 99) informa que entre 2016 e 2020 as notificações de violência interpessoal de idosos subiram 3 vezes, mas as variações por estado da Federação são muito expressivas, indicando que a subnotificação pode ser mais representativa em alguns territórios.<sup>31</sup> O subdimensionamento do problema pode ter várias causas, desde a vulnerabilidade do idoso com relação ao agressor até o desconhecimento dos canais e fluxo das denúncias, assim como o despreparo dos profissionais para identificar e apurar tais casos (Rocha *et al.*, 2018; Cavalcanti e Sousa, 2010).

Entre os fatores de risco para o idoso com relação a situações de violência, as limitações cognitivas e físicas, a existência de doença crônica e o isolamento social vem sendo destacados pela literatura. Bruna Santos e colegas (Santos *et al.*, 2020), analisando os dados da Pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe) de 2015 para o município de São Paulo, investigaram as características que poderiam estar associadas à ocorrência de maus-tratos contra pessoas idosas. Corroborando outros estudos, o trabalho concluiu que as mulheres mostram 72% mais chances de serem

28. O Sinan é um sistema de notificação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. O Sinan responde à exigência de notificações determinada no artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). Em sua primeira redação, o artigo 19 dispunha que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde”. Tal artigo foi alterado pela Lei nº 12.461/2011, que define a violência contra o idoso como “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”, além de determinar que: “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles”.

29. Também tendo como base os registros no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Mascarenhas *et al.* (2012) informam que, no ano de 2010, 78,8% dos episódios de violência contra idosos ocorreram no domicílio (78,8%) e mais da metade das vítimas referiu que já tinha sido violentada previamente (53,6%). Sobre os tipos de violência notificados, constataram a predominância da violência física (67,7%), psicológica (29,1%) e negligência (27,8%).

30. O Disque Direitos Humanos (Disque 100) é serviço do governo federal de atendimento telefônico gratuito. Ele funciona 24 horas e sete dias da semana permitindo a comunicação da população com a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos quando há suspeita de violações de direitos.

31. Entre 2016 e 2021, enquanto no estado do Pará a notificação de violência interpessoal para idosos cresceu 182,1% e no Rio de Janeiro cresceu 158%, em Tocantins, Amapá e Minas Gerais, a taxa foi negativa, observando-se uma redução de 65,6%, 46,2% e 17,9%, respectivamente. Ver Ipea (2023, p. 99, tabela 45).

vítimas de maus-tratos do que os homens. Os autores não encontraram relação entre a diminuição das capacidades para ABVD e AIVD com maior ocorrência de violências. Contudo, a quantidade de doenças crônicas diagnosticadas, a ocorrência de quedas, a existência de quadro depressivo e uma pior autoavaliação da saúde ou de seu quadro nutricional aumentaram significativamente aquele risco.<sup>32</sup> Por outro lado, tal risco é reduzido com o aumento do número de cuidadores: “quanto mais cuidadores a pessoa idosa tinha, menor foi a proporção de vítimas de alguma forma de maus-tratos” (Santos *et al.*, 2020, p. 12). O contexto econômico também se relaciona à situação de violência, que se mostra mais presente entre a população de menor rendimento (IBGE, 2020a, p. 38-39).

### 4.3 Rede social e incapacidade funcional

A relação entre o tamanho e a qualidade da rede familiar e social dos idosos e o seu quadro de incapacidade funcional começa a ser objeto de estudos no Brasil, trazendo evidências de que a baixa interação social está associada com quadro de maior incapacidade funcional. Utilizando dados da PNS 2013, Oliveira-Figueiredo, Felisbino-Mendes e Velasquez-Melendez (2021) revelam a associação entre esses dois fenômenos, seja para homens ou para mulheres. Os autores mostram que, para as mulheres, não possuir a maioria dos componentes de rede social foi associado à incapacidade para atividades de autocuidado, independentemente da escolaridade, faixa etária, de ter depressão ou multimorbidade. Para esse grupo,

a incapacidade para ABVD, na análise multivariada, esteve associada com a ausência de componentes da rede informal (não possuir familiares, não viver com cônjuge) e com a ausência de componentes da rede formal (não participar de atividade social, não realizar trabalho remunerado e ou voluntário) (Oliveira-Figueiredo, Felisbino-Mendes e Velasquez-Melendez, 2021, p. 4).

32. Para os idosos com quadro de depressão e com avaliação nutricional negativa, a incidência de maus-tratos dobrou. Para aqueles que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, a proporção de vítimas de maus-tratos chegou a 22,3%.

Para os homens, a relação entre rede social e incapacidade funcional também foi identificada, mas de menos intensidade do que entre as mulheres, e observando-se associação menor quanto às ABVD do que nas AIVD.<sup>33</sup>

Assim, independentemente de outras variáveis como idade, nível educacional ou multimorbidade, a participação em atividades sociais associa-se a menores chances de incapacidade funcional, tanto para homens como para mulheres. Tal associação seria explicada por diferentes fatores: a convivência social previne o isolamento social, alivia o estresse, mobiliza esforços cognitivos e melhora a condição física. Já no que se refere a não possuir familiares ou amigos de confiança, a relação com maior chance de incapacidade funcional para AIVD e ABVD é maior entre as mulheres. Todavia, em todos os casos, a manutenção da rede social do idoso mostra-se relevante para a prevenção de incapacidades das pessoas idosas. Observa-se a pertinência de desenvolver “ações e serviços que potencializem a rede de suporte social dos idosos, especialmente as relações derivadas da participação social” (Oliveira-Figueiredo, Felisbino-Mendes e Velasquez-Melendez, 2021, p. 6).

## 5 INTERVENÇÕES NO BRASIL

No Brasil, o problema do isolamento social dos idosos ganhou maior visibilidade em decorrência da pandemia pela covid-19 e suas repercussões sobre a saúde mental. Contudo, este tema tem estado presente no debate sobre os determinantes sociais da saúde do idoso, recebendo progressiva atenção, inclusive no que se refere às intervenções sociais que possam ampliar o convívio e o apoio social (Geib, 2012). Entre os fatores sociais que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, o isolamento social vem sendo reconhecido com tendo influência relevante e podendo ser modificado por ações específicas.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ganham destaque no debate sobre saúde da população idosa. Com o aumento da expectativa de vida, a presença de doenças crônicas entre os idosos se amplia: elas já representam a principal carga de doenças e de causa de mortes da população brasileira (Figueiredo *et al.*, 2021). Entre os idosos

33. “Entre os homens, quando controlado também pelos componentes da rede social, apenas duas variáveis da rede social formal permaneceram associadas a incapacidade em AIVD, a saber: participação em atividade social (OR ajustado = 2,23 IC95%: 1,59-3,12) e trabalho remunerado (OR ajustado = 3,42; IC 95%: 2,34-5,00) (Tabela 3). Nesse grupo masculino, a única variável que permaneceu associada a incapacidade de desempenhar ABVD, na análise multivariada, foi não ter trabalho remunerado (OR ajustado = 1,97; IC 95%: 1,20-3,22) (Tabela 4)” (Oliveira-Figueiredo, Felisbino-Mendes e Velasquez-Melendez, 2021, p. 4). O estudo destaca também a forte associação entre ter trabalho remunerado e menor chance de incapacidade funcional.

## TEXTO para DISCUSSÃO

brasileiros, as DCNT atingem 75,5% da população, sendo a multimorbidade frequente (Francisco *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022), com impactos em limitações funcionais, incapacidades e dependência. Estudo realizado por Alves *et al.* (2007) sobre a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos da cidade de São Paulo demonstrou que a presença de hipertensão arterial, doença cardíaca e doença pulmonar aumentam a chance de o idoso ser dependente nas AIVDs em, respectivamente, 39%, 82% e 50%. “Para a dependência nas AIVDs e ABVDs, a chance mais do que dobrou para a presença de cada uma dessas doenças crônicas” (Alves *et al.*, 2007, p. 1927).

A prevenção e controle das DCNT e a manutenção da capacidade funcional dos idosos se torna, assim, tema relevante para a saúde pública brasileira, e prioridade para a Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS se organiza na forma de ações e serviços continuados a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais, visando à prevenção e promoção da saúde, além de sua recuperação. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, dentro delas, os agentes comunitários de saúde, permitem uma presença ativa da APS nos territórios com um leque de intervenções que vão além das práticas médicas. Entre as ofertas estão previstas ações de cuidado e promoção da saúde do idoso e o atendimento domiciliar para pessoas idosas com DCNT. Inclui-se entre suas responsabilidades a identificação e o acompanhamento da pessoa idosa vulnerável em risco de declínio cognitivo ou funcional, com grau de dependência para atividades da vida diária, multimorbidades, polifarmácia ou internações recentes, perda de peso não intencional, situação de isolamento social e com suspeitas de violência. A APS tem, assim, um efetivo papel na assistência e acompanhamento dos idosos, promoção de sua qualidade de vida e prevenção de agravos em saúde, e a abordagem domiciliar é central nesse processo. A visita domiciliar é uma das principais atribuições do agente comunitário de saúde (ACS), e por meio dela a ESF pode estabelecer um vínculo direto e permanente com os idosos. A PNS informa que 62,5% dos domicílios cadastrados na Unidade de Saúde da Família receberam a visita pelo menos uma vez nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista (IBGE, 2020b).

A influência das limitações funcionais dos idosos se faz sentir nas responsabilidades e nas demandas à APS, e igualmente na demanda por serviços especializados de saúde. A literatura vem constatando que a prevalência de limitações funcionais entre idosos influencia o número de consultas médicas e a ocorrência de hospitalizações. Fialho *et al.* (2014), em estudo sobre a utilização de serviços de saúde entre idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte,<sup>34</sup> observaram uma associação

34. O estudo apoiou-se em um inquérito domiciliar realizado com idosos de 60 anos ou mais residentes nos vinte municípios que compõem a região metropolitana de Belo Horizonte.

entre capacidade funcional (ABVD e AIVD) e número de consultas domiciliares e hospitalizações. No mesmo sentido, Silva *et al.* (2017), em estudo tendo por base a PNS de 2013, constataram associações significativas entre o quadro de limitação funcional dos idosos e aumento do número de consultas e da ocorrência de hospitalizações nos últimos doze meses. A relação foi observada tanto entre usuários do sistema público quanto entre usuários do sistema privado de saúde, e ela foi independente de fatores tais como idade, sexo, residência com o cônjuge/companheiro(a) e nível de escolaridade.

O isolamento social e a falta de apoio familiar e social podem promover um quadro de insuficiência alimentar dos idosos (Sardinha, 2022). A perda não intencional de peso resultante de uma dieta inadequada pode representar risco de subnutrição com consequências negativas à saúde dos idosos. As visitas domiciliares pelas equipes de saúde são aqui também uma estratégia importante, pois permitem identificar questões que não necessariamente são percebidas nos atendimentos dentro dos equipamentos de saúde.<sup>35</sup> Elas permitem ainda atender idosos em situação de isolamento social ou com dificuldades de locomoção, e abrir possibilidades de que outras modalidades de intervenção possam atender às demandas desse público, tais como os programas de oferta de refeições no domicílio.<sup>36</sup>

As demandas apresentadas pelos idosos em situação de isolamento social ultrapassam os serviços de saúde e de alimentação, e se estendem ao campo da assistência social. Desde 2004, com a criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas), os serviços socioassistenciais vêm se expandindo no país, em um modelo de atenções normatizado. Contando com incentivos e ações de fortalecimento institucional, o Suas buscou superar o padrão de intervenções fragmentadas e disformes que marcava a história desse campo de ofertas sociais. Em 2022 os principais equipamentos públicos do Suas – Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) – ultrapassavam 11.000 unidades distribuídas em todo o país, ofertando um conjunto relevante de serviços aos idosos, público prioritário dessa política. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada em 2009, regulamentou o campo de ofertas de serviços socioassistenciais, identificando o idoso como objeto das atenções nos serviços obrigatórios ofertados nos Cras e Creas, quais sejam, de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) e de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi). Os idosos são ainda atendidos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e no Serviço

35. Sardinha (2022) destaca que a situação de perda não intencional de peso dos idosos é pouco detectada pelos profissionais da APS.

36. Um exemplo de intervenção é dado pelo Serviço de Alimentação Domiciliar para Pessoa Idosa, vinculado à Secretaria Municipal da Assistência Social de São Paulo.

**TEXTO para DISCUSSÃO**

de Proteção no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, ambos da Proteção Social Básica, e no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas, nos Centros-dia, e no Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas, serviços no âmbito da Proteção Social Especial.<sup>37</sup>

Seja no nível básico ou especial de proteção, os serviços oferecidos pela assistência social têm como objetivos prioritários o desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, um e outro relevantes em estratégias de redução do isolamento social, de fortalecimento das redes familiares e sociais e de ampliação de oportunidades de interação e de participação social dos idosos. Os serviços socioassistenciais são operados por meio de acolhimentos, acompanhamentos, atividades individuais ou em grupo, visitas domiciliares, ações comunitárias e encaminhamentos.

A visita domiciliar como metodologia de trabalho do Suas ainda vem sendo pouco regulada e pouco estudada. A literatura é igualmente incipiente no que se refere à organização e resultados das atividades individuais ou em grupo envolvendo os idosos, assim como das ações comunitárias e encaminhamentos em favor desse grupo. Os dados administrativos colhidos pelo Censo Suas informam, para o ano de 2022, que apenas 27% dos Cras realizam o Serviço no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, e em mais da metade dos que executam a frequência do atendimento é mensal (seguido pela periodicidade quinzenal e semanal). Não há informação do número de idosos atendidos por esse serviço. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é realizado por 82,5% dos Cras e, desses, 92% ofertam essa atividade para idosos.<sup>38</sup> Nos atendimentos coletivos realizados pelo Paif, apenas 7% informaram abordar o tema dos direitos da pessoa idosa, e 3,7% abordam o tema da violência doméstica contra a pessoa idosa. Não há referência aos temas do envelhecimento, isolamento social, solidão, declínio funcional, dependência ou exercício de cuidados.

A situação de dependência pode ser acompanhada de sentimentos e atitudes positivas, ou de desânimo, tristeza ou angústia, sensação de inutilidade e de peso para os

37. Segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), em seu artigo 6º, a assistência social organiza-se por dois níveis de proteção: a proteção social básica visa prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, e a proteção social especial visa à proteção para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

38. Essas atividades são realizadas na forma de grupos de idosos e podem ser realizadas no próprio Cras ou ofertadas por outra unidade pública ou por entidades sem fins lucrativos da rede referenciada. Contudo, menos da metade dos Cras informou no Censo Suas contar com rede referenciada para oferta do SCFV. No caso do Serviço no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, 91% dos Cras informam não contar com rede referenciada para esse serviço.

familiares. A vivência das DCNTs e da situação de dependência pode ser agravada pela dinâmica das relações interpessoais, e pode ser fator de agravamento dessas relações, mas é possível trabalhar essa dinâmica em favor tanto da promoção da saúde como do fortalecimento das redes de apoio da integração comunitária e social. Os serviços socioassistenciais voltados ao desenvolvimento de potencialidades e ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários têm aqui papel relevante. Contudo, se o reforço dos laços familiares é importante, ele pode ser insuficiente:

independentemente da integração social da família, o apoio comunitário precisa ser cultivado, pois a sociedade é parte (junto com a família e o Estado) da responsabilidade pelo suporte emocional, instrumental e material oferecido aos idosos, particularmente, nos casos de pessoas em condições sociais adversas (Figueiredo, Ceccon e Figueiredo, 2021, p. 84).

Evitar o isolamento social ou fortalecer os vínculos familiares e comunitários fragilizados promove impactos positivos na saúde dos idosos e em seu bem-estar social. A avaliação do apoio social ainda é incipiente no Brasil, mas os estudos são em número crescente. A falta de precisão conceitual e baixa validação das escalas utilizadas para a sua medição (Gonçalves *et al.*, 2011) estão sendo progressivamente enfrentadas pela literatura, que vem mapeando os instrumentos de avaliação da rede de suporte social formal e informal para pessoas idosas no Brasil (Ferreira *et al.*, 2024; Guedes *et al.*, 2020; Duarte e Domingues, 2020).

A ampliação de oportunidades de interação e de participação social dos idosos pode ser ainda uma estratégia efetiva para aqueles que são vítimas de violência intrafamiliar. O atendimento às pessoas em situação de violência perpassa os diversos serviços da saúde pública, seja na atenção primária, nos ambulatórios ou nos centros especializados. Tal situação de violação de direitos mobiliza igualmente os serviços do Suas no âmbito da Proteção Social Especial. Em que pese a amplitude do problema, segundo dados do Censo Suas de 2022, apenas metade dos Creas realizam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas, e a maioria desses não contam com uma equipe específica para garantir essa oferta. Todavia, entre os Creas que executam o serviço, a quase totalidade realiza visitas domiciliares.

O apoio social e a participação social vêm sendo reconhecidos como parte importante da atenção integral à saúde do idoso, e sua importância cresce com o aumento da idade. Os estudos sobre a integração dos serviços socioassistenciais e de saúde em direção aos idosos ainda são escassos, mas esforços de integração vêm sendo realizados. São exemplos a implementação do Programa Maior Cuidado, fruto de parceria entre as secretarias municipais de saúde e de assistência social de Belo Horizonte (Castro *et al.*, 2023), e a ação conjunta entre as mesmas secretarias no município de

São Paulo para realizar serviço de apoio social, atividades de prevenção e redução de agravo e cuidados para as pessoas idosas.<sup>39</sup>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura vem enfatizando a importância do isolamento social na deterioração das condições de vida e de saúde da população idosa, e vem argumentando em favor das intervenções que possam fortalecer os laços familiares e a participação nas redes sociais e comunitárias. Promover o envelhecimento saudável constitui objetivo protetivo das políticas de saúde e de assistência social, oferecendo uma efetiva oportunidade para o aprofundamento das ações integradas, desde a identificação dos idosos em situação de risco até a oferta de intervenções visando à intensificação dos vínculos e das oportunidades de interação social. Contudo, em que pese as iniciativas já desenvolvidas setorialmente, uma maior coordenação poderia ampliar a efetividade face àqueles objetivos protetivos, que ultrapassam os quadros setoriais específicos e respondem à responsabilidades amplas da seguridade social brasileira.

A busca ativa e a priorização do público idoso parece ser uma estratégia relevante em um processo de progressiva implementação de serviços. Dahlberg *et al.* (2022) sugerem que as intervenções devem priorizar os idosos em situações de maior risco, levando-se em consideração, como variáveis de risco, não ter companheiro ou sofrer sua perda recente, contar com uma rede social limitada e baixo nível de atividade social, ter autopercepção de saúde negativa e ser identificado com quadro depressivo. Instrumentos de medida das situações de isolamento social e da solidão vêm sendo desenvolvidos e aplicados em vários países e já vêm sendo considerados no debate para o caso brasileiro. Nesse sentido, o desenvolvimento de instrumentos conjuntos entre as políticas de saúde e de assistência social pode ampliar o potencial e a efetividade na identificação e a avaliação de quadros de isolamento e solidão entre os idosos. Da mesma forma, a ampliação de investigações sobre vínculos, apoio e dinâmica de integração sociais dos idosos podem favorecer o avanço de diagnósticos mais precisos sobre os públicos e territórios e oferecer bases mais sólidas para a articulação e a coordenação dos serviços setoriais da seguridade social.

Por fim, cabe apontar para a contribuição que a perspectiva macrossetorial pode trazer em estudos sobre públicos em situação de maior vulnerabilidade. A perspectiva

39. Ver Protocolo preliminar de atuação conjunta entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS e a Secretaria Municipal de Saúde – SMS nos serviços socio sanitários. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/resolucao-conjunta-secretaria-municipal-da-saude-sms-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-1-de-9-de-janeiro-de-2020>. Acesso em: 8 jan. 2024.

macrossetorial pressupõe o reconhecimento das fronteiras entre as políticas setoriais, incluindo a análise de suas superposições e eventuais vazios protetivos. Permite igualmente reconhecer demandas de integração face a determinados públicos ou situações sociais específicas. As interações, complementariedades e influências recíprocas de ações desenvolvidas no campo da saúde e da assistência social em torno do tema isolamento social dos idosos demonstram a dimensão interdependente e complementar com que operam as políticas da seguridade social. A pressão pela oferta de serviços em prol do fortalecimento dos laços sociais se faz sentir tanto no campo da saúde como no da assistência social. Ao mesmo tempo, as estratégias de identificação e priorização dos usuários nos serviços socioassistenciais voltados ao fortalecimento de vínculos podem repercutir nas condições de saúde dos idosos e nas demandas que eles apresentam aos serviços de saúde.

Com discutido em trabalhos anteriores (Jaccoud, 2023a; 2023b), a seguridade social pode ser abordada como um campo específico de análise, favorecendo não apenas o desenvolvimento da agenda de pesquisa em política pública, mas também o aprimoramento da gestão pública, considerando as finalidades protetivas de cada política e das formas articuladas de atenção. Contudo, a ausência de espaços institucionais da seguridade social deixa uma lacuna no arranjo de governança das políticas sociais que favoreça uma abordagem macrossetorial, seja na identificação de necessidades sociais, na realização de diagnósticos ou na formulação e implementação visando maior articulação e coordenação das intervenções públicas. Nesse sentido, esse estudo também sinaliza para a oportunidade de construção de um espaço institucional que favoreça abordagens com potencial de ampliar tal articulação. A criação de um observatório da seguridade social poderia fortalecer a produção, análise e disseminação de informações e indicadores sobre temas que mobilizam de forma comum a ação de políticas do campo da seguridade social. Poderia ainda gerar e compartilhar estudos e análises que contribuíssem para a melhor integração entre as políticas de seguridade social em face de determinadas situações e públicos para os quais suas intervenções convergem.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.
- APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

## TEXTO para DISCUSSÃO

BARNES, T. L. *et al.* Cumulative effect of loneliness and social isolation on health outcomes among older adults. **Aging & Mental Health**, v. 26, n. 7, p. 1327-1334, jul. 2022.

BATISTA, A. *et al.* **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28).

CAMARANO, A. A. **Os idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. (Textos para Discussão, n. 89).

CAMPBELL, F. *et al.* Non-familial intergenerational interventions and their impact on social and mental wellbeing of both younger and older people – a mapping review and evidence and gap map. **Campbell Systematic Reviews**, v. 19, n. 1, p. e1306, fev. 2023.

CAMPÉON, A. Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge. **Retraite Et Société**, v. 70, n. 1, p. 83-104, 2015.

CASTRO, C. P. F. de. *et al.* Programa Maior Cuidado diante dos desafios do envelhecimento: uma análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 57-70, 2023.

CAVALCANTI, M. de L. T.; SOUZA, E. R. de. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2699-2708, 2010.

CORNWELL, E.; WAITE, L. J. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 50, n. 1, p. 31-48, mar. 2009.

COURTIN, E.; KNAPP, M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. **Health & Social Care in the Community**, v. 25, n. 3, p. 799-812, maio 2017.

COUTURIER, Y.; AUDY, E. Isolement social des personnes âgées: entre le désir de désengagement et le besoin d'un soutien concret. **Gérontologie et Société**, v. 38, n. 149, p. 125-140, 2016.

DAHLBERG, L. *et al.* A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. **Aging & Mental Health**, v. 26, n. 2, p. 225-249, fev. 2022.

DUARTE, Y. A. O.; DOMINGUES, M. A. R. (Org.). **Família, rede de suporte social e idosos: instrumentos de avaliação**. São Paulo: Editora Blucher, 2020.

FAKOYA, O. A.; MCCORRY, N. K.; DONNELLY, M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. **BMC Public Health**, v. 20, n. 129, p. 1-14, fev. 2020.

FERREIRA, C. R. *et al.* Instrumentos de avaliação de redes de suporte social para idosos brasileiros: uma revisão de escopo. **Concilium**, v. 24, n. 7, p. 432-451, 2024.

FERRY, M. *et al.* The SOLINUT study: analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. **Journal of Nutrition and Aging**, v. 9, n. 4, p. 261-268, jul.-ago. 2005.

FIALHO, C. B. *et al.* Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 599-610, mar. 2014.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021.

FRANCISCO, P. M. *et al.* Multimorbidade e uso de serviços de saúde em idosos muito idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

GARDAM, O. *et al.* Measuring social isolation in older adults: A rapid review informing evidence-based research and practice. **Clinical Gerontologist**, v. 46, n. 4, p. 478-497, jul.-set. 2023.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Validade e acurácia do *Guedes Tool* para avaliar o apoio social informal para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 1-10, 2020.

HOWLAND, J.; STONE, A. Public health nurses for case finding, assessment and referral of community-dwelling socially isolated and/or lonely older adults. **Front Public Health**, v. 22, n. 11, p. 1-4, mar. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: atenção primária à saúde e informações antropométricas – Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

## TEXTO para DISCUSSÃO

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida** – Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social** – Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021b.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência 2023**. Brasília: Ipea, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

KEALEY, L. *et al.* **L'isolement social, une priorité de santé publique pour les personnes âgées**. Montreal: Arucc 2019. (Rapport Curac/Arucc).

JACCOUD, L. **Seguridade social: por uma análise macrossetorial**. Rio de Janeiro: Ipea, set. 2023a. (Texto para Discussão, n. 2919).

JACCOUD, L. **Bases institucionais e interfaces na seguridade social brasileira: uma análise macrossetorial**. Rio de Janeiro: Ipea, set. 2023b. (Texto para Discussão, n. 2921).

LANDEIRO, F. *et al.* Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. **BMJ Open**, v. 7, n. 5, p. 1-5, 2017.

MADANI, M. *et al.* Is equity considered in systematic reviews of interventions for mitigating social isolation and loneliness in older adults? **BMC Public Health**, v. 22, n. 2241, p. 1-10, dez. 2022.

MASCARENHAS, M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, set. 2012.

NASEM – NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system**. Washington: The National Academies Press, 2020.

NAKAGOMI, A. *et al.* Social isolation and subsequent health and well-being in older adults: a longitudinal outcome-wide analysis. **Social Science & Medicine**, v. 327, p. 115937, jun. 2023.

NORONHA, J. C. de; CASTRO, L.; GADELHA, P. (Org.). **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro: Edições Livre; Fundação Oswaldo Cruz, 2023.

OCDE – ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. **Panorama de la société 2005: les indicateurs sociaux de l'OCDE**. Paris: OECD Publishing, 2005.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T. de; FELISBINO-MENDES, M. S.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Associação entre rede social e incapacidade funcional em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. 1-8, 2021.

PAQUET, C. *et al.* Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults: meta-review integrating on-the-ground resources. **Journal of Medical Internet Research**, v. 25, p. 1-34, maio 2023.

ROCHA, R. da C. *et al.* Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 81-94, dez. 2018.

SANTIAGO, M. L. de O.; NUNES, R. A. de L.; MACENA, R. H. M. Violência contra idosos: análise comparativa entre os dados do Sinan e da PNS 2019. **Open Science Research**, v. 10, n. 1, p. 655-660, 2023.

SANTOS, B. M. *et al.* Fatores associados à prática de maus-tratos contra pessoas idosas no município de São Paulo em 2015. In: Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, 9., 2020, [s.l.]. **Anales...** [s.l.]: Alap, 2020.

SARDINHA, A. N. **Percepção de profissionais da atenção básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional**. 2022. 204 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

SHANKAR, A. *et al.* Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. **Health Psychology**, v. 30, n. 4, p. 377-385, jul. 2011.

SILVA, A. *et al.* Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10, 2017.

SILVA, D. S. M. da. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, p. 1-10, 2022.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, p. 1-12, 2020.

VALTORTA, N. Solitude et isolement: le «problème» tel qu'il est appréhendé au Royaume-Uni. **Gérontologie et Société**, v. 38, n. 149, p. 41-53, 2016.

VALTORTA, N. K. *et al.* Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. **BMJ Open**, v. 6, n. 4, p. 1-7, 2016.

## TEXTO para DISCUSSÃO

VALTORTA, N. K. *et al.* Older adults' social relationships and health care utilization: a systematic review. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 4, p. e1-e10, 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advocacy brief**: social isolation and loneliness among older people. Genebra: WHO, 2021.

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

AGNEESSENS, F.; WAEGE, H.; LIEVENS, J. Diversity in social support by role relations: a typology. **Social Networks**, v. 28, n. 4, p. 427-441, out. 2006.

ASSIS, A.; CASTRO-SILVA, C. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280308, 2018.

DOMINGUES, M. A.; SANTOS, A.; DUARTE, Y. A. Rede de suporte social e idosos que moram sós: desafios para políticas públicas. **Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento**, v. 31, n. 77, p. 24-37, ago. 2020.

GARDINER, C.; GELDENHUYS, G.; GOTT, M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. **Health & Social Care in the Community**, v. 26, n. 2, p. 147-157, mar. 2018.

GLIDDEN, R. F. *et al.* A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 261-275, 2019.

HOLT-LUNSTAD, J. *et al.* Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. **Perspectives on Psychological Science**, v. 10, n. 2, p. 227-237, mar. 2015.

PLACIDELI, N. *et al.* Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-14, 2020.

## ANEXO A

## TABELAS POR GÊNERO

**TABELA A.1**

**Percentual de homens idosos por tamanho da rede de apoio social de familiares e amigos – Brasil (2019)**

|                  | Nenhum ou um familiar | Dois ou mais familiares | Nenhum ou um amigo | Dois ou mais amigos | Nenhum amigo e nenhum familiar |
|------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 13,34%                | 86,66%                  | 33,12%             | 66,88%              | 1,92%                          |
| 65 a 69 anos     | 13,77%                | 86,23%                  | 29,88%             | 70,12%              | 1,81%                          |
| 70 a 74 anos     | 12,75%                | 87,25%                  | 32,21%             | 67,79%              | 2,69%                          |
| 75 a 79 anos     | 11,06%                | 88,94%                  | 36,77%             | 63,23%              | 1,68%                          |
| 80 anos ou +     | 9,85%                 | 90,15%                  | 38,56%             | 61,44%              | 1,47%                          |
| Média dos idosos | 12,64%                | 87,36%                  | 33,24%             | 66,76%              | 1,95%                          |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

**TABELA A.2**

**Percentual de mulheres idosas por tamanho da rede de apoio social de familiares e amigos – Brasil (2019)**

|                  | Nenhum ou um familiar | Dois ou mais familiares | Nenhum ou um amigo | Dois ou mais amigos | Nenhum amigo e nenhum familiar |
|------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 14,48%                | 85,52%                  | 34,18%             | 65,82%              | 1,70%                          |
| 65 a 69 anos     | 13,83%                | 86,17%                  | 35,04%             | 64,96%              | 2,36%                          |
| 70 a 74 anos     | 13,83%                | 86,17%                  | 35,21%             | 64,79%              | 1,51%                          |
| 75 a 79 anos     | 8,77%                 | 91,23%                  | 36,72%             | 63,28%              | 0,93%                          |
| 80 anos ou +     | 10,23%                | 89,77%                  | 38,69%             | 61,31%              | 0,80%                          |
| Média dos idosos | 12,90%                | 87,10%                  | 35,54%             | 64,46%              | 1,61%                          |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

## TEXTO para DISCUSSÃO

**TABELA A.3**

**Percentual de homens idosos por frequência em atividades sociais, esportivas ou recreativas – Brasil (2019)**

|                  | Mais de uma vez por semana | Uma vez por semana | De duas a três vezes por mês | Algumas vezes no ano | Uma vez no ano | Nenhuma vez no ano |
|------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------|
| 60 a 64 anos     | 11,93%                     | 8,05%              | 4,15%                        | 11,13%               | 2,38%          | 62,36%             |
| 65 a 69 anos     | 12,42%                     | 5,63%              | 3,95%                        | 11,10%               | 3,28%          | 63,61%             |
| 70 a 74 anos     | 10,62%                     | 5,04%              | 4,37%                        | 10,07%               | 1,80%          | 68,11%             |
| 75 a 79 anos     | 9,70%                      | 4,65%              | 2,28%                        | 8,05%                | 2,81%          | 72,52%             |
| 80 anos ou +     | 7,05%                      | 4,27%              | 2,39%                        | 5,70%                | 2,09%          | 78,49%             |
| Média dos idosos | 10,94%                     | 6,01%              | 3,69%                        | 9,89%                | 2,52%          | 66,95%             |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

**TABELA A.4**

**Percentual de mulheres idosas por frequência em atividades sociais, esportivas ou recreativas – Brasil (2019)**

|                  | Mais de uma vez por semana | Uma vez por semana | De duas a três vezes por mês | Algumas vezes no ano | Uma vez no ano | Nenhuma vez no ano |
|------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------|----------------|--------------------|
| 60 a 64 anos     | 17,67%                     | 6,65%              | 4,90%                        | 9,39%                | 1,85%          | 59,55%             |
| 65 a 69 anos     | 16,07%                     | 7,31%              | 3,44%                        | 8,96%                | 3,42%          | 60,80%             |
| 70 a 74 anos     | 12,50%                     | 5,38%              | 5,47%                        | 7,17%                | 1,96%          | 67,53%             |
| 75 a 79 anos     | 11,51%                     | 4,75%              | 2,80%                        | 7,03%                | 2,36%          | 71,56%             |
| 80 anos ou +     | 6,33%                      | 3,33%              | 2,00%                        | 7,93%                | 1,66%          | 78,75%             |
| Média dos idosos | 13,95%                     | 5,87%              | 3,97%                        | 8,39%                | 2,29%          | 65,53%             |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

**TABELA A.5**

**Proporção de homens idosos que necessitam de ajuda e que recebem ajuda para a realização de ABVD e de AIVD – PNS (2019)**

|                  | Necessitam de ajuda para realização de ABVD | Entre os que necessitam, recebem ajuda para ABVD | Necessitam de ajuda para realização de AIVD | Entre os que necessitam, recebem ajuda para AIVD |
|------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 29,84%                                      | 88,62%                                           | 55,37%                                      | 96,59%                                           |
| 65 a 69 anos     | 27,28%                                      | 92,00%                                           | 59,85%                                      | 97,17%                                           |
| 70 a 74 anos     | 34,42%                                      | 94,54%                                           | 59,62%                                      | 95,85%                                           |
| 75 a 79 anos     | 40,77%                                      | 96,45%                                           | 73,26%                                      | 96,69%                                           |
| 80 anos ou +     | 52,07%                                      | 96,47%                                           | 79,37%                                      | 98,48%                                           |
| Média dos idosos | 37,82%                                      | 94,26%                                           | 67,04%                                      | 97,26%                                           |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

Obs.: 1. ABVD – atividades básicas de vida diária; AIVD – atividades instrumentais de vida diária.

**TABELA A.6**

**Proporção de mulheres idosas que necessitam de ajuda e que recebem ajuda para a realização de ABVD e de AIVD – PNS (2019)**

|                  | Necessitam de ajuda para realização de ABVD | Entre os que necessitam, recebem ajuda para ABVD | Necessitam de ajuda para realização de AIVD | Entre os que necessitam, recebem ajuda para AIVD |
|------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 22,62%                                      | 87,11%                                           | 57,29%                                      | 93,76%                                           |
| 65 a 69 anos     | 24,34%                                      | 92,02%                                           | 61,99%                                      | 96,79%                                           |
| 70 a 74 anos     | 26,77%                                      | 90,42%                                           | 70,43%                                      | 95,12%                                           |
| 75 a 79 anos     | 41,80%                                      | 94,89%                                           | 77,96%                                      | 97,90%                                           |
| 80 anos ou +     | 60,18%                                      | 98,67%                                           | 89,28%                                      | 98,67%                                           |
| Média dos idosos | 38,64%                                      | 95,09%                                           | 74,25%                                      | 97,07%                                           |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

## TEXTO para DISCUSSÃO

**TABELA A.7**

**Proporção de homens idosos que sofreram violência psicológica e física – PNS (2019)**

|                  | Sofreu ofensa ou humilhação | Recebeu gritos ou xingamento | Recebeu tapa ou bofetada | Recebeu ameaça ou ferimento por faca, arma de fogo ou outro objeto |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 5,59%                       | 6,70%                        | 0,50%                    | 1,12%                                                              |
| 65 a 69 anos     | 5,37%                       | 6,71%                        | 0,50%                    | 0,51%                                                              |
| 70 a 74 anos     | 4,08%                       | 4,60%                        | 0,36%                    | 0,95%                                                              |
| 75 a 79 anos     | 4,34%                       | 4,55%                        | 0,14%                    | 0,57%                                                              |
| 80 anos ou +     | 3,12%                       | 3,30%                        | 0,48%                    | 0,69%                                                              |
| Média dos idosos | 4,81%                       | 5,65%                        | 0,43%                    | 0,81%                                                              |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

**TABELA A.8**

**Proporção de mulheres idosas que sofreram violência psicológica e física – PNS (2019)**

|                  | Sofreu ofensa ou humilhação | Recebeu gritos ou xingamento | Recebeu tapa ou bofetada | Recebeu ameaça ou ferimento por faca, arma de fogo ou outro objeto |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 60 a 64 anos     | 9,21%                       | 11,19%                       | 0,88%                    | 0,55%                                                              |
| 65 a 69 anos     | 6,85%                       | 8,73%                        | 0,43%                    | 0,52%                                                              |
| 70 a 74 anos     | 5,21%                       | 8,34%                        | 0,54%                    | 0,49%                                                              |
| 75 a 79 anos     | 7,63%                       | 7,18%                        | 0,69%                    | 0,63%                                                              |
| 80 anos ou +     | 2,74%                       | 4,45%                        | 0,09%                    | 0,74%                                                              |
| Média dos idosos | 6,77%                       | 8,60%                        | 0,57%                    | 0,57%                                                              |

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

## **Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

### **EDITORIAL**

#### **Coordenação**

Aeromilson Trajano de Mesquita

#### **Assistentes da Coordenação**

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

#### **Supervisão**

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

#### **Revisão**

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Brena Rolim Peixoto da Silva

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

#### **Editoração**

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Natália de Oliveira Ayres

#### **Capa**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

#### **Projeto Gráfico**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese  
published herein have not been proofread.*

#### **Ipea – Brasília**

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

**Missão do Ipea**  
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro  
por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria  
ao Estado nas suas decisões estratégicas.