

# A saúde mental de pessoas idosas frente às mortes por Covid-19

*A experiência do luto*

Juliana da Conceição Sampaio Lóss  
Rosalee Santos Crespo Istoe  
Valtair Afonso Miranda

encontrografia



# A saúde mental de pessoas idosas frente às mortes por Covid-19

*A experiência do luto*

Juliana da Conceição Sampaio Lóss  
Rosalee Santos Crespo Istoe  
Valtair Afonso Miranda

encontrografia



Copyright © 2025 Encontrografia Editora.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização da editora.

**EDITOR CIENTÍFICO**

Décio Nascimento Guimarães

**EDITORA ADJUNTA**

Carolina Gonçalves Caldas

**COORDENADORIA TÉCNICA**

Gisele Pessin

Fernanda Luísa de Miranda Cardoso

**DESIGN**

Diagramação: Nadini Mádhava

Design de capa: Nadini Mádhava

Foto de capa: Freepik.com

**REVISÃO**

Leticia Barreto

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Lóss, Juliana da Conceição Sampaio

A saúde mental de pessoas idosas frente às mortes por Covid-19 : a experiência do luto / Juliana da Conceição Sampaio Lóss, Rosalee Santos Crespo Istoe, Valtair Afonso Miranda. -- Campos dos Goytacazes, RJ : Encontrografia Editora, 2025.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5456-106-8

1. COVID-19 - Pandemia 2. Idosos - Saúde mental  
3. Luto - Aspectos psicológicos I. Istoe, Rosalee Santos Crespo. II. Miranda, Valtair Afonso.  
III. Título.

25-252860

CDD-150.287

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Idosos : Saúde mental : Psicológica 150.287

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

DOI: 10.52695/978-65-5456-106-8

**encontrografia**

**ENCONTROGRAFIA EDITORA COMUNICAÇÃO E ACESSIBILIDADE LTDA**

Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101, Centro

Campos dos Goytacazes, RJ, 28035-581 | Tel: (22) 2030-7746

www.encontrografia.com | editora@encontrografia.com

# Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA (ESPANHA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Emilene Coco dos Santos – IFES (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Luísa de Miranda Cardoso – UFF (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth Vetis Zaganelli – UFES (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Barbosa Paiva Magalhães – UFRN (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.



# Sumário

<b>Agradecimentos.....</b>	<b>10</b>
<b>Prefácio.....</b>	<b>12</b>
<b>Prefácio 2.....</b>	<b>15</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>19</b>
<b>1. O envelhecimento na história .....</b>	<b>24</b>
1.1 Breve histórico sobre o envelhecimento .....	24
1.2 Envelhecimento .....	29
1.3 Envelhecimento ativo .....	36
1.4 A pessoa idosa no Brasil.....	41
1.5 O Estatuto da Pessoa Idosa.....	44
<b>2. A pandemia da Covid-19 .....</b>	<b>48</b>
2.1 História das pandemias.....	55
2.2 Etiologia, diagnóstico e tratamento da Covid-19 .....	60
2.3 Mortes por Covid-19 .....	63
2.4 Isolamento social na pandemia da Covid-19 .....	69
2.5 O impacto da Covid-19 na qualidade de vida dos idosos.....	71

<b>3. O luto .....</b>	<b>75</b>
3.1 As fases do luto da autora Kübler-Ross.....	79
3.2 As tarefas do luto descritas pelo autor Worden .....	80
3.3 As fases do luto dos autores Parkes, Bowlby, Sanders e Freud.....	83
3.4 Saúde mental e luto .....	84
3.5 Enfrentamento do luto .....	86
<b>4. Metodologia .....</b>	<b>89</b>
4.1 Caracterização da pesquisa.....	89
4.2 Delineamento da pesquisa.....	91
4.3 Contexto da pesquisa.....	93
4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados .....	93
4.5 Considerações éticas .....	94
<b>5. Análise e discussão dos resultados .....</b>	<b>95</b>
5.1 Perfil da amostra .....	95
5.2 Análise e discussão dos resultados .....	96
<b>Conclusão.....</b>	<b>107</b>
<b>Referências .....</b>	<b>109</b>

A Deus e a minha família, por todo apoio e incentivo para que essa conquista fosse possível.

## Agradecimentos

Agradeço a Deus por me permitir chegar até aqui, por todas as oportunidades e pessoas especiais que estiveram ao meu lado e contribuíram para meu crescimento durante toda trajetória do mestrado. Sem a ajuda Dele, eu não teria conseguido.

À minha mãe, Rita de Cássia, por toda ajuda em minha ausência de casa, suprimindo minha falta ao cuidar da minha filha.

Ao meu esposo, Marcelo Marianelli Lóss, pelo incentivo, apoio sem limites, companheirismo, amor refletido em cada ação e por acreditar em todos os meus sonhos e projetos.

À minha filha Manuella Sampaio Lóss que, mesmo tão jovem, sempre me incentivou a perseguir meus sonhos e lutar por eles. Te amo!

Agradeço, em especial, à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosalee Santos Crespo Istoe, por todo incentivo e por acreditar na proposta de pesquisa.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Valtair Afonso Miranda, pela dedicação e tempo que dispôs em cada orientação.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem (PPGCL/Uenf), especialmente à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosalee dos Santos Crespo Istoe e ao Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza, membros internos da

banca examinadora que contribuíram diretamente para o desenvolvimento da pesquisa. Minha sincera gratidão pelos comentários e sugestões que enriqueceram este estudo desde a defesa do projeto até a conclusão da dissertação.

Estendo, ainda, meus agradecimentos à professora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Hideliza Lacerda Boechat Cabral, membro externo da banca, que trouxe contribuições importantes. E agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carolina Crespo Istoe, membro externo da banca, que trouxe suas contribuições.

Agradeço a todos os idosos que compuseram a amostra desta pesquisa e contribuíram, com suas vozes, para os resultados apontados. Muito obrigada por dividirem comigo suas experiências.

À minha amiga Cristina de Fátima Oliveira Brum, que sempre me incentiva e vibra comigo em cada conquista. Obrigada por sua amizade!

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para que essa conquista fosse possível!

## Prefácio

Penso que não é precipitado afirmar que a pandemia de Covid-19 pode ser considerada, ao menos até o presente, como o grande trauma global deste século. De repente, como num filme distópico de ficção científica, o mundo parou diante de uma ameaça desconhecida e para a qual não se tinha nenhuma capacidade imediata de defesa. A TV e a internet inundavam as nossas retinas com imagens assustadoras e desoladoras que se reproduziam em todo o mundo. Ambulâncias apressadas, hospitais lotados, população e autoridades perplexas, ruas vazias por causa das medidas de isolamento social. A última vez que algo parecido com isso aconteceu foi no início do século XX, com a pandemia conhecida como “Gripe Espanhola” (ou gripe de 1918), evento já distante de nossa memória coletiva.

Para mim, uma imagem símbolo dessa experiência é aquela do Papa Francisco rezando sozinho na Praça de São Pedro, no dia 27 de março de 2020. A cena é icônica por traduzir o sentimento de isolamento e medo daqueles dias e, ao mesmo tempo, apontar na direção da esperança e da solidariedade, conforme as palavras de Francisco naquela ocasião: “O Senhor interpela-nos e, no meio da nossa tempestade, convida-nos a despertar e ativar a solidariedade e

a esperança, capazes de dar solidez, apoio e significado a estas horas em que tudo parece naufragar.”<sup>1</sup>

O livro que você tem em mãos debruça-se, com propriedade e sensibilidade, sobre um aspecto importante deste período traumático, a saber, o luto e a saúde mental das pessoas idosas que experimentaram a perda de pessoas próximas. A relevância de tal estudo não é difícil de demonstrar.

Primeiro, pelos aspectos singulares da situação pandêmica, que trouxe desafios novos para todas as pessoas: medidas de isolamento, que levaram ao fechamento ou ao funcionamento controlado de escolas, locais de trabalho, de lazer e de culto religioso; preocupação intensa com cuidados sanitários, que envolvia, por exemplo, o uso de máscaras de proteção, dentre outras medidas inéditas para a maioria das pessoas.

Segundo, a importância crescente da temática da saúde mental na sociedade contemporânea, amplificada pelos desafios emocionais de se lidar com a nova realidade, sobretudo com as muitas e dolorosas perdas experimentadas por causa do Covid-19.

Terceiro, porque, como o próprio texto demonstra, as pessoas idosas — cada vez mais numerosas em nossa sociedade — foram especialmente afetadas pela pandemia, tanto no que tange a sua própria saúde, quanto no tocante a todas as mudanças de rotina impostas pela doença: o medo de adoecer; a angústia representada pelas internações hospitalares; a morte de pessoas amadas; o luto, nem sempre processado de maneira adequada.

O que esta obra nos oferece é uma escuta sensível das dores dessas pessoas, principalmente da dor do luto. Como indicado no próprio método clínico centrado na pessoa, o trabalho procurou valorizar as falas, pensamentos e sentimentos dos idosos pesquisados. Essa escuta sensível, por si só, é valiosa. Como escreveu Rubem Alves em uma crônica famosa: “Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. [...] Escutar é

---

1 PAPA FRANCISCO. Momento extraordinário de oração em tempo de epidemia, 2020. Disponível: [http://vatican.va/content/francesco/pt/messages/urbi/documents/papa-francesco\\_20200327\\_urbi-et-orbi-epidemia.html](http://vatican.va/content/francesco/pt/messages/urbi/documents/papa-francesco_20200327_urbi-et-orbi-epidemia.html). Acesso em: 03 mar. 2025.

complicado e sutil.”<sup>2</sup> Desaprendemos a arte de ouvir, posto que nos tornamos centrados em nós mesmos, em nossas experiências, sentimentos e pensamento: “Nossa incapacidade de ouvir é a manifestação mais constante e sutil da nossa arrogância e vaidade”, prossegue Rubem Alves.<sup>3</sup> Ouvir é dar espaço ao outro, respeitando suas dores, sendo solícito às suas demandas. Ouvir é dar importância, é tratar o outro como gente.

Além de sensibilidade, o livro também nos oferece objetividade. A pesquisa está fundamentada em dados sólidos e atualizados sobre o tema exposto: sobre o status do envelhecimento na sociedade atual; sobre a pandemia de Covid-19 e suas consequências devastadoras; sobre o luto e suas diversas fases e expressões. Também as entrevistas foram cercadas do devido rigor científico, fazendo uso adequado do método proposto e discutindo com propriedade os dados obtidos, demonstrando que sensibilidade e seriedade na pesquisa não são incompatíveis, mas duas faces necessárias da mesma moeda. Em tempos de negacionismo e obscurantismo, quando muitos se deixaram conduzir por teorias da conspiração e se perderam no universo das *fake news* — particularmente abundantes durante a pandemia —, uma pesquisa séria, que preza pelos fatos, é sempre muito bem-vinda.

Com todas essas características, tenho certeza de que essa obra será de grande valia para profissionais das mais diversas áreas que atuam diretamente com idosos enlutados — psicólogos/as, médicos/as, enfermeiros/as, cuidadores/as de idosos, capelãos/ãs hospitalares, dentre outros —, bem como para gestores públicos que desejam investir na qualidade de vida de seus cidadãos idosos, demanda cada vez mais necessária em nossos dias.

### **José Mário Gonçalves**

Pastor Presbiteriano

Doutor em História Social das Relações Políticas pela Universidade Federal do Espírito Santo

Professor do PPG em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória

---

2 ALVES, Rubem. **O amor que acende a lua**. Campinas: Papyrus, 1999. p. 65.

3 Alves, 1999, p. 66.

## Prefácio 2

A pandemia da Covid-19 provocou impactos imensuráveis à sociedade, desafiando os sistemas de saúde em todo o mundo.

Na condição de secretária municipal de saúde, nesse período, estava responsável pelo ordenamento das ações do plano emergencial de contingência, conduzindo estratégias que garantissem eficiente assistência à população em um cenário caótico imposto pela doença. Gerenciar recursos orçamentários, adaptações estruturais e de pessoal, reorganizar os fluxos operativos e, sobretudo, acolher o sofrimento das pessoas foram obstáculos cotidianos.

Ante às novas realidades impostas por esse período, das mais delicadas foi a vivência do luto.

O isolamento imposto pelo aspecto contagioso da desconhecida doença silenciou despedidas, aplacou abraços e tornou as perdas ainda mais dolorosas, atingindo de forma ímpar as pessoas idosas, que, não bastasse experimentar as solitárias despedidas, enfrentavam o medo da própria finitude. A implicação na saúde mental dessa população foi incalculável, confiando às equipes de saúde um olhar humanizado, para além do cuidado clínico: escutar, acolher e confortar tornaram-se essenciais à assistência.

Esta publicação, fruto da dedicação e sensibilidade de Juliana da Conceição Sampaio Lóss, Rosalee Santos Crespo Istoe e Valtair Afonso Miranda,

apresenta-nos uma profunda reflexão sobre a vivência do luto na pandemia, em destaque na velhice. O livro, além de registrar a realidade vivida, descortina caminhos para um melhor entendimento e compreensão da saúde mental dos idosos.

Com honra e respeito aos que passaram e à dor dos que aqui se expressaram, apresento esta obra, certa de que sustentará a construção de um olhar ampliado e atento às peculiaridades dessa população. Afinal, a memória desse período nos ensina que, mesmo diante da dor e da distância, a solidariedade e a compaixão podem ser os pilares para um cuidado verdadeiramente transformador.

**Dra. Thais Campolina Cohen Azoury**

Mestra em Saúde da Família

Médica de Família e Comunidade

Ex-Secretária Municipal de Saúde de Vitória-ES

Membro Rede Governança Brasil

Coordenadora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura de Vitória-ES.

*A morte não é nada*

A morte não é nada.  
Eu somente passei  
para o outro lado do Caminho.

Eu sou eu, vocês são vocês.  
O que eu era para vocês,  
eu continuarei sendo.

Me deem o nome  
que vocês sempre me deram,  
falem comigo  
como vocês sempre fizeram.

Vocês continuam vivendo  
no mundo das criaturas,  
eu estou vivendo  
no mundo do Criador.

Não utilizem um tom solene  
ou triste, continuem a rir  
daquilo que nos fazia rir juntos.

Rezem, sorriam, pensem em mim.

Rezem por mim.

Que meu nome seja pronunciado  
como sempre foi,  
sem ênfase de nenhum tipo.  
Sem nenhum traço de sombra  
ou tristeza.

A vida significa tudo  
o que ela sempre significou,  
o fio não foi cortado.  
Porque eu estaria fora  
de seus pensamentos,  
agora que estou apenas fora  
de suas vistas?

Eu não estou longe,  
apenas estou  
do outro lado do Caminho...

Você que aí ficou, siga em frente,  
a vida continua, linda e bela  
como sempre foi.  
(Santo Agostinho)

## Lista de abreviaturas e siglas

OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Panamericana de Saúde
Covid	Coronavírus Disease
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNI	Programa Nacional do Idoso
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
ONU	Organização das Nações Unidas

## Introdução

A saúde mental tem sido amplamente investigada frente aos fenômenos sociais que emergem no cotidiano das pessoas e causam impactos na qualidade de vida, na saúde, nos relacionamentos e, especialmente, na vida dos idosos. A pandemia da Covid-19 trouxe, no ano de 2020, incertezas, medo e, sobretudo, a incapacidade de lidar com o desconhecido e com a morte, quer seja com o medo de morrer, quer seja de estar diante da morte de um ente querido e frente ao luto.

A humanidade atravessou momentos singulares na luta contra a pandemia do novo Coronavírus, uma vez que essa doença atingiu toda a população mundial. Foram inúmeras as implicações que preocuparam os avanços da pandemia, dentre as quais a alta virulência, as mortes decorridas da doença, o alto índice de letalidade, a falta de políticas públicas adequadas, a descoberta do novo vírus e seus avanços, as possíveis consequências psicossociais e seus impactos a curto e longo prazo, enfim, tudo que afetou os indivíduos diante de uma nova patologia e os fez ter novas experiências em seu cotidiano.

Nesse ínterim, pode-se compreender que pessoas idosas, no transcorrer da pandemia e do cenário de mortes e luto, tiveram a saúde mental impactada, pois os casos de Covid-19 alcançaram índices de crescimento em larga escala e lidar com as perdas pode ter inúmeras implicações que perpassam o conhecimento e o saber interdisciplinar da medicina, da psicologia, da filosofia, dentre outras áreas do conhecimento (Lóss; Cabral; Souza, 2020).

Quanto ao histórico da doença, tem-se que em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foi identificado o primeiro caso da doença causada pelo vírus Covid-19. Ela é caracterizada como *Coronavirus Disease* (Doença do Coronavírus), também conhecida como Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (Sars-Cov-2). O número “19” refere-se ao ano de relato do surgimento da doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo aduzido pela OMS que tal doença é uma ameaça à saúde pública mundial e às economias locais. O vírus, por sua vez, tem alta transmissibilidade (Rothan *et al.*, 2020) e letalidade para pessoas idosas e para portadores de doenças crônicas, principalmente os indivíduos que possuem doenças respiratórias (Shi *et al.*, 2020).

Frente a esse cenário, a saúde mental de pessoas idosas, em situação de luto, pode gerar depressão, ansiedade, ou apenas um trabalho emocional na despedida, mas que implica em perda cognitiva. Nesse sentido, o foco deste estudo está no luto e na saúde mental da pessoa idosa frente às mortes vivenciadas durante a pandemia.

Ressalta-se que é salutar estudar a saúde mental de pessoas idosas na situação da pandemia e verificar como eles atribuem significados às mortes presenciadas, e se a pandemia originou problemas ou mesmo transtornos à saúde mental.

Nessa trilha, destaca-se o método clínico centrado na pessoa que valoriza o que o paciente diz, sente e pensa. Atua a partir de pressupostos e baseia-se em entender a pessoa como um todo, na busca da integralidade para compreender o indivíduo, a família e o contexto em que está inserido, incluindo o ciclo de vida, a história de saúde e de vida, lazer, crenças, religião, relações pessoais e amorosas, rotina, sono, atividade física e hábitos de vida, ambiente, moradia, costumes e momento econômico (Barbosa; Ribeiro, 2016).

Destarte, ao refletir sobre a importância do luto na pandemia da Covid-19 e a saúde mental de idosos que perderam um ente querido e, conseqüentemente, tiveram a saúde mental prejudicada, a presente obra, de natureza qualitativa, busca compreender a experiência do luto desses idosos no contexto da pandemia da Covid-19.

Nesse diapasão, este livro se justifica por ser tema de grande relevância e abrangência mundial, uma vez que a Covid-19 é uma doença que afetou as populações nas esferas biopsicossocial. Ressalta-se que é importante conhecer como ficou a saúde mental nesse grupo de sujeitos diante do luto, pois é notório que há impacto social e cognitivo.

Salienta-se que o estudo poderá contribuir à ciência para compreensão da saúde mental e da cognição em pessoas idosas. Para a medicina, enfermagem, psicologia, sociologia e filosofia, enquanto ciências e profissões, permitirá o encontro da subjetividade com a práxis. E, por fim, contribuirá para sociedade a fim de que se possa, a posteriori, intervir com políticas públicas adequadas a esses idosos, com vistas à promoção em saúde mental, melhor enfrentamento ao luto e prevenção da saúde como um todo.

Na primeira etapa da pesquisa, optou-se por abordar temas introdutórios e conceitos importantes. Na segunda etapa, aborda-se o referencial teórico, elucidando o envelhecimento, o luto e a Covid-19.

O presente estudo foi dividido em cinco seções. Na introdução, apresentam-se o problema, os objetivos e a justificativa. A seção 2 elucida a história do envelhecimento, perpassando por significativos autores especialistas no tema. Posteriormente, apresentam-se os conceitos de luto e saúde mental para, em seguida, demonstrar-se a correlação entre luto, Covid-19 e saúde mental. No que tange à metodologia, ela se encontra descrita na seção 3, na qual é exposto o delineamento do estudo, os instrumentos elegidos, bem como o procedimento para coleta e análise dos dados. Em seguida, na seção 4, apresentam-se os resultados e discussões obtidos na presente pesquisa. Por fim, encontra-se a conclusão, que resume a apuração das informações obtidas no presente livro.

Partindo desse contexto, o presente trabalho buscou responder à seguinte questão problema: Qual o impacto na saúde mental da pessoa idosa que experimentou perdas (mortes de familiares) e vivenciou o luto durante a pandemia da Covid-19? Parte-se da hipótese de que a pandemia da Covid-19 provocou prejuízo para saúde mental dos sujeitos que tiveram perdas de seus entes. A experiência do luto, durante a situação pandêmica, gerou ansiedade e perda na qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo tem como objetivo geral a análise da saúde mental de idosos frente às mortes ocorridas na pandemia da Covid-19. Para alcançar esse fim, tem-se como objetivos específicos:

- Analisar a saúde mental de idosos que presenciaram alguma situação de morte de parentes ou amigos durante a pandemia da Covid-19;
- Compreender se há déficit na saúde mental frente ao luto ocorrido durante a pandemia;

- Elucidar o sofrimento psíquico de pessoas idosas que vivenciaram perdas;
- Conhecer as implicações referentes à saúde mental da população idosa frente às mortes decorrentes da pandemia da Covid-19.

O presente livro se justifica por ter ampla abrangência social e acadêmica, cujo destaque se dá em compreender o luto de indivíduos idosos durante a pandemia da Covid-19, que marcou os anos de 2020 até 2022, com mortes vivenciadas por toda a sociedade. Busca-se refletir sobre o ocorrido e, especialmente, compreender como pessoas idosas que tiveram perdas significativas viveram tal experiência e como foram impactados por elas. Por meio de entrevista, serão evidenciadas as categorias de análise que demonstram as dificuldades em relação à perda dos idosos e, do mesmo modo, respondem aos objetivos desta pesquisa. Em suma, reflete-se sobre a saúde mental de pessoas idosas frente às perdas durante a pandemia da Covid-19.

Estudos com pessoas idosas são cada vez mais necessários, uma vez que essa população cresce devido ao aumento da qualidade de vida e de recursos tecnológicos. A pandemia da Covid-19 assolou o mundo. Trata-se de uma doença viral ainda pouco conhecida, com variantes que surgem a todo tempo. Ela vem escrevendo sua história no mundo e os efeitos pós-pandemia emergem e trazem novas necessidades. Nesse sentido, compreender como idosos experienciaram a morte de seus entes durante a pandemia possibilitará a intervenção, a posteriori, cognitiva e na saúde mental de pessoas idosas com quadros depressivos, ansiedade, ou mesmo vivenciando o luto patológico.

Este estudo poderá servir como base para tratar pessoas idosas com problemas emocionais ocasionados pós-pandemia, reforçando a importância de investir na pesquisa científica e compreender as demandas que surgiram no cenário pandêmico. O interesse pelo tema Covid-19 emerge do trabalho da autora como psicóloga e Terapeuta Cognitivo Comportamental que, ao refletir sobre as mortes ocorridas durante a pandemia, vislumbrou que sequelas poderiam surgir. Evidenciou-se, no início da 1ª onda em 2020, o impacto das notícias nos telejornais quando se pensava que a doença acometeria somente idosos. Passando pelo estigma de ser idoso que a sociedade impõe, não bastasse o medo de contrair a doença, os idosos se isolaram, muitos perderam suas vidas e há, ainda, outros que viram jovens partirem, seus entes queridos. Destaca-se que, com o avanço da doença no país, todas as faixas etárias foram acometidas. Os

rituais de despedida foram impossibilitados e o medo era imperativo. Os idosos não puderam se despedir dos seus entes significativos.

Como pesquisadora e psicóloga, foi possível tecer reflexões: Como a saúde mental dos idosos ficará pós-pandemia? Um questionamento que nos conduz à busca da compreensão do fenômeno ora vivenciado. Nesse ínterim, a obra poderá contribuir para a sociedade de forma que todos possam entender como a pessoa idosa experienciou o luto. Poderá colaborar com a ciência de forma pragmática com a correlação entre saúde mental e Covid-19. E, por fim, concorrerá para a práxis profissional de diversas áreas, ou seja, de forma interdisciplinar. Espera-se que a pesquisa contribua com o aprofundamento científico sobre o tema e, especialmente, oriente ações futuras de prevenção e intervenção em saúde mental, privilegiando a população idosa.

# 1. O envelhecimento na história

Estudar o envelhecimento é uma tarefa desafiadora, pois, durante muito tempo, os idosos foram agregados ao grupo de adultos e, considerando a literatura e a mitologia, percebe-se certa representação da velhice que varia de acordo com a época e com a cultura. Destaca-se que a representação de velhice é confusa, às vezes contraditória, com sentidos e destinos distintos (Beauvoir, 2018).

Nesse ínterim, a autora supracitada aduz que é difícil escrever uma história geral da velhice, visto que a história implica condicionamentos sociais e culturais. Ao narrar a possibilidade de uma história da velhice, Beauvoir cita a história da mulher como importante fenômeno para explicar a velhice.

## 1.1 Breve histórico sobre o envelhecimento

Desde os primórdios, inclusive na era bíblica, o povo judeu é conhecido pelo respeito que manifestava frente aos ditos sujeitos velhos. Nesse contexto, os autores dos livros que vieram a fazer parte da Bíblia consideravam a longevidade a recompensa da virtude, conforme se observa no versículo: “Os cabelos brancos são uma coroa de honra”, ou, ainda, em *Levítico*: “Tu te levantarás diante dos cabelos brancos e honrará a pessoa do velho” (Bíblia Sagrada *apud* Beauvoir, 2018, p. 58). Observa-se que a Bíblia cita, em diversos livros, a importância da pessoa idosa.

Nos tempos do Velho Testamento, pode-se verificar que a longevidade era um desejo generalizado, conforme se depreende das idades simbólicas dos patriarcas: Enoque viveu 365 anos; Lameque, 777 anos; Malalel, 895 anos; Enos, 905 anos; Cainã, 910 anos; Sete, 912 anos; Adão, 930 anos; Noé, 950 anos; Jaredé, 962 anos; Matusalém, 969 anos (Bíblia Sagrada *apud* Beauvoir, 2018, p. 59).

Beauvoir (2018) procurou analisar a história da velhice em algumas sociedades em sua obra *A velhice*. Na China antiga e no Japão, havia privilégios aos considerados velhos e os idosos chineses impuseram um poder centralizado e autoritário. A pessoa idosa era percebida como possuidora de um poder sobrenatural, dada a sua longevidade, obtendo lugar de privilégio e destaque por ser considerado alguém dotado de sabedoria e experiência.

Na China antiga, verifica-se, segundo Azevedo (2001), que se buscava o “verdadeiro caminho”. Tal caminho era visto como a busca por se tornar imortal. Então era preciso economizar as energias vitais, via controle da respiração, comer frutas e raízes, evitar a ingestão de carnes e consumo de álcool, além de evitar o sexo e praticar meditação

Entre os Gregos antigos, a velhice ocupa um lugar diferente. Minermo, filósofo que viveu 630 a.C., relata que detesta o envelhecer. Ele ressalta a beleza da juventude e repete, sem cessar, que prefere a morte ao envelhecimento. E prossegue com tal pensamento ao discorrer que, ao envelhecer, a vida se torna pior que a morte e ainda acredita que os infortúnios se apoderam da alma humana, tais como a destruição do lar, a morte de filhos e as deficiências. Ele culpa Zeus por todos os infortúnios e pensa que, ao se tornar velho, o homem se torna feio e inútil (Beauvoir, 2018).

Platão e Aristóteles também teceram reflexões acerca da velhice e chegaram a conclusões opostas. Para Platão, o corpo era apenas uma aparência e as decadências da idade não atingiriam o corpo. Ao estabelecer o valor da velhice, Platão elucida: os mais idosos devem mandar e os jovens devem obedecer. Nesse cenário, Platão, em sua República, estabelece que os corregedores que controlam os magistrados devem ter entre 50 até 75 anos. Aos 80 anos, Platão reforça a importância de os filhos cuidarem dos pais. Já o pensamento de Aristóteles afasta do poder os idosos e, por razões sociais e psicológicas, isola os idosos do governo. Ele considera a juventude mais apta para tais cargos (Beauvoir, 2018).

Na Idade Média ocidental, o sujeito velho não era valorizado. Nos campos e meios rurais, também havia desvalorização. A situação dos velhos nessas sociedades era desfavorecida. A juventude era a classe considerada importante e, até o século XIII ou XIV, somente o adulto era considerado alguém de valor (Beauvoir, 2018).

De acordo com Overall (2016), o uso arquetípico de “velho” aplica-se a seres humanos próximos ao fim de suas vidas, mas é importante questionar: “qual é a idade em que alguém se torna velho?” Ela argumenta que a questão é fundamentalmente filosófica. Isso nos convida a considerar o que queremos dizer com a palavra “velho” em sua aplicação para humanos e envelhecimento humano. Esse significado (ou significados) pode ser semelhante ou diferente do significado de “velho” em relação a seres não humanos? Existe um sentido objetivo viável de “velho”, independente das percepções e expectativas sociais? Ou envelhecer — tornar-se velho — é um conceito inteiramente relativo, de modo que um ser humano ser velho é apenas por referência a alguma perspectiva ou critério cultural?

Segundo Borges (2007), a velhice, durante muito tempo, foi vista como símbolo de doença, como os estudos de Galeno, no século II, sobre a fisiologia do idoso poderiam demonstrar. De acordo com Bertoldo (2010), nos séculos XII, XIII, XIV e XV, a velhice estava correlacionada ao declínio do corpo, sendo percebida como a fase em que doenças físicas e mentais prevaleciam.

Debert (1999) aduz que houve um movimento marcante na sociedade moderna quando a velhice é vista como a idade em que há decadência física e está presente a desvalorização dos papéis sociais para a pessoa que envelhece. Tal fato se iniciou no século XIX. Foi somente em meados do século XX que o tema velhice ganhou destaque, sendo considerado uma etapa da vida e, para tal, dois importantes aspectos foram necessários: a criação de disciplinas médicas que estudavam a velhice e a criação de aposentadorias e pensões (Silva, L., 2008).

Do antigo Egito ao Renascimento italiano, a velhice foi tratada de forma estereotipada e foi considerada o inverno da vida. O velho não é algo interessante e há a tendência em silenciar a velhice e caricaturar o homem velho (Beauvoir, 2018).

Dardengo e Mafra (2019) aduzem que, ao se analisar a palavra “velhice”, denota-se que a mesma é permeada de significados, tais como: inquietude, fragilidade, angústia, pois está imersa em concepções falsas, temores, crenças e

mitos. Destaca-se que a representação da velhice, percebida através da história, muda de acordo com a cultura, com o tempo e com o lugar. Nesse passo, pode-se compreender que não há uma concepção única da velhice, mas sim concepções construídas através da história.

Outro ponto importante a se considerar na história da velhice é o surgimento da categoria “terceira idade”, que é uma das maiores transformações por que passou a história da velhice. A época, que antes era entendida como decadência e invalidez, passa a ser entendida como momento de descanso, apesar de haver, muitas vezes, predomínio de solidão e isolamento afetivo. Ela passa a significar momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, criação de novos hábitos e habilidades, bem como busca de laços afetivos e amorosos (Silva, L., 2008).

Silva, L. (2008) elucida que existem poucos estudos históricos sobre o surgimento da categoria terceira idade, especialmente quando os comparamos à bibliografia acerca da história da categoria velhice. Entretanto, ela foi legitimada na década de 1980.

Souza, Lopes e Cavalcante (2015) explanam que, em algumas civilizações antigas, valoriza-se o homem no que tange à capacidade física, força, vitalidade, beleza, virilidade, elementos mais presentes na juventude; mas, nos países orientais, a velhice é tida como algo de grande importância, pois as pessoas mais jovens buscam nos idosos a sabedoria e a experiência. Feijó e Medeiros (2011) esclarecem que, ao analisarem os relatos atuais e históricos relacionados à velhice, constata-se que ela sempre foi considerada um problema e a busca por terapias antienvelhecimento também são uma realidade na tentativa de modificar ou evitar os sinais. Nesse cenário, há os elixires rejuvenescedores que existem desde a antiguidade e se fazem presentes na atualidade. Ademais, percebe-se que o envelhecer tem sido alvo de debates e discussões, tratando-se de um fenômeno mundial, conforme podemos verificar nas palavras do Papa João Paulo II:

O Papa João Paulo II, no ano de 1999 (Ano Internacional do Idoso), escreveu uma carta aos anciãos, afirmando que estes ajudam a contemplar os acontecimentos terrenos com mais sabedoria, porque as vicissitudes os tornaram mais experientes e amadurecidos. Eles são guardiões da memória coletiva e, por isso, intérpretes privilegiados daquele conjunto de ideais e valores humanos que mantêm e guiam a convivência social (Papa, 1999, s/p).

Mister se faz elucidar que o papel social do sujeito velho não foi sempre o mesmo no decorrer da história e não é sempre o mesmo no conjunto das sociedades humanas (Feijó; Medeiros, 2011). Nesse diapasão, Concone (2005 *apud* Feijó; Medeiros, 2011) corrobora ao citar que textos etnográficos se apresentam com muitos exemplos de sociedades tidas como tradicionais em que o idoso é muito valorizado por seu conhecimento e tradição. Dessa forma, desempenha o seu papel e, se não o fizesse, as sociedades pereceriam.

Depreende-se, da análise histórica do envelhecimento, que esse momento de vida é cercado pela exclusão, degradação e ausência de garantias de direitos no mundo ocidental. Ressalta-se que as conquistas observadas, nos últimos tempos, começam a surgir no final do século XX, porém tudo de forma muito tênue e vagarosa, principalmente no que se refere àquelas que dizem respeito ao meio social e à altura do que preconizam as leis federais, estaduais e municipais. No mesmo caminho, é possível vislumbrar que os direitos do homem são direitos históricos, portanto oriundos de circunstâncias e nascidos de lutas por mudanças nos poderes, tudo de forma gradual (Feijó; Medeiros, 2011).

A contemporaneidade traz à baila importantes contribuições de Paulo Freire acerca da velhice, pois abarcam conceitos que são utilizados até o presente momento. Freire (2012) expõe que a velhice faz parte do ciclo da vida e, a partir da perspectiva demográfica, tem em suas prioridades os números, considerando a chegada da velhice aos 60 anos. Como base, o autor utiliza como referência: a terceira idade; melhor idade; adulto maduro; idoso; velho; meia-idade; maturidade; idade maior e idade madura.

Amaral, Brunelli e Souza (2020) corroboram acerca da história da velhice resumindo que, historicamente, tal tema assumiu um viés negativo, atrelando ao idoso um perfil de pessoa dependente. No Brasil, principalmente, ocorre em muitas circunstâncias tal pensamento, sendo legitimado pelo próprio idoso. Há, em muitas localidades, o menosprezo à pessoa idosa e suas fragilidades são percebidas como algo impossível de transpor ao se ter como importantes os valores capitalistas em que é preconizado por este sistema que o valor do ser humano é mensurado por sua capacidade produtiva, ao passo que o idoso, minorada sua força de trabalho, seu valor como ser humano também é diminuído.

## 1.2 Envelhecimento

O envelhecimento humano tem atraído as atenções nas últimas décadas, convocando as distintas áreas do saber a aprofundarem seus estudos a fim de propiciar o aumento da qualidade de vida dos idosos. Nesta seção, é possível compreender a epidemiologia do envelhecimento e os aspectos mais relevantes frente ao fenômeno do envelhecer.

A população brasileira enfrenta o envelhecimento como um desafio da atualidade. Em 2008, a população idosa era de 92,4 milhões de homens e 97,5 milhões de mulheres. A população de idosos com 60 anos ou mais somava 12,1% do total de mulheres e 10,0% de homens. Espera-se que, em 2025, o Brasil tenha em torno de 30 milhões de indivíduos com mais de 60 anos. Esse valor representa 15% da população, tornando-se o sexto país com aumento do número de idosos (Carvalho *et al.*, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), o Brasil atravessa o que se denomina transição demográfica e epidemiológica. No cenário brasileiro, a mudança demográfica ocorre de forma avassaladora com diminuição na taxa de fecundidade e aumento da população idosa e da população em idade ativa. Salienta-se que, entre os anos 1980 a 2025, na América Latina, espera-se crescente aumento da população acima de 60 anos, com o marco de 412%, e aumento de idosos, até o ano 2025, em torno de 30 milhões; destaca-se que, em comparação ao ano 2000, o Brasil tinha 14 milhões de idosos (Veras, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), uma vida longa é desejada por todos, todavia deseja-se também viver com boa saúde, com qualidade, liberdade e facilidade, de forma que se possa chegar bem após os 60 anos. Destaca-se que envelhecer é algo feito desde a infância quando se aprende a ter uma vida com qualidade, cultivando-se hábitos saudáveis que devem ser mantidos ao longo da vida. Nessa toada, a velhice e o envelhecimento não podem ser compreendidos como doenças, mas como um processo evolutivo normal que traz mudanças ao organismo do sujeito. Mister se faz elucidar que, a depender da história de vida de cada um, tais mudanças podem levar a pessoa idosa a doenças e problemas que impactam a saúde.

O IBGE (2009) salienta que as pessoas idosas (maiores de 60 anos) irão chegar a 25,5% da população brasileira até 2060. Corroboram o pensamento sobre envelhecimento como um processo inexorável da vida os autores Borges,

Guimarães e Amaral (2018). Eles atestam que envelhecer é o natural e os efeitos da passagem do tempo se mostram por meio das marcas no rosto com rugas aparentes e também no corpo. O processo de envelhecimento também produz mudanças importantes na fisiologia, como as alterações hormonais. Percebem-se mudanças psíquicas e também sociais levando o idoso à maior vulnerabilidade, sendo influenciada pela cultura em que vive.

Camarano (2014) demonstra que o envelhecimento da população brasileira tem ocorrido desde as últimas décadas do século XX. Trata-se de um fenômeno mundial causado pela queda na natalidade e na mortalidade, assim, ocorre o aumento da longevidade. Pode-se depreender que o aumento da longevidade se dá pelas melhorias das formas e condições de vida.

Outro ponto importante a ser apresentado sobre o envelhecimento é a gerontologia social, visto que abarca disciplinas do saber que se preocupam em estudar o envelhecimento como psicologia, serviço social, direito, nutrição. Assim, a gerontologia social pode ser conhecida apenas como gerontologia (Groisman, 2002). O autor salienta que a história da gerontologia e da geriatria causam confusão, pois o estabelecimento de uma especialidade médica, no caso a geriatria, para a velhice precedeu a seu desdobramento em área multidisciplinar, a gerontologia.

Nessa linha de intelecção, e adentrando a seara da geriatria, Katz (1996) explica que a geriatria foi implementada como especialidade médica no início do século XX. Todavia, as mudanças na maneira como era percebida a doença e o corpo que envelhecia pela medicina, nos séculos XVIII e XIX, colaboraram para um conhecimento pré-geriátrico que tem contribuído para o entendimento sobre a senescência.

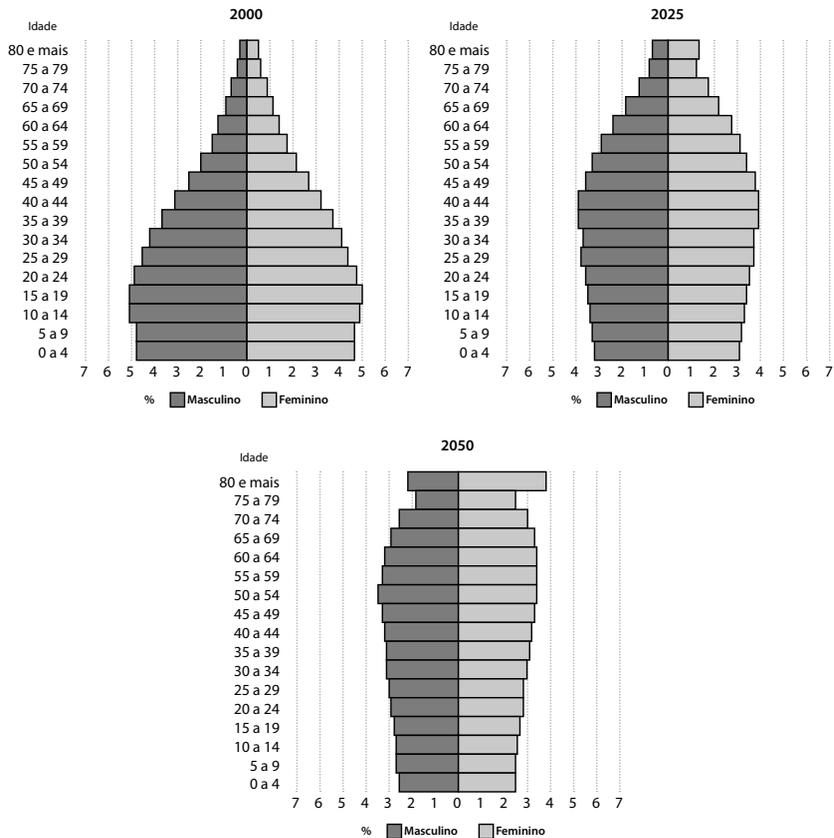
De acordo com Silva, G., Azevedo e Rangel (2020), o envelhecimento pode ser considerado como algo que acontece continuamente e o crescimento populacional contribui para que a sociedade reflita acerca dele e das intervenções que preconizam a melhora na qualidade de vida. Portanto, é possível afirmar que quanto melhor a qualidade de vida do indivíduo, maior é sua expectativa de vida.

Pode-se entender que o envelhecimento populacional é uma conquista das sociedades. Antes era compreendido como um fenômeno, um tanto quanto abstrato, sendo hodiernamente uma sólida realidade, inclusive comprovada pela inversão da pirâmide etária. Nesse passo, estima-se que, em 2050, cerca

de dois bilhões de pessoas no mundo terão 60 anos ou mais, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2006).

Ao esmiuçar o envelhecimento no Brasil, “estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos” (IBGE, 2009). Conforme observa-se na figura 1:

Figura 1 - Envelhecimento da população brasileira



Fonte: IBGE (2009).

Conforme explica o Ministério da Saúde (2006), o envelhecimento é uma resposta às mudanças ocorridas na saúde, todavia alguns fatores influenciam e, dessa forma, não é um processo homogêneo. Assim,

[...] o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (Ministério da Saúde, 2006, p. 8).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o envelhecimento é entendido como um processo natural no qual há diminuição progressiva da reserva funcional, ou seja, trata-se de senescência, o que não significa uma doença. Em se tratando de doenças, acidentes ou condições que afetem a saúde tanto física quanto mental, pode ocorrer a senilidade. Ressalta-se que, diante de um estilo de vida ativo, as alterações da senescência são minimizadas, resultando em impacto mínimo na vida dos idosos.

Jacob Filho (2009) informa que, hodiernamente, vive-se uma condição única na história da humanidade no que tange à maior transição epidemiológica de todos os tempos. Nunca houve tanta possibilidade de envelhecer repercutindo em todos os setores da vida, englobando as necessidades básicas, bem como as contribuições sociais. Envelhecer, para o autor, é um processo universal, inexorável, em que há perda progressiva da reserva funcional de órgãos.

A industrialização dos países em desenvolvimento tem determinado mudanças no perfil da população, em seus hábitos e estilos de vida, ocasionando aumento de doenças consideradas crônicas e causando incapacidades. Outro ponto importante a se ressaltar é o impacto dos hábitos individuais de vida na saúde pública que interfere diretamente no desenvolvimento de doenças crônicas (Jacob Filho, 2006).

Amaral (2009) elucida que o envelhecimento segue paralelo ao aumento de patologias consideradas crônicas e associadas a limitações funcionais. A experiência das limitações, lidar com perdas, isolamento, diminuição de rendimentos financeiros, mudanças na família são fatores que definem a saúde do idoso.

Nessa perspectiva, Paschoal (2009) informa que o processo de envelhecer é sempre único, nunca será igual para os indivíduos, já que os exemplos e experiências de vida podem ser imitados, porém, as condições objetivas, as expectativas, os valores, tudo muda de pessoa a pessoa. Para cada uma,

há muitas possíveis formas de envelhecer, elas são determinadas por suas escolhas ao longo da vida e por determinantes como: raça, etnia, sexo, ambiente em que vive.

O envelhecimento passou por diversas conceituações ao longo dos tempos e, de 1959 a 2008, pôde-se verificar que muitas foram as formas de perceber a pessoa idosa. É possível contemplar, no quadro 1, conforme proposto por Dardengo e Mafra (2019, p. 11-14).

Quadro 1 - Linha do tempo do envelhecimento (1959 a 2008) (continua)

Ano	Autor	Envelhecimento Conceito
1959	Woltereck	“Todas as transformações que ocorrem em todos os organismos no curso do seu desenvolvimento normal e nas diferentes formas de atividades que o acompanham. [...] o termo envelhecimento abrange toda a vida, desde o nascimento até a morte, e é usado para descrever uma sequência cronológica ou um período definido de tempo” (Woltereck, 1959, p. 05).
1975	Amâncio e Cavalcanti	“O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação” (Amâncio; Cavalcanti, 1975, p. 1).
1989	Magalhães	“Em cada sociedade e na mesma sociedade, em momentos históricos diferentes, a velhice e o envelhecimento ganham especificidades, papéis e significados distintos em função do meio ser rural ou urbano, da classe social, do grupo profissional e de parentesco, da cultura, da ideologia dominante, do poder econômico e político que influenciam o ciclo de vida e o percurso de cada indivíduo, do nascimento à morte” (Magalhães, 1989, p. 13).
1995	Fraiman	“O envelhecer não é somente um ‘momento’ na vida de um indivíduo, mas um ‘processo’ extremamente complexo e pouco conhecido, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade que o suporta ou assiste a ele” (Fraiman, 1995, p. 19).
1996	Bobbio	“O envelhecimento é um fenômeno natural, complexo, pluri-dimensional, revestido por perdas e aquisições individuais e coletivas. A velhice, última etapa desse processo, não é uma cisão em relação à vida precedente, mas uma continuação da juventude, da maturidade que podem ter sido vividas de diversas maneiras” (Bobbio 1996, p. 25).

Quadro 1 - Linha do tempo do envelhecimento (1959 a 2008) (continua)

1996	Hayflick	“O envelhecimento não é a simples passagem do tempo, mas as manifestações biológicas que ocorrem no organismo durante o transcorrer deste espaço temporal. O envelhecimento cronológico é apenas uma convenção, não existindo nenhuma influência do tempo sobre o organismo” (Hayflick, 1996, p. 04).
1997	Brêtas	“O envelhecimento é um fenômeno natural, com início no período da fecundação e término com a morte. O processo de envelhecimento é entendido como o processo de vida que contém a fase da velhice, mas não se esgota nela. [...] O processo de envelhecimento contém a fase da velhice, mas não somente ela, visto que a qualidade de vida e o próprio processo de envelhecimento se encontram ligados aos fatores sociais e econômicos” (Brêtas, 2006, p. 15).
1998	Langevin	O envelhecimento é “uma construção feita de passagens obrigatórias que delimitam e orientam a dinâmica do processo” (Langevin, 1998. p. 14).
1998	Costa	“Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação” (Costa, 1998, p. 26).
1999	Neri e Cachioni	“O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico” (Neri; Cachioni, 1999, p. 121).
1999	Erminda	O envelhecimento se configura como “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, acontecendo inevitavelmente com o passar do tempo” (Erminda, 1999, p. 4).
2001	Birren, Schaie e Schroots (1996 <i>apud</i> Neri, 2001)	O envelhecimento é “um fenômeno universal que atinge a todos os seres humanos pós-reprodutivos, por força de mecanismos genéticos típicos da espécie. É progressivo, ou seja, afeta gradual ou acumulativamente todo o organismo, sendo, portanto, um processo fisiológico” (Birren; Schaie; Schroots, 1996 <i>apud</i> Neri, 2001, p. 32).

Quadro 1 - Linha do tempo do envelhecimento (1959 a 2008) (continua)

2002	Papaléo Netto	“O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte” (Papaléo Netto, 2002, p. 10).
2002	Uchôa <i>et al</i>	“Envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia esta fase da vida de forma diferente, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais relacionados à vida dela: classe social, gênero, etnia” (Uchôa <i>et al</i> , 2002, p. 14).
2004	Coll <i>et al</i>	O envelhecimento “caracteriza-se pelas mudanças morfológicas e funcionais resultantes das transformações a que o organismo se submete ao longo da vida” (Coll <i>et al.</i> , 2004, p. 372).
2004	Brito e Litvoc	“O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais” (Brito; Litvoc, 2004, p. 82).
2005	Kertzman	“O envelhecimento é um processo que se inscreve na temporalidade do indivíduo, do início ao fim da vida, processo este composto por perdas e ganhos [...]” (Kertzman, 2005, p. 34).
2005	Argimon e Stein	“O envelhecimento é um processo em que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas um dos aspectos, entre outros, que podem ou não afetar o bem-estar do idoso” (Argimon; Stein, 2005, p. 71).
2007	Souza <i>et al</i>	Conceitua o envelhecimento como “um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte” (Souza <i>et al.</i> , 2007, p. 12).

Quadro 1 - Linha do tempo do envelhecimento (1959 a 2008) (conclusão)

2007	Salgado	O envelhecimento é “um processo multidimensional que resulta da interação de fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Executando a razão biológica que tem caráter processual e universal, os demais fatores são composições individuais e sociais, resultado de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos. O envelhecimento também pode ser uma consequência da nossa sociedade, e que, além dos fatores biológico, cronológico e psicológico, o meio e as condições em que se vive influenciam no processo de envelhecimento e na forma com que se chega à velhice. Assim, o processo de envelhecimento é influenciado também pela sociedade e pelo indivíduo” (Salgado, 2007, p. 68).
2008	Duarte	O envelhecimento é um processo natural de todo o ser humano, e apresenta as seguintes características: “[...] é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina [...] nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter” (Duarte, 2008, s/p).
2008	Schneider e Irigaray	“O envelhecimento possui determinantes intrínsecos e extrínsecos, apresentando uma complexidade de variáveis relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos, intelectuais, sociais, econômicos e funcionais. Não é algo determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências passadas, da forma como se vive e se administra a própria vida no presente e de expectativas futuras. É uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época” (Schneider; Irigaray, 2008, p. 586).

Fonte: Dardengo; Mafra (2019, p. 11-14). Retirado na íntegra.

Segundo Dardengo e Mafra (2019), é possível concluir, ao se analisar o quadro 1, que há poucas formas de variação no que concerne ao conceito de envelhecimento, considerando todas as dimensões, como: psicológica, biológica, cronologia e o meio social. Nesse diapasão, o envelhecimento é tido como um processo natural, porém dinâmico e complexo, que ocorre com todos os indivíduos de maneira singular.

### 1.3 Envelhecimento ativo

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (Opas, 2020), o envelhecimento ativo e saudável influencia positivamente no bem-estar da família

e da comunidade e descrever as pessoas idosas somente como destinatárias passivas dos serviços sociais ou de saúde é perpetuar um mito. Salienta-se que o número de pessoas idosas aumenta de forma considerável, mas observa-se que há muitos casos em que o idoso vive em situações socioeconômicas problemáticas. É oportuno salientar que, por meio de intervenções importantes, pode-se aumentar as contribuições de idosos para o desenvolvimento social e, assim, não se permitirá que o envelhecimento da população cause uma crise na saúde e na assistência. Para a Opas (2020, p. 2), o envelhecimento saudável “é um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida”.

O envelhecimento ativo, como conceito legitimado em 2015 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi compreendido como “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (OMS, 2015, p. 12).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) tem pleiteado, há décadas, o envelhecimento ativo como algo de extrema importância, e ensina que os países podem cuidar do envelhecimento se houver, por parte dos governos, das organizações internacionais e da sociedade civil, incentivo às políticas e programas de “envelhecimento ativo” que priorizem a saúde das pessoas idosas. Destaca ainda que, em todos os países, e em especial nas nações em desenvolvimento, cuidar da saúde da pessoa idosa é uma necessidade, e não um ato supérfluo, porque os idosos precisam se tornar saudáveis e ativos.

Nota-se que o crescimento da população idosa ocorre em todos os países, com destaque para os desenvolvidos. Registra-se que o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Esse número de indivíduos com mais de 80 anos representa cerca de 1% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas, e essa população é a que mais cresce (OMS, 2015).

Salienta-se que, atualmente, há um incremento na busca pelo envelhecimento saudável. A Opas, por meio do movimento “A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030”, aborda estratégias para alcançar e apoiar ações referentes ao tema. Esse movimento fundamenta-se em orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo a Estratégia Global da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, no Plano de Ação Internacional das Nações

Unidas para o Envelhecimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda das Nações Unidas 2030.

Nesse cenário, no mês de maio de 2020, a Assembleia Geral da ONU declarou 2021-2030 a Década para um Envelhecimento Saudável. Tendo em vista o preconizado pela ONU, os idosos são o foco do projeto que busca esforços a fim de melhorar a vida dos idosos, de suas famílias e comunidades. As quatro áreas em que o projeto irá atuar são: mudanças na forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento, com garantia de que as comunidades estimulem as capacidades das pessoas idosas; áreas de ação III: entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa, propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem (Opas, 2020). Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) defende que a saúde é de suma importância para o envelhecer.

O envelhecimento ativo aponta diversos pontos positivos, tais como: aumento na participação social, na prática de atividade física, de lazer, busca por cursos, uso da internet. Um estudo realizado em 2018 por Sousa *et al.* concluiu que a participação de idosos em diferentes atividades diretamente relacionadas aos papéis tradicionais que se enraizaram ao longo de sua vida se torna algo natural ao envelhecer. O estudo também demonstrou diferenças no envelhecimento ativo entre homens e mulheres ao analisar indicadores como faixa etária. Os homens com 80 anos ou mais tiveram menor participação em atividades físicas e no trabalho se comparados aos de 60-69 anos. Já entre as mulheres mais longevas, foi observada menor prevalência de participação nas atividades socioculturais, na atividade física e no mercado de trabalho se comparadas às idosas mais jovens (Sousa *et al.*, 2018).

China *et al.* (2021) contribuem informando que, para se obter um envelhecimento ativo, é necessário estar atento a vários fatores que podem influenciar e contribuir, a saber: importância da atividade física contínua, contato familiar, relacionamentos interpessoais, saúde mental, alimentação saudável, uso correto de medicamentos, participação em grupos de convivência, estimulação cognitiva, cuidados preventivos de saúde, dentre outros. Tendo em vista a qualidade de vida, esses fatores devem ser priorizados. Dessa forma, mister se faz uma vida com hábitos saudáveis desde a juventude.

De acordo com a Opas (2020, p. 13), o envelhecimento ativo é “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas”. O fato de se considerar ativo não se relaciona ao físico do idoso, e sim à sua participação ativa na vida social, econômica e cultural (Opas, 2020).

Nessa linha de pensamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) defende que o objetivo fundamental do envelhecimento ativo é promover vida saudável e com qualidade para todas as pessoas que estão envelhecendo, incluindo aquelas que apresentem fragilidades, que estejam incapacitadas ou que dependam de cuidados. É importante destacar que o envelhecimento ativo requer políticas e programas que trabalhem saúde mental e as relações sociais, visto que são fatores de grande valia nesse contexto.

Nesse diapasão, a OMS (2015) implementou importantes conceitos, a saber: *Autonomia*, que é a habilidade de decidir sobre sua vida diariamente, conforme suas decisões e preferências; *Independência*, que é a habilidade para executar as funções sem depender de ajuda; *Qualidade de vida* é um conceito amplo e tem relação com a forma como o indivíduo percebe sua própria vida em relação às suas expectativas, padrões e preocupações; *Expectativa de vida saudável* ou expectativa de vida sem incapacidade física.

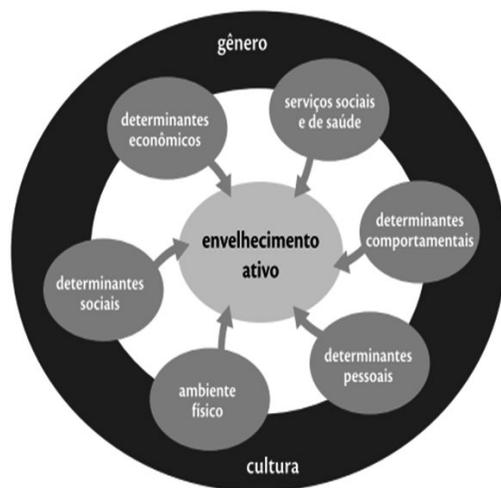
Para alcançar o envelhecimento ativo, verifica-se ser necessário entender os fatores determinantes do envelhecimento ativo que envolvem as pessoas e suas culturas. Compreender esses fatores propicia o avanço nas políticas públicas voltadas a esse público.

Esses determinantes aplicam-se à saúde de pessoas de todas as idades, apesar da ênfase aqui ser a saúde e a qualidade de vida dos idosos. A essa altura, não é possível atribuir uma causa direta a qualquer um dos fatores determinantes; entretanto, as evidências substanciais sobre o que determina saúde sugerem que todos esses fatores (e a interação entre eles) são bons indícios de como indivíduos e as populações envelhecem... Vale a pena avaliar a influência dos fatores determinantes durante o curso de vida, de modo a aproveitar as transições e “janelas de oportunidade” e estimular a saúde, participação e segurança em seus diferentes estágios. Por exemplo, há evidências de que o estímulo e as relações afetivas seguras na infância influenciam a capacidade individual de aprendizagem e de convívio em sociedade durante todos os estágios posteriores da vida. O emprego, que é um fator determinante por toda a vida adulta,

tem grande influência sobre a preparação, sob o aspecto financeiro, do indivíduo para a velhice. O acesso a tratamentos de alta qualidade e de longo prazo dignos é particularmente importante na idade mais avançada. Frequentemente, assim como quando expostos à poluição, os jovens e os idosos são os grupos populacionais mais vulneráveis (OMS, 2005, p. 20).

A literatura argumenta que, para envelhecer de forma ativa, existem fatores que podem contribuir com a vida do idoso que são os denominados “determinantes do envelhecimento ativo”, envolvendo aspectos econômicos, serviços sociais e de saúde, comportamento, ambiente físico, cultura e gênero, conforme elucida a OMS (2015). Destarte, todos esses determinantes fazem parte de um circuito importante para que haja envelhecimento ativo e, em caso de não haver algum desses itens em pleno funcionamento, o envelhecimento ativo fica comprometido. A seguir, verifica-se, na figura 2, a demonstração dos determinantes do envelhecimento ativo preconizados pela OMS.

Figura 2 - Determinantes do Envelhecimento Ativo



Fonte: OMS, 2005.

Nesse contexto de análise do envelhecimento ativo, pode-se afirmar que a cultura modela a forma de envelhecer e influencia os demais fatores de envelhecimento ativo. Destaca-se que cada vez mais é necessário buscar a promoção da saúde a fim de que aumente a prevalência de idosos vivendo com mais autonomia (OMS, 2015).

Lóss, Istoe e Santos (2020) corroboram dizendo que envelhecer é um fenômeno que ocorre durante todo o desenvolvimento humano e que é cercado de mudanças com declínio de suas funções. Salienta-se que, para envelhecer de forma sadia, deve-se considerar a história de vida, fatores genéticos e risco para doenças. Registra-se que, para ampliar o termo envelhecimento ativo, é salutar dialogar, discutir e debater nos setores político e acadêmico, bem como na sociedade, o presente tema, além de buscar apoio nas pesquisas científicas, difundindo os resultados com linguagem clara de forma prática e acessível.

#### 1.4 A pessoa idosa no Brasil

Os idosos são uma população com grande representatividade, compreendendo 14,3% dos brasileiros, ou seja, 29,3 milhões de pessoas. Projeta-se que, em 2030, o número de idosos seja maior que o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. Salienta-se que, em 70 anos, a média de vida do brasileiro aumentou 30 anos, saindo de 45 anos, em 1940, para 75 anos, em 2015. O fato se deve à melhor oferta de cuidados relacionados à saúde, ocasionando um impacto relevante no que se refere ao envelhecimento (Ministério da Saúde, 2021).

O número de pessoas idosas no Brasil aumentou significativamente. Sabe-se que existem políticas públicas que favorecem o envelhecimento, porém tais políticas ainda são ineficientes e não alcançam toda a população. É notório que o aumento da população idosa brasileira convoca uma reorganização que contemple o idoso a longo prazo, com serviços integrais e especializados para os cuidados com a saúde do idoso a fim de se alcançar um envelhecimento saudável (Vieira Mendes *et al.*, 2018).

A pessoa idosa no Brasil atravessa muitas comorbidades, ou seja, as doenças consideradas crônicas afetam a saúde de um percentual importante de idosos, tais como: diabetes, obesidade, hipertensão. As doenças crônicas são responsáveis por mais de 70% das mortes do país. Nesse ínterim, a OMS e a Opa têm pensado em estratégias para que os idosos no Brasil possam envelhecer de maneira ativa e com qualidade. Em busca disso, o governo brasileiro lançou, em abril de 2018, a estratégia “Brasil amigo da pessoa idosa”, na qual os planos de ação estão alinhados às necessidades da pessoa idosa, considerando os aspectos da vida urbana que podem impactar na saúde, a saber: espaços ao ar livre e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e integração social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio da comunidade e serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

Um outro ponto a se destacar, no Brasil, é o papel social da pessoa idosa. Nesse aspecto, verifica-se o impacto psicológico frente ao envelhecimento, visto que ocorrem muitas mudanças e a velhice dependerá de como foi o curso de vida da pessoa. Nesse cenário, acontece a aposentadoria, momento em que o idoso deixa de ser produtivo laboralmente, perdendo o sentido de valor, uma fase que traz descanso, mas também desvalorização (Mendes *et al.*, 2005).

Santo, Góes e Chibante (2014) elucidam que, durante toda a vida, o trabalho tem um papel de ocupação do tempo que faz parte de uma trajetória de vida daquele sujeito que é considerado útil. A pesquisa realizada pelos autores supracitados analisou o discurso dos idosos sobre o que significava a aposentadoria para eles. Os resultados apontaram pontos positivos, como ter tempo para o lazer, ter possibilidade de fazer atividades físicas, satisfação e sensação de dever cumprido, ter uma renda fixa, ter a oportunidade de estar com a família. Entretanto, foram verbalizados pontos negativos, tais como: baixa remuneração, frustração frente à tentativa de reentrada no mercado de trabalho devido às necessidades financeiras, baixa autoestima, falta de recursos para realizar planos feitos anteriormente e medo da instabilidade.

Os problemas sociais na vida da pessoa idosa no Brasil são carentes de discussões aprofundadas, principalmente sobre a importância da família e da sociedade durante o envelhecimento, e tais temas devem estar presentes na formação de profissionais de saúde. Os padrões estéticos impostos nesses tempos têm levado o idoso à segregação. Nessa toada, não basta viver muito, mas deve-se buscar um envelhecimento com qualidade (Mendes *et al.* 2005).

A Lei nº 8.842, de janeiro de 1994, dispôs sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e criou o Conselho Nacional do Idoso cuja finalidade era “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994, p. 5). A pessoa é considerada idosa a partir de 60 anos, conforme a Política Nacional do Idoso.

De acordo com a PNI, existem alguns princípios a serem seguidos.

I - A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (Brasil, 1994, p. 6).

Em 26 de setembro de 2007, é assinado o decreto pelo então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, que regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências, cujo objetivo descreve-se a seguir:

**Art. 1º** O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

**§ 1º** O Benefício de Prestação Continuada integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS.

**§ 2º** O Benefício de Prestação Continuada é constitutivo da PNAS e integrado às demais políticas setoriais, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.742, de 1993 (PNI, 2010, p. 19).

Naquela ocasião, ficou responsável pelo pagamento o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Entretanto, foi alterada a idade em que se considera

uma pessoa idosa. Até então era 60 anos, mas, com o Decreto, essa idade foi alterada para 65 anos (Brasil, 1994).

No ano de 2004, temos o Decreto nº 5.109, de 17 de junho, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que tem por finalidade:

**Art. 1º** O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso CNDI, órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da política nacional do idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução (PNI, 2010, p. 47).

Após 10 anos da lei de instituição do PNI, frente à falta de efetivação das propostas elencadas, surgiu o *Estatuto do Idoso*, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

## 1.5 O Estatuto da Pessoa Idosa

O Estatuto do Idoso foi criado após se verificar que as propostas inicialmente elencadas pelo PNI foram frustradas. No ano de 2003, em 1º de outubro, foi instituída a Lei 10.741 que regulamenta os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Essa lei resolve que:

**Art. 2º** O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se a ele, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

**Art. 3º** É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003, p. 19).

Camarano (2014) informa que o Estatuto do Idoso é um documento que discorre acerca dos direitos gerais do idoso e, principalmente, sobre sua proteção. Destaca que os principais direitos são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto.

O Estatuto do Idoso dá garantias à dignidade da pessoa que envelhece, conforme se verifica no art. 8º: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente” (Brasil, 2003, p. 20).

Salienta-se que o documento vislumbra o envelhecimento saudável e com dignidade, conforme se verifica no art. 9º: “É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (Brasil, 2003, p. 20).

Considera-se que o Estatuto do Idoso tem um grande valor, pois foi um importante avanço para a legislação brasileira. Para sua elaboração, houve a participação ativa de organizações que defendem o interesse de pessoas idosas e que buscam melhorar a atenção que o Estado oferece frente às necessidades dos idosos na sociedade. Nesse sentido, é mister se fazer cumprir a lei que assegura os direitos dos idosos (Cedenho, 2014).

Um aspecto importante a ser destacado no Estatuto do Idoso é a dignidade da pessoa humana idosa, que se destaca no artigo 10, ao dizer: “É obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis” (Brasil, 2003, p. 20).

Hodiernamente, a pessoa idosa é vista como alguém inativo, todavia é necessário lembrar que, outrora, o mesmo idoso já foi alguém que contribuiu ativamente na sociedade. Ademais, ao lembrar que o idoso foi um dia ativo, pode-se considerá-lo ativo ao dar valor a sua sabedoria de vida, visto que o homem é um ser social em constante mudança. É percebido que, no Estatuto do Idoso, o legislador teve preocupação com o lugar social do idoso, com sua qualidade de vida, com a autonomia, com o desrespeito constante, com as medidas de proteção e respeito (Silva, S., 2007).

Nesse cenário, pode-se deduzir que a necessidade de se ter um Estatuto do Idoso revela o desrespeito existente por parte da sociedade a essa época da

vida. Assim, torna-se urgente preservar a dignidade da pessoa humana idosa de modo que sua cidadania seja protegida e respeitada. Devem ser visibilizadas as políticas públicas que visem a proteção do idoso, pois ele precisa de cuidados especiais, conforme se verifica a seguir:

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – Faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – Opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – Prática de esportes e de diversões;

V – Participação na vida familiar e comunitária;

VI – Participação na vida política, na forma da lei;

VII – Faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação (Brasil, 2003, p. 21).

Do mesmo modo, são necessários entretenimentos e atividades de lazer, esporte e cultura voltadas para o idoso. Atividades que privilegiem o contato com pessoas mais jovens e o façam sentir-se úteis. Tudo isso é dever do Estado e promove o envelhecimento ativo, como prevê o Estatuto do Idoso no art. 20: “O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversão, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (Brasil, 2003, p. 23).

Atualmente, na sociedade, temos encontrado um cenário considerado um problema de saúde pública que é a violência contra a pessoa idosa. Isso dificulta a efetivação do Estatuto do Idoso. Destarte, é necessária a implementação de políticas públicas sólidas para lidar com tal demanda (Silva, S., 2007).

Camarano (2014) ressalta que houve um grande avanço desde o Estatuto do Idoso, principalmente no que se refere às sanções previstas quando há o não cumprimento do previsto no Estatuto, e cabe ao Ministério Público (MP) agir diante da violação para que haja garantia dos direitos dos idosos. Como se pode verificar no artigo 4º do Estatuto: “todos estão obrigados a prevenir a ameaça ou violação dos direitos do idoso” (Brasil, 2003, p. 20).

Nesse ínterim, os sujeitos que violem o presente artigo devem ser responsabilizados, sejam pessoas físicas ou jurídicas. Tal responsabilidade não

é somente criminal, mas também civil. Corrobora com tal premissa o artigo 6º, que estabelece que: “Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento” (Brasil, 2003, p. 20).

Stezrza Justo e Silva Rozendo (2010), ao discorrerem sobre a velhice no Estatuto do Idoso, salientam que as imagens e representações percebidas no Estatuto não podem ser vistas como única possibilidade para compreensão da velhice. Os autores expõem que a mídia personifica a velhice de forma distinta à apresentada no Estatuto. É comprovado que, no cotidiano, aquilo que é apresentado pela mídia é incorporado ao imaginário coletivo e também ao imaginário dos idosos.

É importante ressaltar que houve uma mudança no ano de 2022 no Estatuto do Idoso e atualmente utiliza-se a expressão Estatuto da Pessoa Idosa. "Optou-se, neste livro, por apresentar o Estatuto do Idoso que foi inaugurado no ano de 2003 e, ao final do presente capítulo, trazer à baila a mudança atualizada. A lei busca, em âmbito nacional, cumprir o papel de promover a proteção aos direitos e prerrogativas deferidos às pessoas idosas ao longo dos anos, e visa respeitar a condição de vulnerável inerente à pessoa nessa faixa etária. A fim de promover a inclusão formal das mulheres, o Estatuto brasileiro sofre alteração, substituindo “idoso” por “pessoa idosa”, não somente no título, mas em todas as disposições dessa lei.

Nesse sentido, mister se faz compreender a responsabilidade do Estatuto da Pessoa Idosa no que tange à produção de sentido sobre velhice e criação de políticas públicas voltadas aos idosos. Ao mesmo tempo que o Estatuto versa sobre o lugar do idoso na sociedade, também tem um caráter disciplinador e de como se deve tratar a pessoa idosa, interferindo diretamente no comportamento social (Justo; Rozendo, 2010).

## 2. A pandemia da Covid-19

A pandemia da Covid-19 impactou o mundo de forma abrupta e global. A sociedade não esperava por tal acontecimento, que ocorreu em alarmante velocidade. Dados históricos evidenciam a rápida disseminação, desde que a doença foi descoberta na China (Souza, D., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada em 31 de dezembro de 2019 sobre casos de uma pneumonia desconhecida em Wuhan, cidade da China. Havia a suspeita de que esse tipo de pneumonia teria por agente causador uma nova cepa de Coronavírus. Em janeiro de 2020, o governo chinês confirmou que se tratava de um novo tipo de vírus denominado SARS-CoV-2. Seguindo a linha do tempo, em 30 de janeiro, foi emitido pela OMS um alerta de emergência em saúde pública, visto que a doença se espalhava de forma vertiginosa. Em 11 de março de 2020, devido ao avanço rápido, a doença foi classificada como pandemia.

Conforme a linha do tempo da doença, em 26 de fevereiro de 2020, foi diagnosticado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, na cidade de São Paulo. Muitos países foram afetados e, em 07 de fevereiro de 2020, foi sancionada a Lei de Quarentena pelo Presidente da República Federativa do Brasil Jair Messias Bolsonaro, aliada a outras ações do Ministério da Saúde e da Fiocruz, que realizaram capacitação técnica de representantes de nove países das Américas do Sul e Central para diagnóstico laboratorial do Coronavírus (Brasil, 2020b).

Em 03 de fevereiro de 2020, no Brasil, é declarada situação de emergência em saúde pública. No início da doença, houve mobilização por parte do Ministério da Saúde, medidas de isolamento social foram preconizadas, buscando evitar casos graves e óbitos. Em suma, as estratégias eram buscar o hospital em caso de agravamento dos sintomas e praticar o isolamento social, além de higiene das mãos com álcool e uso de máscaras diariamente ao sair às ruas (Oliveira *et al.*, 2020).

Os números tornaram-se cada vez maiores no ano de 2020, conforme elucidada Souza, D. (2020, p. 2470):

Em 17 de abril de 2020, já eram 2.074.529 casos no mundo, 1.050.871 na Europa, 743.607 nas Américas (sendo 632.781 só nos Estados Unidos da América – E.U.A.), 127.595 nos países do Pacífico Ocidental, 115.824 na região do Mediterrâneo Oriental, 23.560 no sudeste asiático e 12.360 na África. No Brasil, na mesma data, eram 28.320 casos.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) explica que já haviam sido identificados sete tipos de Coronavírus humanos, a saber: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV, que causa a síndrome respiratória aguda grave, MERS-COV, causador da síndrome respiratória do Oriente Médio, e o novo Coronavírus, que foi denominado SARS-CoV-2 causando a Covid-19 (Opas, 2020).

Desde o início da detecção do Coronavírus, a OMS trabalhou incessantemente junto às autoridades mundiais para conter o vírus e pensar práticas de tratamento em nível mundial. Nesse sentido, a Opas prestou apoio técnico para conter, isolar e tratar todos os acometidos pela Covid-19, mantendo vigilância constante (Opas, 2020).

Destaca-se que, em 30 de janeiro de 2020, a OMS decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo esse o mais alto nível de alerta da OMS. Tal emergência foi decretada com o intuito de melhorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade geral, a fim de interromper a propagação do vírus. Na história das emergências de saúde pública internacionais, é a 6ª vez que se declara tal nível de emergência. As outras situações foram: 25 de abril de 2009: pandemia de H1N1; 5 de maio de 2014: disseminação internacional de poliovírus; 8 agosto de 2014: surto de Ebola na África Ocidental;

1 de fevereiro de 2016: vírus Zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas; 18 maio de 2018: surto de Ebola na República Democrática do Congo (Opas, 2020).

Em 07 de fevereiro de 2020, a Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a OMS/Opas e com o Ministério da Saúde do Brasil, fez um treinamento para nove países sobre o diagnóstico laboratorial do novo Coronavírus. Os países participantes foram: Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. Os esforços se concentravam em detectar o vírus.

Na data de 28 de fevereiro de 2020, a OMS/Opas (2020) recomendou o uso de máscaras faciais para as pessoas que manifestassem sintomas respiratórios, como tosse, espirros e dificuldade para respirar; pessoas (incluindo familiares) que estivessem em contato com pessoas com sintomas respiratórios e profissionais de saúde, ao atenderem pacientes com sintomas respiratórios. Outras medidas também foram preconizadas como o uso de álcool em gel, a lavagem persistente das mãos e o distanciamento dos infectados.

Na ocasião, as medidas foram fortemente implementadas na tentativa de evitar a contaminação. Os veículos de comunicação salientavam a importância de cuidados como: a lavagem das mãos com frequência, usar desinfetante para as mãos à base de álcool; evitar tocar o nariz ou a boca, que são vias comuns de infecção; evitar multidões e visitas a espaços fechados com outras pessoas; evitar o aperto de mão e outras formas de contato físico. Era necessário manter distância de pelo menos um metro de qualquer pessoa que tivesse sintomas respiratórios como tosse ou espirro (OMS/Opas, 2020).

Em 06 de março de 2020, de acordo com a Opas (2020), a Covid era transmitida de forma semelhante à gripe: contato direto com pessoas infectadas. Na ocasião, pensava-se que a maior parte dos casos seriam de apresentação leve, poucos se agravariam, apenas um percentual pequeno resultaria em óbito e que as mortes seriam apenas entre os mais idosos e com doenças comórbidas, como doenças cardiovasculares ou diabetes.

Acreditava-se que, no primeiro ano da pandemia, a proteção aos idosos deveria ser a estratégia prioritária, tendo em vista que eles constituem grupo com maior risco de complicações e de morte pela Covid-19 (Lóss *et al.*, 2020). As pessoas com mais de 60 anos de idade, por serem as mais vulneráveis, deveriam permanecer em casa, sempre que possível, restringir seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitar o uso de meios

de transporte coletivo e não frequentar locais com aglomerações. As demais pessoas também deveriam fazer, cada qual, a sua parte, uma vez que a redução da transmissão na comunidade era necessária para a proteção de todos. Por sua vez, as crianças e aqueles que desenvolvem infecções assintomáticas poderiam e podem contribuir para a propagação da doença e para o contágio dos idosos e demais grupos mais propensos, e assim sofrer complicações, como diabéticos, hipertensos e pessoas com câncer (Oliveira *et al.*, 2020).

Em 18 de março de 2020, a doença continuava avançando e foi solicitado pela Opas que os serviços de saúde ao redor do mundo reorganizassem seus serviços e esforços a fim de salvar vidas. Até o dia 17 de março de 2020, haviam sido registrados 191.127 casos e 7.807 mortes em todo o mundo. Havia o alerta de que era possível que o fluxo de pacientes aumentasse, os suprimentos médicos e mão de obra qualificada também começaram a ficar esgotados em alguns países. Até a data supracitada, não se conhecia tratamento específico para a Covid-19.

Em maio de 2020, a OMS divulgou notas e folhetos em que demonstrava a preocupação com a saúde mental das populações com dicas para melhor lidar com o estresse durante a pandemia, tanto para adultos quanto para crianças. Em junho de 2020, informativos voltados aos pacientes de distintas patologias crônicas foram divulgados, como diabetes, hipertensão, câncer, e como deveriam agir em caso de contaminação pelo Coronavírus. Em 02 de junho, a Opas se pronunciou alertando acerca do isolamento social como medida principal para contenção e propagação do vírus nas Américas, havendo que se asseverar que, nessa região, há a incidência de profundas desigualdades sociais e que as populações passavam por situações difíceis para além da emergência sanitária, como problemas econômicos e sociais, e outros grupos não poderiam ser esquecidos nesse momento, referindo-se aos mais vulneráveis, como os indígenas, migrantes e pessoas com doenças crônicas.

Em 10 de julho de 2020, foi divulgado o documento que discorria sobre a implementação da vacinação contra Covid elaborado pela Unidade de Imunização Integral da Família, Departamento de Saúde da Família, Promoção da Saúde e Ciclo de Vida, Organização Pan-Americana da Saúde que salientava a importância dos países em fazer o planejamento da introdução dessa nova vacina e identificar os componentes-chave que deviam ser fortalecidos na preparação para a vacinação. As experiências adquiridas na Região das Américas, durante a vacinação contra a influenza pandêmica H1N1, em 2009, a vacinação

anual contra a influenza sazonal, as campanhas de vacinação contra sarampo e rubéola, poliomielite e febre amarela, entre outras, deveriam ser aproveitadas para desenvolver planos nacionais de vacinação contra a Covid-19.

Em 07 de outubro de 2020, a Opas (2020) informou que a transmissão do Coronavírus estava muito alta e 17 milhões de casos de Covid-19 haviam sido notificados nas Américas, com mais de 574 mil mortes, representando metade de todos os casos em todo o mundo e mais da metade de todas as mortes. Destacou-se que havia grande disseminação e propagação da doença entre pessoas jovens e o uso de máscaras e distanciamento social era fortemente reforçado.

Em 10 de novembro de 2020, a Opas enviou testes rápidos a vários países, com o objetivo de aumentar a resposta em relação à Covid-19, fazer mais diagnósticos e isolar quem estivesse com a doença. Na mesma semana, a Unicef e a Opas convocaram licitações para o implemento de vacinas contra a Covid-19. Dessa forma, convocaram fabricantes de vacinas a apresentarem suas propostas para o ano seguinte.

Em 09 de dezembro de 2020, a pandemia avançava com mais de 753 mil mortes e mais de 28,5 milhões de casos notificados nas Américas. Havia preocupação frente às festas de fim de ano, sendo necessário aumentar a quantidade de leitos e capacidades de receber os pacientes em hospitais. No Brasil, havia o caos instalado e era necessário pensar na vacina, bem como no acesso de todos a ela.

Em 30 de dezembro de 2020, uma nota divulgada pela Opas ressaltou que, globalmente, a pandemia afetou 216 países e territórios, resultando em mais de 80 milhões de casos e 1,7 milhões de mortes. As Américas foram as mais afetadas, sendo o evento de saúde pública mais extraordinário dessa geração.

O ano de 2020 chegava ao fim, após um grande período de isolamento social, de implementação de medidas de controle, com a comunidade científica se mobilizando em esforços para lidar com a doença. Foram revisados estudos com os resultados de mais de 1.700 ensaios clínicos e 58 opções terapêuticas para permitir que as autoridades de saúde tomassem suas decisões baseadas em evidências para o atendimento ao paciente. Destaca-se que 111 diretrizes e recomendações técnicas foram desenvolvidas com foco em enfrentar a Covid-19 (OMS/Opas, 2020).

A Opas (2020) apoiou o estado do Rio de Janeiro na implementação de um centro de operações de emergências cujo objetivo era elaborar protocolos

e análises relacionados à situação epidemiológica da doença na cidade do Rio de Janeiro; planejar, organizar, coordenar e monitorar as ações de enfrentamento à Covid-19; divulgar informações relativas à emergência de saúde pública; e deliberar sobre os estágios de aplicação das medidas protetivas para cada região administrativa do município.

Destaca-se que, em 11 de janeiro de 2021, a Opas divulgou um documento que advertia as populações sobre a existência de uma nova variante, explicando que o surgimento das mutações era um evento já esperado, e que desde a caracterização genômica inicial do SARS-CoV-2, esse vírus se dividiu em diferentes grupos genéticos ou clados. A esperança do mundo estava na vacina. Até 19 de janeiro de 2021, somente uma vacina havia sido aprovada, com prioridade para vacinar trabalhadores dos serviços de saúde e grupos vulneráveis, mas as doses eram muito limitadas. Os números eram elevados e já contabilizavam mais de 2,5 milhões de novos casos de Covid-19 na região das Américas, representando mais da metade de todas as infecções globais. No mesmo período, 42 mil pessoas foram a óbito em decorrência da pandemia. Havia um colapso generalizado nos sistemas de saúde do mundo.

Em 27 de janeiro de 2021, foi registrado um marco na pandemia: mais de um milhão de pessoas nas Américas morreram devido a complicações da Covid-19. Destaca-se que, nesse contexto, muitos profissionais de saúde contraíram a doença e morreram. A pandemia também trouxe uma crise para a saúde mental das pessoas de forma global (OMS/Opas, 2020).

Em 03 de fevereiro de 2021, a Covax, juntamente com a OMS, a Opas e a Unicef, publicou a previsão para a chegada das vacinas. Em 12 de fevereiro, foram dadas orientações sobre a logística e abastecimento em relação às vacinas. Em 17 de fevereiro de 2021, a Opas (2021) pede tratamento equitativo à medida em que as vacinas vão sendo liberadas.

Em 01 de março de 2021, a Colômbia foi o primeiro país das Américas a receber um lote de vacinas por meio do consórcio Covax, sendo considerado um marco histórico no que tange à distribuição equitativa de vacinas. Em 21 de março, o Brasil recebeu o primeiro lote de vacinas por meio do Covax, esforço global da Coalizão para Promoção de Inovações em prol da Preparação para Epidemias (CEPI), da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (Gavi), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 2021).

Em 05 de maio de 2021, a Opas divulgou que os casos de Covid-19 haviam disparado entre os jovens de todas as idades, destacando que esses casos estavam constantemente se agravando e levando muitos jovens à morte. Em todo tempo ocorria um incremento nas buscas por leitos de UTI, sendo que não se encontrava mão de obra capacitada para esse setor da saúde.

Ressalta-se que, em 07 de maio de 2021, a OMS apresentou a lista de vacinas que poderiam ser utilizadas em caráter emergencial: AstraZeneca/Oxford, produzidas pela AstraZeneca-SKBio (República da Coreia) e Serum Institute of India; Janssen; e Moderna; Pfizer/BioNTech. Na mesma ocasião, havia escassez de oxigênio, medicações sedativas, profissionais de saúde, leitos hospitalares e de UTI e as unidades hospitalares, em grande parte das Américas, permaneciam com quase 100% de ocupação.

Em 01 de junho de 2021, foi aprovada pela OMS a vacina Sinovac CoronaVac para uso emergencial, dando aos países a garantia de que atende aos padrões internacionais de segurança, eficácia e fabricação. Em 20 de julho, a Opas lançou uma cartilha para tirar dúvidas das populações sobre a segurança das vacinas, pois havia forte disseminação de notícias falsas em relação às vacinas e o medo da população em vacinar era real.

Em 08 de setembro de 2021, a Opas se posicionou em relação ao acometimento das gestantes com Covid-19, salientando a importância de vacinar as gestantes como prioridade: “A OPAS recomenda que todas as mulheres grávidas, após o primeiro trimestre, bem como as mulheres que estão amamentando, recebam a vacina contra a COVID-19” (Opas, 2021, p. 4).

Em 13 de abril de 2022, a Opas identificou outra variante do Sars-Cov-2 e emitiu um documento no qual destaca que mais de 100 variantes do SARS-CoV-2 haviam sido identificadas e apenas 5 delas foram consideradas como variante de preocupação (VOC, por sua sigla em inglês) 1: Alfa, Beta, Delta, Gama e Ômicron.

Atualmente, a vacinação continua demonstrando redução nas taxas de mortalidade pela Covid-19 e, no Brasil, até a data 20 de abril de 2022, foram aplicadas 426 mil doses de vacina, sendo que 163 mil pessoas completaram todo o esquema com 3 doses, e isso representa 16,7% da população totalmente vacinada (Brasil, [s. d.]).

## 2.1 História das pandemias

As doenças sempre fizeram parte da história da humanidade. No decorrer do tempo, ocorreram sucessivos eventos de natureza pandêmica que acarretaram o desenvolvimento e evolução da sociedade. Por ser milenar, tal fenômeno revela um caráter de recorrência. Sabe-se que a maioria das pandemias resulta da ação de agentes patogênicos zoonóticos que são transmitidos aos humanos por meio do contato com diversas espécies de animais. O crescimento demográfico e a disseminação da população pelo planeta geraram condições favoráveis para a proliferação de doenças transmissíveis, o que influenciou significativamente a história dos povos (Fernandes, 2021).

Conceituando, epidemia é uma doença que atinge grande número de pessoas ou animais num mesmo ponto e em determinado período, enquanto pandemia é caracterizada como sendo uma epidemia que se origina em um local específico do globo e se propaga por diversos países, contagiando vários indivíduos, tendo como resultado a alta perda de vidas humanas e desolação social (Castaneda Gullot; Ramos Serpa, 2020). A definição de pandemia, elaborada pela Organização Mundial de Saúde, como sendo doença de transmissão global cujo processo de difusão e de transmissão ocorre, simultaneamente, em diversos países, regiões ou continentes, comporta limitações, visto que tende a sobrevalorizar o critério da propagação em detrimento do critério da gravidade (De Campos, 2020).

Livros judaico-cristãos tão antigos quanto Êxodo, Jeremias, Isaías, Matias e Reis já mencionam pandemias. Pensadores da antiguidade, como Plínio, o Velho, Hipócrates e Aristóteles, igualmente relataram evidências em suas obras a respeito de avaliações feitas das epidemias. Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C.), conhecido como o Pai da Medicina, médico grego que viveu na chamada Era de Péricles, escreveu livros sobre epidemias, registrando a correlação das mudanças de estação e o ar com as doenças. Entretanto, Aristóteles (384 a. C. - 322 a. C.), filósofo da ciência de seu tempo, aduz que as enfermidades estavam interligadas a eventos astrológicos que influenciaram as pessoas. Já Ovídio (47 a. C. - 17 a. C.), poeta romano, mencionou a epidemia da peste de Egina. Outrossim, existem crônicas que apontam que a cólera estava presente na Índia e no Tibete desde o século IV a. C. (Ledermann, 2003).

Uma das primeiras epidemias descritas entre os gregos foi a peste de Atenas, documentada entre 430-411 a. C., que acabou com um terço da população,

cerca de 250.000 pessoas. Sua origem se deu na Etiópia, espalhando-se por todo Egito e Grécia, ocorrendo, principalmente, nas grandes aglomerações de cidades, locais com intensas ondas de calor e guerras. Tal relato foi fornecido por Tucídides, que sobreviveu à peste e a descreveu em sua obra *História da Guerra do Peloponeso*. Os sintomas iniciais eram febre, cefaleia, conjuntivite, erupção cutânea; seguidos de hemoptise e dor estomacal, geralmente acompanhada de náuseas, ânsia de vômito e vômitos. Os acometidos, normalmente, faleciam após 7 ou 8 dias do início da doença. Os afetados que superavam esse estágio poderiam apresentar paralisia parcial, amnésia ou cegueira irreversível.

Acrescenta-se que, até os dias atuais, não se esclareceu a causa da praga ateniense, apesar de várias doenças, incluindo a peste bubônica e a febre tifoide, serem identificadas como prováveis geradoras. Duas teorias são as mais conhecidas, sendo uma postulada por Olson e outros epidemiologistas clássicos, que afirmava que a causa da peste ateniense foi o vírus Ebola da febre hemorrágica; e outra teoria elaborada por Hipócrates de Cós (séc. V - IV a. C.), que considerava que a epidemia originava da contaminação do ar que produzia os miasmas, emanações nefastas, relatando ainda que existiam fogueiras em espaços públicos para purificação do ar (Ricon-Ferraz, 2020; Tomasi, 2020; Becker, 2020).

Por volta de 165-180 d. C., no tempo dos imperadores romanos Lucius Verus (F. 169 d. C.) e Marcus Aurelius Antoninus (F. 180 d. C.), surge a peste Antonina (também chamada de praga de Galeno), caracterizada como uma infecção que eclodiu no Império Romano após o retorno das tropas que haviam lutado no Oriente Médio. Tal doença resultou em, aproximadamente, 5 milhões de mortes. Galeno de Pérgamo (séc. II d. C.), médico de Marcus Aurelius Antoninus, tratou doentes com essa patologia em Roma, conforme relatou, de forma dispersa, em seus escritos. Ademais, apesar de haver poucos registros históricos do agente etiológico, pesquisadores cogitam ter sido devido a um surto de varíola ou de sarampo (Fernandes, 2021; Ricon-Ferraz, 2020; Tomasi, 2020).

Em seguida, aconteceu a peste de Cipriano, datada em 250 d.C., tendo seu nome associado ao bispo de Cartago. Seu ponto de origem geográfica foi na região da Etiópia, espalhando-se, mais tarde, pelo Egito. A devastação foi tão violenta que, apenas na cidade de Alexandria, vitimou mais da metade da população, antes de chegar a Roma. Importante ressaltar que a causa é desconhecida até os dias atuais, mas ganhou consistência a ideia de ter sido

uma febre hemorrágica viral ou outro tipo de infecção causada por um vírus (Cravioto; García, 2013; Geoffroy; Díaz, 2020).

No ano de 541 d. C., surgiu a praga de Justiniano, tendo sua nomenclatura ligação com o nome do imperador bizantino da época. Sua origem se deu no Egito, espalhando-se, em seguida, para a capital do império bizantino. O primeiro surto envolveu de 30 a 50 milhões de mortes, o que correspondia à média de 26% da população mundial e mais da metade da população europeia (Sang, 2020). O epicentro do surto foi Constantinopla, local onde hoje é Istambul, capital do Império Romano Bizantino (Império Romano Oriental) (Tomasi, 2020). Tal enfermidade era transmitida por meio do contato com ratos contaminados que chegavam em navios mercadores de diferentes localidades da Eurásia, portadores de pulgas infectadas com a praga bubônica. A extensão geográfica dos seus efeitos afetou grande parte dos territórios da Síria, da Turquia e da Pérsia, bem como uma parte importante da Europa. A sua duração foi de dois séculos (Sabbatani; Fiorino, 2009).

Analisando o século XIV, tem-se uma das epidemias mais mortíferas, qual seja, a Peste Negra, que ocorreu no período entre 1348 e 1351, com início na Ásia Central. Relatos descrevem que a transmissão pode ter começado com navegadores genoveses a partir da colônia de Caffa na Crimeia, ou então no Ocidente Chipre, seguindo a costa mediterrânea, do litoral para o interior e para norte e oeste. A intensidade era maior nas cidades, nos locais de vida comunitária e de trocas comerciais. Tal doença ceifou mais de um terço da população europeia e repercutiu de forma extremamente negativa no cotidiano dos indivíduos até o século XIX. Dizimava independentemente da idade, gênero ou estatuto social. A condição clínica dos acometidos era a seguinte: disseminação generalizada de pústulas e abscessos, bubões, tumefações ganglionares nas virilhas e axilas; conduzindo a uma morte demasiadamente sofrida. Medidas de isolamento foram tomadas a viajantes infectados, entretanto o confinamento gerou sérios problemas de sustentabilidade econômica e de segurança social, motivos de constantes contestações (Fernandes, 2021).

Em Ragusa, no ano de 1377, surgiu a primeira quarentena oficial, porém não havia um espaço específico para o confinamento. Diante disso, em 1403, em Veneza, foi construído o primeiro lazareto (edificação para o controle sanitário), generalizando-se por toda a Europa. Conscientes da gigantesca contagiosidade da Peste Negra, os poderes públicos da Europa elaboraram medidas de isolamento: as quarentenas dos barcos, as terrestres e os cordões

sanitários para proteção das populações e limite da propagação da epidemia. Decidiu-se que, em caso de identificação local da epidemia, fazia-se o confinamento do doente, queima dos bens, selagem das casas, fiscalização do abastecimento de água e bens alimentares, proibição de ajuntamentos, além de penalização em caso de incumprimento (Ricon-Ferraz, 2020).

Não se deve deixar de mencionar a Variola, uma enfermidade que assombrou a humanidade por longo período, afetou e desfigurou irreversivelmente milhões de pessoas globalmente. Com grande expansão no território europeu, desde a epidemia de Antonino, veio, no decorrer do século XVIII, a afetar mais de 30% da população mundial. Sua erradicação ocorreu em 1980, como resultado de campanhas de vacinação que iniciaram em 1896 (Castaneda Gullot; Ramos Serpa, 2020; Sozinho, 2021).

Já a Cólera ainda não foi erradicada. No período entre 1817 e 1924, ela se espalhou pelo mundo, matando milhões de vítimas. É uma doença infecciosa, tendo como agente causal o *Vibrio cholerae*, que possui muitos sorogrupos, mas apenas 01 e 0139 que geraram surtos epidêmicos. Geralmente, os sintomas são diarreia secretora aguda, profusa e desidratação grave. Se não for devidamente tratada, pode levar a choque grave, resultando até mesmo em morte. A prevenção e combate são feitos por meio de medidas simples como consumo de água potável e medidas de saneamento básico. A estimativa é de que tal pandemia causou a morte de 100 a 200 mil pessoas no mundo (Castaneda Gullot; Ramos Serpa, 2020; Sozinho, 2021).

A pandemia da gripe foi relatada pela primeira vez no ano de 1580. Tal enfermidade se espalhou pela Ásia, Europa, África e América. A Gripe Russa foi a primeira a ser documentada de forma pormenorizada, em 1889, proliferando-se rapidamente em duas semanas. Começou pelo Império Russo e se espalhou por toda a Europa, Médio Oriente e Ásia. O subtipo da Gripe A ceifou um milhão de vidas. Em 1918, a Gripe Espanhola, provavelmente, iniciou-se nos Estados Unidos, sendo responsável por no mínimo 50 milhões de mortes, inclusive de populações indígenas inteiras. É uma pandemia extremamente maligna que atinge não só idosos e pacientes com debilitação no sistema imunológico, mas também jovens e adultos (Sozinho, 2021).

A Gripe Asiática, causada pelo vírus influenza A (H2N2), de origem aviária, iniciou-se na Ásia e gerou cerca de um milhão de mortes entre 1957 e 1958. Seu primeiro registro foi feito na localidade da Península de Yunnan, China, com a contaminação do restante do mundo em menos de um ano. Sua letalidade

não se nivelou à Gripe Espanhola devido ao fato de ter ocorrido identificação precoce da pandemia. Após a Gripe Espanhola, medidas de prevenção, como a vacinação, foram elaboradas, o que permitiu que a Gripe Asiática fosse contida com mais eficácia. A OMS elabora uma nova vacina anualmente para mitigar os efeitos das mutações da gripe. Dez anos após a Gripe Asiática, surge a Gripe de Hong Kong que, em duas semanas, infectou meio milhão de pessoas, tendo como agente causador o vírus influenza A (H3N2). Ficou classificada como sendo a última grande pandemia de gripe do século XX (Cervera, 2020).

Representando a última grande crise sanitária do século XX, surgida na República Africana do Congo, em 1981, o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) causava depressão do sistema imunológico e enfraquecimento dos mecanismos de defesa contra infecções e algumas modalidades de câncer. Atualmente, novas infecções são predominantes na Europa Oriental, Ásia Central, Oriente Médio e África Oriental. Em 2018, 770.000 pessoas faleceram e 1,7 milhão foram infectadas pelo HIV. A OMS estabeleceu medidas para diagnóstico, tratamento e prevenção que foram realizadas globalmente, resultando no controle da doença, evitando contágio e, como consequência, registrou-se a diminuição de 45% nas mortes (OMS, 2019).

No ano de 2009, presenciou-se a pandemia H1N1/09 (também conhecida como Gripe Suína). Inicialmente ocorreu no México, atingindo proporções pandêmicas em poucas semanas e infectando mais de 10% da população global. Entre 2014 e 2016, o vírus Ebola, endêmico da África Central e Ocidental, espalhou-se, chegando até Serra Leoa e Libéria, onde gerou uma pandemia considerável, quantificada com 28 mil casos e mais de 11 mil mortes. Um singelo número de casos foi registrado na Nigéria e Mali, todavia foram rapidamente contidos. Ainda nos anos de 2015 e 2016, no Brasil, relatou-se o surto de uma doença cujo vírus está latente em macacos rhesus, em Uganda, a Zika. Tal surto foi considerado moderado e as vítimas apresentavam erupção cutânea rosa, não elevada, com vermelhidão nos olhos, febre, dor nas articulações e cefaleia, semelhante à Dengue; podendo ter como consequência a síndrome de Guillain-Barre em adultos e microcefalia em crianças nascidas de mães infectadas (Becker, 2020).

Por fim, no ano de 2019, foi detectado na China, na cidade de Wuhan, um novo tipo de Coronavírus chamado SARS-CoV-2, que gerou o surto epidêmico inicial cuja disseminação global causou rápida expansão, tornando-se uma grave pandemia. Essa pandemia devastou a vida de milhões de pessoas no

mundo e ameaçou o desenvolvimento social e econômico em todos os países (Castaneda Gullot; Ramos Serpa, 2020). Com a Covid-19, a OMS declara, pela 6ª vez, estado de emergência internacional, baseando-se num sistema rápido de resposta a epidemias internacionais desenvolvido em 2009 para uma macrocoordenação internacional que objetiva frear qualquer emergência pandêmica (Senhoras, 2020).

A pandemia da Covid-19 desafiou globalmente diversos países, visto que se viram diante de fragilidade na velocidade das respostas, somada à grande dificuldade na proteção de determinados grupos sociais que se encontravam mais expostos à doença. Demonstrou que a ciência existe como um pilar fundamental da civilização contemporânea, uma vez que a ciência deve focar tanto no presente quanto no futuro, para que a sociedade esteja forte e mais bem preparada para reagir a fenômenos biológicos inesperados. O cenário é semelhante ao que já aconteceu em outros momentos da humanidade, em que doenças se espalharam pelo mundo e causaram estragos (Fernandes, 2021; Sozinho, 2021).

Diante do exposto, fica clarividente que a periodização das pandemias, ao longo do tempo, revela um componente negativamente inflexível na dinâmica demográfica. As ameaças mais significativas são a concentração em áreas urbanas, a mobilidade, as questões ambientais e o comportamento dos indivíduos. Embora tenha havido evolução de diversas áreas como economia, ciência, tecnologia e saúde, a vulnerabilidade face à emergência de riscos globais ainda é uma realidade para toda a população planetária.

## 2.2 Etiologia, diagnóstico e tratamento da Covid-19

No que tange à etiologia da Covid-19, o agente causador da patologia é o SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2*), consistindo em um novo membro do grupo dos Coronavírus que compreende vírus diversos, envelopados, com genoma RNA, fita simples de sentido positivo, com cerca de 60 a 140 nanômetros de diâmetro e projeções em sua superfície que lhe dão aparência parecida com uma coroa, quando observado em microscópio eletrônico. Trata-se de um beta coronavírus ( $\beta$ CoV), com a fisiopatogênese da infecção similar ao SARS-CoV (em que ocorre uma cadeia de respostas inflamatórias, com agravamento em indivíduos do grupo de risco, quais sejam, cardiopatas, diabéticos, idosos) e ao MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio). Salienta-se que os sintomas principais são: febre, tosse seca e dispnéia; e, geralmente, o período de incubação vai de 2 a 14 dias após a infecção.

O SARS-CoV-2 apresenta 96,2% de similaridade genômica com o coronavírus de morcegos (CoV RaTG13) e 79,5% com SARS-CoV. Dessa forma, o morcego foi indicado como hospedeiro natural de origem do SARS-CoV-2, que pode ter sido transmitido para os humanos através de hospedeiros intermediários; um exemplo é o pangolim, uma espécie de mamífero asiático e reservatório natural de Coronavírus. Ressalta-se que a similaridade do genoma do Coronavírus de pangolim (Pangolin-CoV) com o genoma de SARS-CoV-2 é de 91% de e 90% com o de CoV RaTG13 (Lima *et al.*, 2020; Pellegrino, 2020; Zhou *et al.*, 2020).

Em relação ao diagnóstico, protocolos foram surgindo ao longo desses dois anos, após diversas pesquisas para decodificação do genoma viral. O padrão ouro recomendado pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças é a análise do RNA viral em amostras de expectoração e exsudato nasofaríngeo. A técnica consiste em transcrição reversa, seguida pela reação em cadeia da polimerase em tempo real, durante a primeira semana de sintomas. Além disso, podem ser feitos testes sorológicos, a partir da segunda semana de sintomas, e exames laboratoriais (como hemograma completo, proteína C reativa, dímero-D, teste de coagulação, lactato desidrogenase, ferritina e procalcitonina para identificação de pior prognóstico).

Acrescenta-se que a coleta de amostras é uma etapa de extrema importância, visto que, se for advinda do local correto e no momento ideal da infecção, garante um diagnóstico preciso, com resultados verídicos e confiáveis. Atualmente, as amostras para o diagnóstico são do trato respiratório superior e inferior, fezes, sangue total e de soro. O diagnóstico pode, ainda, basear-se em biomarcadores correlacionados ao vírus responsável (material genético do microrganismo), em moléculas provenientes da resposta imunológica contra os antígenos virais (produção de anticorpos e testes sorológicos), em alterações na concentração de biomarcadores de órgãos afetados pelo vírus (marcadores inflamatórios, marcadores de funções renais e hepáticas, etc). Para fins de triagem em enfermos acometidos pela pneumonia ou alterações pulmonares decorrentes da Covid-19; ou quando a coleta e o transporte das amostras forem ineficazes ou não for possível a realização da coleta, o diagnóstico pode ser feito mediante tomografia computadorizada do tórax (Sampaio, 2020; Figueiredo, 2022).

Por ser uma doença nova, ainda não havia tratamento específico, por isso a forma de se tratar tal patologia passou por duas fases, sendo a primeira medicamentosa e a segunda com o uso da vacina. Ademais, objetivando encontrar ca-

minhos alternativos para o controle da doença, foram feitas pesquisas, chegando à conclusão de que o ideal seria a testagem de substâncias ativas já aprovadas para outras doenças. Determinados fármacos que foram aprovados e experimentados em indivíduos acometidos pelo SARS-CoV e MERS começaram a ser avaliados para o tratamento de Covid-19, sendo os mais utilizados a Cloroquina ou Hidroxicloroquina, o Remdesivir, o Baricitinibe, o anticorpo monoclonal receptor da interleucina-6 (IL-6) Tocilizumab e os fármacos anti-influenza Favipiravir e Umifenovir. Entretanto, a propagação da doença não foi freada, mesmo com a investigação de medicamentos capazes de reverter a forma grave da doença juntamente com a busca por uma vacina que impedisse a infecção pelo SARS-CoV-2. Ressalta-se que uma medida de combate comprovadamente eficaz contra a disseminação do vírus e contribuição para a diminuição de surgimento de novos casos foi a quarentena associada ao distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscaras e álcool em gel (Da Silva *et al.*, 2021).

No começo da pandemia, os pacientes passaram por muitos problemas que geravam estresse respiratório sendo necessária intervenção, pois 70% dos pacientes se tornavam críticos e necessitavam de cuidados intensivos com ventilação invasiva nas primeiras 24 horas. Muitos sintomas sérios apareciam depois do início da infecção, suscitando diversos tratamentos. Em casos extremos, utilizou-se a ECMO, sendo tratados 236 pacientes com esse método na Inglaterra. Destaca-se que, normalmente, são realizadas por ano 40 ECMO no hospital de Cambridge (Spiegelhalter; Masters, 2021).

Em julho de 2020, após várias experiências com as drogas e seus variados protocolos, iniciou-se a produção das vacinas, sendo 23 testadas em seres humanos. Todavia, apenas duas estavam na terceira e última fase dessa testagem, com um total de 140 candidatas em fases anteriores de desenvolvimento. Além disso, ao mesmo tempo, no Brasil, o Instituto Butantã desenvolvia uma vacina juntamente com a empresa chinesa Chinovac, e a Fiocruz/Biomanguinhos com a AstraZeneca. Finalmente, em novembro de 2020, numa análise final dos dados de fase 3 da vacina candidata BNT162b2, baseada no RNA mensageiro, demonstrou-se 95% de eficácia, sendo compatível em dados demográficos como idade, sexo, raça e etnia. A eficácia foi de 94% em idosos com mais de 65 anos de idade. Em 2021, a população viveu a segunda fase do tratamento, com a aplicação das doses de reforço em quase toda a população (Da Silva *et al.*, 2021).

Nessa toada, ressalta-se que pesquisas têm sido elaboradas com a finalidade de encontrar uma medicação capaz de conter a doença de forma específica.

Destaca-se que as unidades de saúde no Brasil têm utilizado, para o tratamento da Covid-19 sintomática, remédios já existentes para síndromes gripais associados ao uso de corticoides e antibióticos.

### 2.3 Mortes por Covid-19

A vida mudou em 2020. Histórias marcantes fazem parte das famílias, a escola passou a ser em casa, o trabalho em casa, a falta de contato com pessoas, os profissionais de saúde trabalharam exaustivamente, o uso de máscaras passou a ser comum, pessoas contraindo a Covid-19, jovens necessitando de cuidados intensivos e sem visitas, muitos mortos, e famílias sem um funeral. Os jornais noticiaram a situação social, os riscos, as vacinas e os *lockdowns* (Spiegelhalter; Masters, 2021).

Mas, a todo tempo, questionamo-nos quantas pessoas morreram por Covid-19. E essa pergunta não é fácil de responder, visto que a doença atingiu o mundo e os pacientes que apresentavam outros fatores contribuíram para as mortes. Na primeira onda da Covid-19, pôde-se verificar que as mortes aumentaram rapidamente. As explicações são os danos colaterais, pois muitos doentes não buscaram o hospital para se tratar, já que os hospitais e clínicas estavam sobrecarregados. Em locais como asilos, muitos idosos não foram testados, sendo subnotificados. No verão de 2020, as mortes por Covid-19 diminuíram de forma considerável em contraste com a primeira onda e, até 30 de abril de 2021, foram registradas 9.692 mortes na Inglaterra e no País de Gales. Destaca-se que a grande maioria das pessoas que morreram tiveram sua vida abreviada. Entretanto, é raro haver apenas uma causa primária de morte, e com a Covid-19 isso também não é diferente. Na primeira onda, em 91% dos casos, houve doenças pré-existentes (Spiegelhalter; Masters, 2021).

É importante ressaltar que existem diferenças nas mortes e locais de mortes por Covid-19. Observou-se o aumento de pessoas que morreram em casa e as explicações são a orientação dos médicos de que o paciente deveria ir ao hospital se fosse estritamente necessário. Para saber quantas pessoas morreram por Covid-19, irá depender de como contar as estatísticas (Spiegelhalter; Masters, 2021).

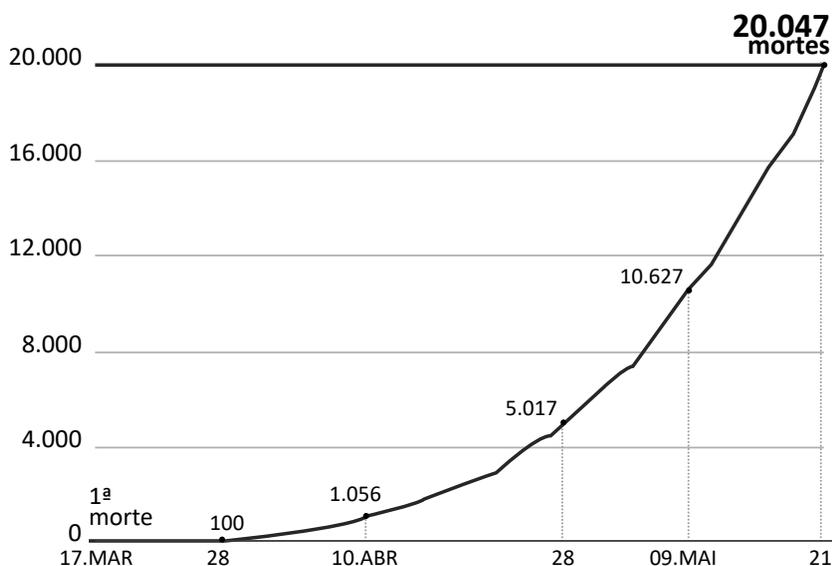
Os dados do Brasil contidos na plataforma do governo mostram os casos notificados, confirmados e os óbitos ocorridos até a data de 20/06/2022. O total dos óbitos até essa data somaram 669.121.

Retomando o início da pandemia, temos que, até o dia 21/05/2020, os números apontavam para 20.047 óbitos, no Brasil, conforme se vê no gráfico a seguir, publicado pelo Ministério da Saúde (2020). Destaca-se que, nessa fase da pandemia, havia um crescimento alarmante da média móvel de óbitos por dia, o que assustava a sociedade. As medidas de isolamento social e cuidados com máscaras e álcool em gel eram a tentativa de frear a transmissão e evitar óbitos (Brasil, 2020b).

Gráfico 1 – Mortes por Coronavírus no Brasil

## Mortes por coronavírus no Brasil

Total de óbitos causados pelo coronavírus Sars-Cov-2, segundo o Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde

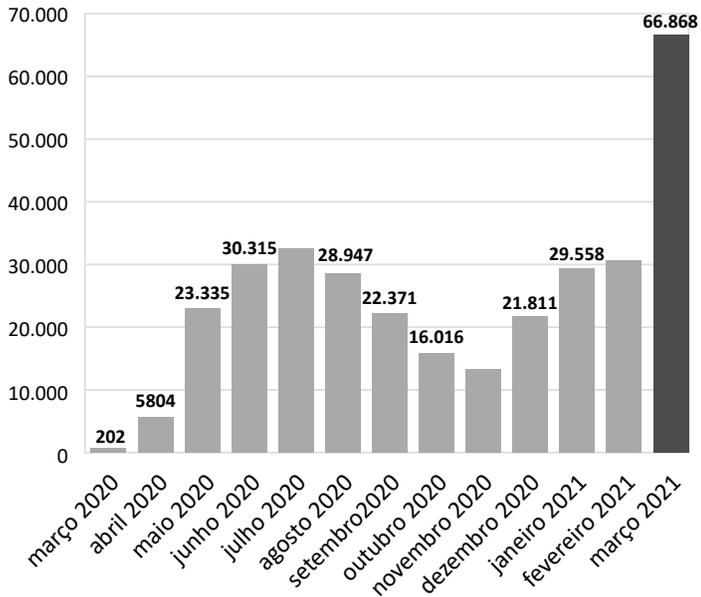


Infográfico atualizado em: 21/05/2020

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2020b).

No início da pandemia da Covid-19, mais precisamente no ano 2020, pôde-se verificar o crescimento de óbitos, conforme o gráfico a seguir, época em que o país perdeu 66.868 brasileiros, tornando-se o epicentro da pandemia (Portal G1, 2021).

Gráfico 2 – Mortes por Covid-19 no Brasil por mês

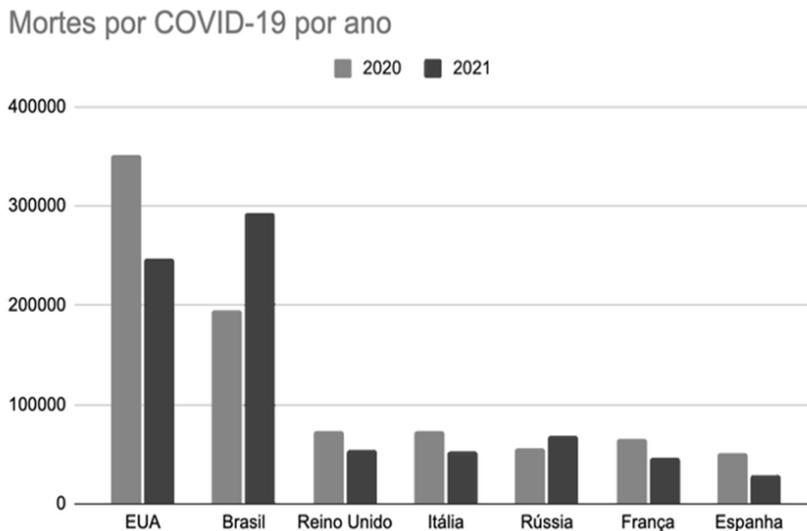


Fonte: Consórcio de veículos de imprensa (2021).

<https://www.pt.org.br/brasil-fecha-o-mes-mais-letal-da-pandemia-668-mil-mortes/>

Abaixo, é possível verificar o gráfico que aponta as mortes por Covid-19 nos anos de 2020 e 2021, comparando o Brasil com outros países. Observam-se Estados Unidos e Brasil com um grande número de óbitos.

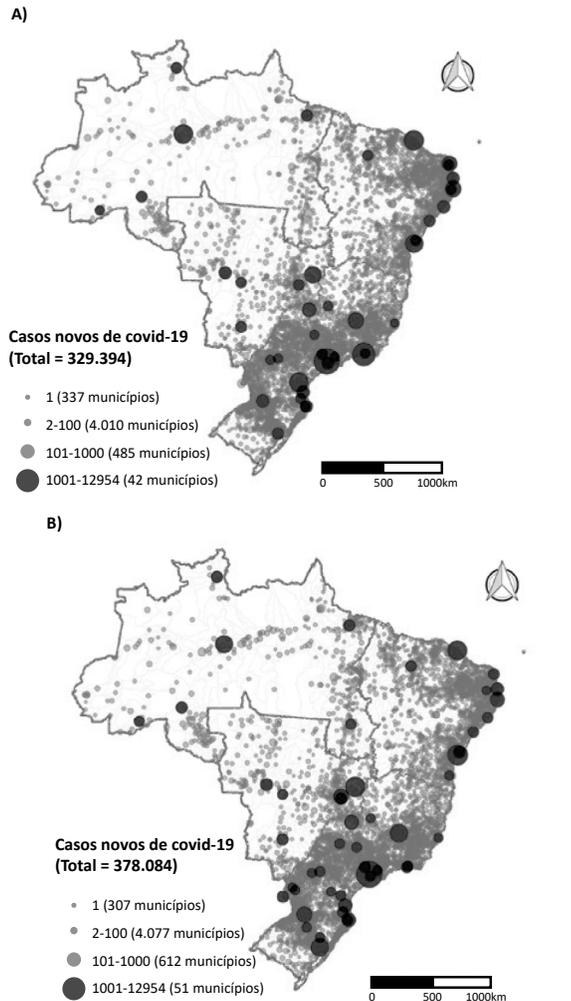
Gráfico 3 – Mortes por Covid-19 por ano



Fonte: Rede Brasil atual (2021).

Abaixo, pode-se contemplar a distribuição espacial dos óbitos novos por Covid-19, por município, ao final das semanas epidemiológicas 7(A) e 8(B) (Brasil, [s. d.]), publicadas no site do governo brasileiro. Nota-se que a figura abaixo mostra a distribuição espacial dos óbitos novos por Covid-19 ao final da semana epidemiológica (SE) 7 e 8. Até o dia 27 de fevereiro de 2021, 5.281 (94,8%) dos municípios brasileiros notificaram pelo menos um óbito pela doença (Brasil, [s. d.]).

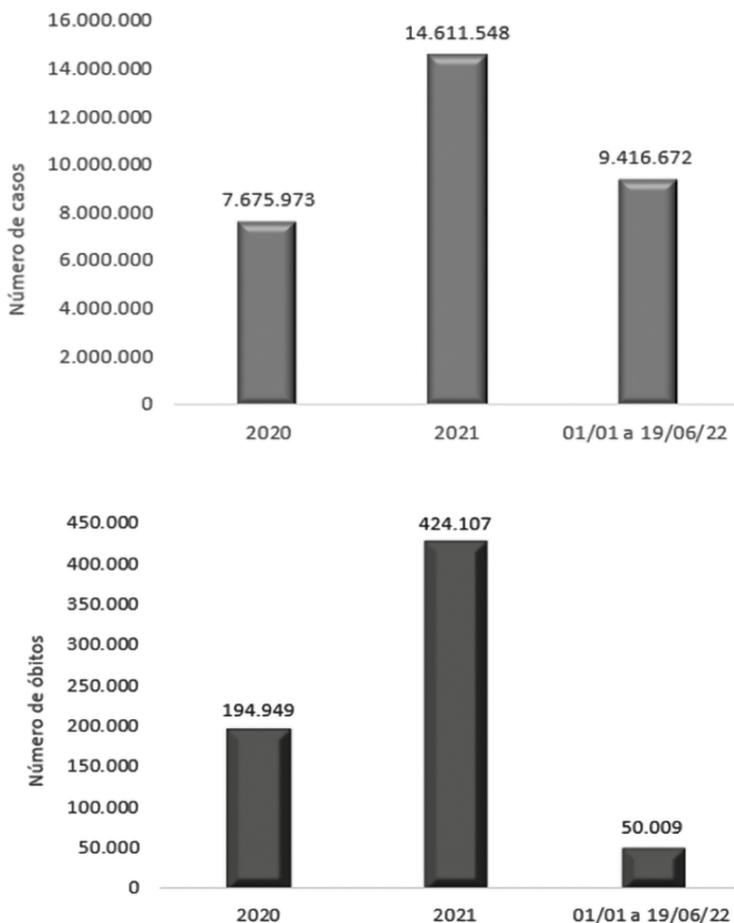
Figura 3 – Distribuição espacial dos óbitos novos por Covid-19, por município



Fonte: Semana Epidemiológica (Brasil, [s. d.]).

O gráfico abaixo revela o número de casos e de mortes ocorridas no Brasil nos anos 2020, 2021 e 2022, e é possível notar o avanço das ondas da Covid-19. De acordo com o gráfico abaixo, o número de mortes chegou a 50 mil óbitos até o dia 19/06/22, número que é bem menor do que os de 2020 e 2021, mostrando que a vacinação conseguiu reduzir o número de vítimas fatais da Covid-19.

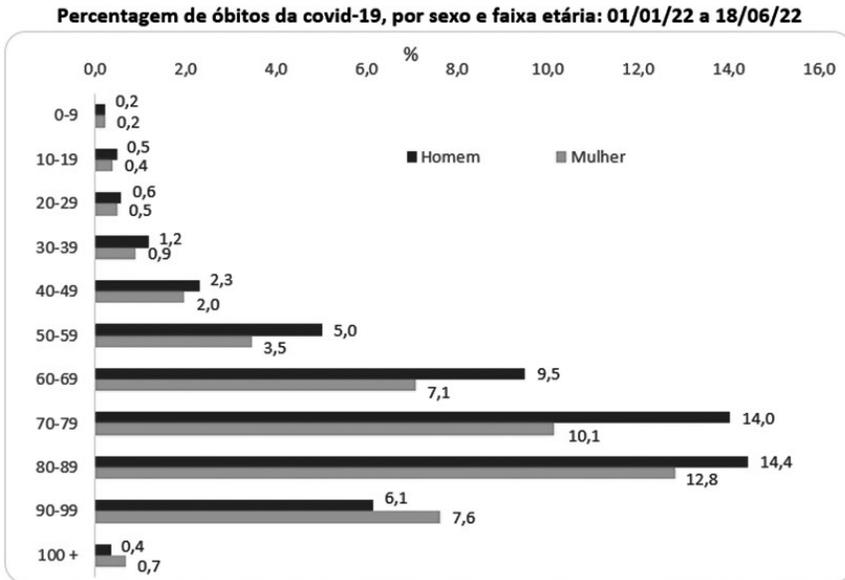
Gráfico 4 - Número de casos e de mortes da Covid, Brasil: 2020 à 19/06/2022



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e CONASS (2021).

A seguir, pode-se notar a distribuição de óbitos por idade e sexo das 50.000 mortes ocorridas em 2021. O gráfico demonstra a maior incidência entre a população idosa. Das mortes ocorridas, 54,2% foram de homens e 45,8% de mulheres. Os óbitos entre a população de idosos vítimas da Covid-19 aumentaram para 82,8%, número superior a cerca de 70% se comparado aos dois anos anteriores. Sendo assim, a pandemia levou a óbito, nessa ocasião, mais homens e pessoas de 60 anos e mais de idade (Alves, 2021).

Gráfico 5 - Óbitos por Covid-19, por sexo e faixa etária: 01/01/22 à 18/06/22



Fonte: Portal da transparência do registro civil (2022).

Nesse ínterim, pode-se compreender o impacto que a morte teve na pandemia, especialmente nas primeiras ondas, quando pouco se sabia sobre o que estava acontecendo. Os idosos, sem dúvida, estiveram mais vulneráveis, entretanto a pandemia também vitimou jovens e crianças.

## 2.4 Isolamento social na pandemia da Covid-19

O isolamento social foi uma medida que teve por objetivo separar as pessoas infectadas sintomáticas das assintomáticas evitando a propagação do vírus, sendo utilizado o isolamento domiciliar. O isolamento foi feito, inicialmente, por 14 dias, seguindo as normas do Ministério da Saúde. A quarentena está relacionada à restrição de movimento da pessoa que pode ter sido potencialmente infectada para evitar que outras pessoas se contaminem (Santos; Rodrigues, 2020).

O isolamento social impactou reduzindo a interação entre as pessoas, o trabalho passou a acontecer em casa de forma virtual. Isso teve repercussões

nos lares e na rotina familiar e, do mesmo modo, também impactou as relações estudantis, interferindo na aprendizagem, no lazer dos sujeitos e nas relações sociais de forma abrangente, gerando ansiedade e frustração. É possível verificar que, frente ao isolamento, ocorreram problemas psicológicos devido às mudanças no estilo de vida, principalmente na vida dos idosos que apresentaram quadros de depressão e tentativas de suicídio. Ademais, o sono de muitos sujeitos foi alterado pelo aumento da preocupação com as economias e com o medo da própria doença, do tratamento e cura (Canuto *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que o isolamento também teve pontos positivos, como, por exemplo, as interações virtuais e o aumento do uso das tecnologias quando os indivíduos puderam comunicar-se com seus entes e familiares durante o isolamento. O isolamento permitiu potencial diminuição na transmissão da doença, houve impacto na saúde mental da população, mas aumento do senso de cuidado e de solidariedade frente às desigualdades sociais (Canuto *et al.*, 2020).

Uma pesquisa científica avaliou o comportamento de risco da população brasileira durante o isolamento social e evidenciou que houve aumento do uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, má alimentação, redução de atividades físicas, aumento do uso de telas (*smartphones*, *tablets* e computadores), piorando o comportamento de risco durante a pandemia da Covid-19 (Malta *et al.*, 2020).

Depreende-se que uma pandemia pode suscitar uma perturbação psicossocial que vai além da capacidade de enfrentamento da população e, em termos gerais, a população pode sofrer de angústias e preocupações, e um terço pode manifestar psicopatologias a depender do grau de vulnerabilidade que tiver (Santos; Rodrigues, 2020).

Um estudo observou que as alterações mais comumente encontradas na saúde mental da população foram: medo, estresse, ansiedade, culpa e tristeza. É preciso registrar que o isolamento social, por si só, não é fator de risco para o adoecimento em saúde mental. Existiram outros fatores como: renda familiar reduzida e informações veiculadas pela mídia sobre as mortes ocorridas (Fogaça; Arossa; Hirdes, 2021).

Para as pessoas idosas com mais de 60 anos, certamente, a Covid-19 teve um impacto importante, principalmente para aqueles que atravessaram situações traumáticas. Observou-se a busca pela religiosidade como fator de proteção. A resiliência foi verificada e, ao considerar fatores como estresse,

tristeza e solidão, e autopercepção acerca do envelhecer, os idosos relataram tristeza menor se comparado aos jovens. Nesse ínterim, a solidão é a queixa mais observada e o sofrimento relativo à perda de entes, sentimento de impotência, medo da morte e a negligência por parte dos familiares no que tange aos cuidados com os idosos (Santos; Silva; Pachú, 2020).

No que concerne ao cenário social, verifica-se a estigmatização do envelhecimento, o preconceito com os idosos, o isolamento e a solidão como indicativos para o comportamento suicida, sendo, nesses casos, o auxílio dos meios virtuais um facilitador para o vínculo social (Santos; Silva; Pachú, 2020).

Outro fator de extrema relevância observado durante o período de isolamento foi o aumento do índice de violência contra a pessoa idosa. Abusos que ocorrem, na maioria das vezes, por parte do familiar ou cuidador. A identificação dos casos de violência foi dificultosa, uma vez que o idoso passou a maior parte do tempo juntamente com o agressor devido ao isolamento, sendo os idosos com problemas mentais os mais suscetíveis ao cenário violento (Vale *et al.*, 2020).

## **2.5 O impacto da Covid-19 na qualidade de vida dos idosos**

Repisa-se que a Organização Mundial da Saúde (2015) informa que idoso é o indivíduo com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos. O processo de envelhecimento, em nível biológico, associa-se ao acúmulo de uma extensa variedade de danos moleculares e celulares. No decorrer do tempo, tais danos podem se transformar numa perda gradual de reservas fisiológicas, elevação do risco de contrair doenças e diminuição da capacidade intrínseca do indivíduo. Assim, para que haja um envelhecimento saudável, é necessário que aconteça o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permita o bem-estar em idade avançada (Gama; Soares; Souza, 2020).

No que diz respeito aos idosos, a qualidade de vida é um aspecto central, uma vez que se apresenta como um indicador de adaptação ao envelhecimento. Conceitualmente, a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua própria condição de vida, de sua ideiação do contexto de cultura e sistema de valores, levando em conta seus planejamentos, objetivos, expectativas, aflições e angústias, ou seja, a qualidade de vida dos idosos engloba tanto a renda, a educação, a urbanização e a qualidade dos serviços de saúde, quanto os valores

e atitudes sociais que contextualizam os pontos de vista dos indivíduos e do significado de envelhecer. Tal fato é explicado pelo grau de compromisso da sociedade com o bem-estar dos seus membros mais velhos (Souza, D., 2020).

Com a chegada da terceira idade, surgem vulnerabilidades devido a inúmeros fatores que afetam a saúde física, emocional, social, nível de independência e/ou dependência e as relações com seu meio ambiente e a sociedade. Nesse contexto, pesquisas esclarecem que a pandemia da Covid-19 repercutiu diretamente na saúde mental dos senis. Devido a isso, faz-se necessária a manutenção de boas condições de saúde dos idosos e do controle de doenças para o não agravamento e possível hospitalização, ou, até mesmo, falecimento dos mesmos. Outrossim, o cenário pandêmico global e as medidas de prevenção para contê-lo são fatores de risco à saúde dos idosos, ao afetar psicologicamente e contribuir para incerteza, pânico e potencial desenvolvimento de transtornos mentais. Uma das medidas adotadas foi o isolamento social e, nesse período, ocorreram desafios a serem superados, desencadeando, em muitos idosos, mal-estar psicológico que fragilizou a capacidade de adaptação ao confinamento social e produziu respostas fisiológicas e emocionais negativas que impactaram o sistema imunológico e a condição de equilíbrio mental (Banerjee, 2020; Wu, 2020).

Pesquisas indicam que o principal fator acometido, no que diz respeito ao envelhecimento, é a questão social, com enfoque na sua dimensão; seguido da parte física e psicológica. A participação social é um forte indicador para o bem-estar do idoso. Durante o isolamento social de longa duração, as relações com familiares e amigos foram extremamente afetadas, visto que os idosos foram privados de suas liberdades, estando limitados apenas ao ambiente do lar, como uma “prisão”, sem sequer poder participar das atividades na comunidade, o que gerou, em muitos, o declínio da saúde mental e física e, conseqüentemente, a redução da qualidade de vida. Ademais, indivíduos na terceira idade que possuem privações no ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrer depressão e, no decorrer da pandemia, a dimensão psíquica foi nitidamente abalada, principalmente no âmbito de reconhecer o sentido e o objetivo da vida nas realizações pessoais.

Nesse sentido, as pesquisas demonstraram que muitos idosos relataram falta de otimismo e desânimo. Quanto à dimensão biológica, com a suspensão das consultas durante a quarentena, houve agravamento de doenças crônicas, com piora do domínio físico e surgimento de sintomas como cefaleia,

dores osteoarticulares e insônia, já que, devido à pandemia da Covid-19, muitas pessoas, principalmente os idosos, reduziram a atividade física e/ou a prática regular de exercício, o que pôde resultar em conseqüente diminuição na capacidade funcional. São muitos os efeitos positivos do exercício físico, primordialmente em tempos de pandemia, visto que são considerados potenciadores para manutenção e fortalecimento do sistema imunológico (Alves, 2021; Gomes *et al.*, 2020).

A saúde emocional das pessoas idosas também apresentou reflexos da pandemia. Um dos fatores importantes foi o distanciamento social que implicou alterações comportamentais nos idosos. Atrelado a isso, estudos demonstraram que as conseqüências das medidas restritivas adotadas foram: elevação dos níveis de estresse; medo de ser contaminado; ansiedade; piora na qualidade do sono; aumento do risco de suicídio em virtude da sensação de desligamento social, do distanciamento físico e da impressão de perda de utilidade. A maioria dos idosos, durante o período pandêmico e de isolamento, relatou se sentir impotente, o que desencadeia, em alguns, a sensação de fatalismo, tristeza e depressão, perdendo a esperança e a vontade de viver. A prevalência de tristeza e depressão durante a pandemia foi de 27,5% em mulheres e 17,5% nos homens. Isso sugere que o sexo feminino foi mais suscetível a problemas de ordem psicológica do que o masculino e que a pandemia pode impactar de forma distinta na qualidade de vida entre os sexos (Romero; Silva, 2021).

Nessa conjuntura, a incumbência de proporcionar uma boa qualidade de vida à população idosa é indispensável e tal obrigação vai além do sistema de saúde, sendo essenciais medidas interventivas no meio social em que vivem. É fundamental atentar que, diante da complexidade e das peculiaridades do envelhecimento humano, a pandemia da Covid-19 se tornou um obstáculo, tornando a família, a comunidade e os profissionais de saúde sujeitos essenciais para traçar estratégias de cuidados em saúde mental para os idosos. Dito isso, fica notório que o envelhecimento saudável deve acontecer com interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, gerando uma boa qualidade de vida (Gomes *et al.*, 2020).

Entende-se que a realidade da pandemia da Covid-19 resultou na alteração de comportamentos, tendo como conseqüência a afetação de toda a sociedade, evidenciando o impacto psicossocial causado no público idoso, destacando a importância da saúde mental e preparando a população para outras possíveis

situações de angústia. Sabe-se que as pandemias induzem a consequências psicológicas de longa duração, portanto torna-se essencial a existência de uma assistência de saúde preparada para gerenciar esses problemas e cuidar, continuamente, da assistência em saúde nas pessoas idosas, atuando além do período pandêmico, executando programas de reabilitação baseados na comunidade para proteger e manter a qualidade de vida dos indivíduos.

Ademais, o isolamento provocado pela pandemia impactou, direta e indiretamente, na qualidade de vida e funcionalidade de pessoas idosas. Essa parcela da população apresenta maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sentimento de tristeza, solidão e ansiedade, bem como tem realizado menos atividade física, o que pode ter impactos na sua funcionalidade e autonomia. Nesse sentido, tornam-se urgentes ações voltadas à melhoria da qualidade de vida desse grupo pós-pandemia (Lingeswaran, 2020; Gunell, 2020).

### 3. O luto

A morte sempre gerou temor e tem sido objeto de estudo importante nas ciências humanas e de saúde. Sabe-se que as epidemias mataram muitos. Em gerações passadas, era possível ver crianças partindo e famílias perdendo seus entes. A medicina avançou nas últimas décadas e a vacinação acabou com muitas patologias, bem como o uso da quimioterapia e dos antibióticos contribuiu para cessar as doenças e infecções (Klüber-Ross, 2017).

Ao voltar e analisar as antigas gerações, culturas e povos, é possível afirmar que o homem sempre temeu a morte e, certamente, sempre a repelirá. Considerando a psiquiatria, tal fato se explica, pois, no inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos, sendo difícil para o inconsciente imaginar um fim e, se ocorrer um fim, será sempre atribuído a uma atuação maligna fora do alcance humano, sendo a morte considerada algo ruim, um acontecimento que gera medo ou um castigo (Klüber-Ross, 2017).

O homem existe sempre em relação aos outros e/ou às coisas. Dessa forma, vai atribuindo significados às suas experiências e sua existência fica rica de sentido. Trata-se do ser-no-mundo e, nesse sentido, o homem mantém sua dignidade existencial. Todavia, no decorrer da existência, o sujeito passa por diversas crises e sentimentos, o mundo que era estruturado atravessa situações inesperadas, como as doenças ou acidentes, e tal fato leva o ser a lidar com o inesperado. Tudo isso faz parte da facticidade humana (Angerami-Camon, 2004).

O luto não autorizado tem sido um tema importante para compreensão do fenômeno, uma vez que tem relação com as perdas na vida relacional no enlutado que não são autorizadas socialmente, ou seja, perdas que a sociedade trata como não sendo perdas. Exemplos seriam as perdas gestacionais, ou a perda de um amante, que não pode sofrer o seu luto, ou que não estará presente nos rituais de despedida. Um outro exemplo seriam as mortes que as pessoas têm dificuldade de falar, como no caso de suicídio ou por HIV, visto que ambas são carregadas de estigma social (Worden, 2013).

Antes de nos preocuparmos com as faces do luto, é necessário compreender o que faz os indivíduos sofrerem ante a sua perda e, para melhor compreensão, é preciso analisar o apego. Há muita literatura sobre a teoria do apego nos campos da psiquiatria e psicologia, bem como sobre de que forma se originam os vínculos. Um importante autor nessa seara é John Bowlby. Sua teoria possibilitou melhor esclarecimento das perdas e da criação de laços afetivos e como entender os efeitos do rompimento desses laços. Bowlby (2004) discordava dos autores que dissertavam que o apego ocorria apenas por traços biológicos, como necessidade de alimentar-se e de perpetuar a raça, por meio do sexo. Para Bowlby (2004), o apego surge da necessidade de segurança, de forma precoce, dirige-se para algumas pessoas e tende a permanecer por grande parte do ciclo da vida. O apego com pessoas importantes da vida é considerado normal.

Nesse diapasão, Bowlby (2004) afirma que, ao sofrer uma ameaça de desaparecimento, a resposta é uma ansiedade intensa. Ademais, há um instinto animal suscitando respostas comportamentais agressivas, como a raiva; existem evidências de que todos os seres humanos ficam aflitos diante da perda de um ente querido. Antropólogos, ao estudarem outras culturas, observaram que, independente da cultura ou da parte do mundo, há uma tentativa de recuperar o objeto perdido, ou a crença de além-morte, já que, em algum momento, será possível reencontrar a pessoa amada.

Engel (1961) aduz que a perda da pessoa amada é traumática para sua psiquê comparada ao ser ferido ou mesmo queimado. O luto é a representação de um processo de cicatrização em que o corpo precisa de um tempo para voltar a homeostase, destarte, ele define que o luto precisa de tempo para retornar a suas funções.

O luto normal ou luto não complicado refere-se à perda de um ente por morte. Existem outros tipos de luto aos quais não faremos referência neste

estudo. No luto normal, observa-se uma gama de comportamentos e sentimentos em que podem ocorrer: perturbações somáticas ou corporais, preocupação com a imagem e aparência da pessoa falecida, culpa, hostilidade, inabilidade para executar as funções da vida cotidiana após a perda e o desenvolvimento de traços comportamentais da pessoa falecida (Worden, 2013).

A tristeza é o sentimento mais facilmente encontrado em alguém que passou por uma perda e não se manifesta, necessariamente, pelo choro, mas ele é frequentemente presente. A raiva também é manifesta e é a raiz de muitos problemas relativos ao luto; quando a raiva não é manejada da forma correta, pode acontecer o luto complicado. A raiva pode ter duas origens: a primeira da frustração de que nada poderia ter sido feito para prevenir a morte; a segunda quando desloca ou responsabiliza outra pessoa pela morte, a exemplo disso, a pessoa pode culpar os médicos, um amigo, Deus. Um exemplo ruim de raiva desadaptativa é o deslocamento para si mesmo, autorrefletida (Worden, 2013).

Um outro sentimento encontrado é culpa e censura. Ocorre quando o indivíduo sente que não foi bom o suficiente e se censura por não ter levado o seu ente ao hospital precocemente. Em geral, o enlutado pensa que poderia ter evitado a morte, trata-se de uma culpa irracional. A ansiedade é um fator importante que pode variar desde uma insegurança até um ataque de pânico e, quanto mais grave for a ansiedade, mais será sugestivo o luto patológico (Worden, 2013).

A solidão é costumeiramente referida por parte dos enlutados, principalmente frente à perda do cônjuge. A fadiga é comum, aparecendo em forma de apatia e indiferença. Espera-se que a fadiga seja autolimitada e, se não for, deve-se investigar sinais de depressão. A morte também pode causar um sentimento de desamparo. Já a saudade é uma resposta considerada normal ante a perda (Parkes, 2001).

O choque é uma reação ao luto que ocorre quando há um grande trauma ou uma morte inesperada. Há, ainda, o torpor, que é uma reação em que ocorre ausência de emoções e, em geral, acontece imediatamente ao se receber a notícia. Procede da dificuldade da pessoa em entrar em contato com as emoções, então ocorre uma “anestesia” como fator de proteção. Algumas pessoas referem sentimentos de alívio e libertação ao perderem alguém que as prejudicou em vida, ou quando alguém querido estava sofrendo com alguma doença (Worden, 2013).

Worden (2013, p. 9) relata que fazem parte do processo de luto sintomas físicos, como:

Vazio no estômago, aperto no peito, aperto na garganta, hipersensibilidade a ruídos, senso de despersonalização: “Eu ando pelas ruas e nada parece real, inclusive eu”. Falta de ar, dificuldade em respirar. Fraqueza muscular. Falta de energia. Secura na boca. Muitas vezes, a preocupação com essas sensações físicas faz com que a pessoa procure um médico para um *checkup*. Os médicos precisam investigar mortes e perdas.

A cognição, no luto, também é afetada. Os pensamentos negativos que permanecem por muito tempo podem levar a pessoa à depressão e ansiedade. A descrença, o negar que a morte ocorreu, ou a confusão para ordenar o pensamento, a dificuldade de concentração e memória, as preocupações, pensamentos obsessivos são frequentemente observados nos enlutados. Outro fator importante é a sensação de presença. O enlutado acredita que a pessoa falecida está presente no tempo e no espaço. Isso é muito comum em crianças que relatam sentirem-se observadas pelo falecido. As alucinações, tanto auditivas quanto visuais, são consideradas normais no processo de luto, sendo frequente em pessoas enlutadas. Em geral, são experiências transitórias (Worden, 2013).

Mister se faz abordar as alterações comportamentais que ocorrem e são consideradas normais, como alterações do sono e do apetite, falta de atenção e recolhimento social. Os distúrbios do sono podem suscitar atendimento médico, entretanto, no luto normal, tendem a se resolver sozinhos. Já em relação ao apetite, pode ocorrer tanto o comer excessivo quanto a inapetência, resultado de perda ponderal significativa, sendo esse último o mais comum. O isolamento social é um comportamento frequente após a perda de alguém. Trata-se de um fenômeno de curta duração que se resolve em pouco tempo (Worden, 2013).

Klüber-Ross (2017) elucida que quanto mais a ciência avança, mais aumenta a negação da realidade da morte. Recorre-se a eufemismos, faz-se que o morto pareça estar dormindo, não se permite que as crianças conheçam sobre a morte, não se permitem visitas de crianças a alguém que está na iminência de morrer. Existem muitas razões para se agir sem encarar a morte e uma delas é que morrer é triste sob alguns aspectos, é solitário, mecânico e desumano, é impessoal, visto que, ao se perceber que alguém está prestes a partir, é levado rapidamente a um ambiente hospitalar para que sua vida seja salva.

Diante do luto e sua complexidade, é relevante compreender as fases pelas quais um indivíduo pode passar ao perder alguém, o que se apresentará no próximo tópico.

### 3.1 As fases do luto da autora Kübler-Ross

A autora Kübler-Ross (2017) apresenta as fases do luto, que são divididas em cinco estágios, a saber: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A primeira, negação e isolamento, está relacionada a um recebimento de um difícil diagnóstico, busca-se a todo custo provar que há algum engano. Na segunda fase, que é a raiva, já ocorre aceitação, entretanto o indivíduo é tomado por raiva pela interrupção de seus planos de vida, há um questionamento frente ao diagnóstico. Por que eu?

A terceira fase é a da barganha. Nesse momento, o paciente começa a fazer promessas a fim de que sua vida seja aumentada. A autora supracitada compara tal atitude com a de crianças. A quarta fase, ou fase da depressão, relaciona-se não somente ao paciente, mas também aos resultados que a própria doença causou. Destaca-se que tais fases de luto foram descritas pela doutora Kübler-Ross (2017), referindo-se a pacientes terminais. No que tange à fase depressiva, são evidenciados dois tipos: a depressão reativa e a preparatória. Na reativa, é sugerido que se busque um apoio social com equipes multidisciplinares, e na preparatória o paciente percebe que, em breve, perderá tudo o que mais ama.

Na última fase, ocorre a aceitação. Perdura o cansaço e o paciente percebe que é mais fácil morrer do que viver. Nessa fase, há a busca pela escuta e é imprescindível que o profissional esteja preparado para ouvir. No entanto, Kübler-Ross (2017) salienta que as fases podem não acontecer em ordem e podem, ainda, sobrepor-se. Durante todo o processo, os pacientes tendem a manifestar esperança, e essa esperança nunca deve ser retirada deles.

Na obra intitulada *Grief and Grieving* (2005), os autores Kübler-Ross e Kessler utilizaram as fases do luto de Kübler-Ross para representar familiares que perderam seus parentes queridos. Todavia, houve um ajuste para essa população que explana detalhes para cada fase apresentada. Na primeira fase do luto, a negação difere da dos pacientes com doenças terminais e relaciona-se mais a não ter a participação do ente em sua rotina, há uma paralisação, é uma negação simbólica e podem ocorrer momentos de negação da realidade.

De acordo com Kübler-Ross e Kessler (2005), na segunda fase, a raiva se manifesta por não ter cuidado corretamente do ente ou o próprio não ter se cuidado, ou por não ter previsto que a morte poderia ocorrer. Há tentativa de se pensar ter o controle da morte. A barganha surge como terceira fase, antes do ente querido morrer, quando são feitas diversas promessas e, no mesmo instante, ocorre a culpa por não ter conseguido alcançar o almejado. O sujeito barganha para se afastar da dor, utiliza-se do passado a fim de negociar a dor, reduzindo-a (Kübler-Ross; Kessler, 2005).

A depressão surge na quarta fase, quando perdura uma tristeza profunda. A pessoa tem a sensação de que durará para sempre. Essa depressão, durante o luto, é considerada normal e ajuda o indivíduo a se adaptar e a dar conta do ocorrido. Nesse sentido, a depressão é algo necessário para a cura do luto. Na última fase, ocorre a aceitação, porém não se trata de aceitar a morte em si, mas de aceitar que o ser amado não está mais ali, sendo esse o final esperado quando há reorganização e cura (Kübler-Ross; Kessler, 2005).

### **3.2 As tarefas do luto descritas pelo autor Worden**

Na obra *Aconselhamento do Luto*, o autor Worden (2013) lança sua primeira edição e aborda o que denominaria de as tarefas do luto. Destaca-se que, ao longo dos anos, a obra foi reeditada e passou por muita evolução em suas quatro edições. Atualmente, as tarefas do luto são consideradas uma forma profícua de entender e compreender o luto, todavia percebe-se que, embora o luto e a perda seja algo comum a todos, as experiências advindas do luto não são. Trata-se de algo subjetivo e individual.

O conceito de tarefas pleiteado por Worden (2013) não invalida os outros autores que elucidaram as fases ou estágios do luto, mas expõe que as tarefas do luto são muito úteis, principalmente no âmbito da clínica. Ademais, facilitam a compreensão do luto. Ressalta-se que o conceito de tarefa do luto está alinhado com o elencado por Freud (2011) no que se refere ao trabalho do luto, significando que a pessoa enlutada precisa de ações ativas que podem fazer para adaptar-se à sua perda.

Worden (2013) destaca que todos os modelos são importantes e válidos e que o luto cria suas fases, ou seja, as fases que a pessoa terá de ultrapassar, as tarefas que ela mesma cria; logo, a expressão “o tempo tudo cura” tem um sentido verdadeiro. Nesse contexto, mesmo que a pessoa se sinta esmagada

por sua perda, com a ajuda de um conselheiro, poderá encontrar a esperança e um caminho a trilhar.

Nesse ínterim, Worden (2013) descreve quatro tarefas, sob as quais desenvolveu sua teoria. Discorre-se adiante acerca dessas tarefas.

**Aceitar a realidade da perda:** Trata-se da primeira tarefa descrita por Worden (2013). Consiste em aceitar a perda e perceber que reencontrar essa pessoa amada é impossível. Muitas pessoas que perdem alguém têm a sensação de ver a pessoa na rua, pode ocorrer de chamar a pessoa, como se não acreditasse que tal fato ocorreu. O oposto da aceitação é a negação, que ocorre através da descrença, ou seja, não acreditar na realidade. A negação é variável. Acontece desde negar verbalmente até delirar frente ao acontecimento. Uma das formas de negação é quando a pessoa tende a manter objetos pessoais do morto, ou mesmo o quarto, por anos intocáveis. Esse pensamento impede de vivenciar a realidade da perda.

O autor descreve ainda que aceitar a realidade da perda envolve aceitação emocional e também intelectual. Destaca-se que uma das estratégias que permitem passar pela tarefa de aceitar a realidade da perda são os rituais de funeral, pois levam os enlutados à despedida e tal fato ajuda na elaboração do luto. Ao contrário, quem não participa do enterro pode apresentar maiores dificuldades para lidar com a aceitação. É relevante ressaltar que, em casos de morte súbita, a sensação de irrealidade é ainda maior, principalmente nos casos em que não existe contato com o corpo da pessoa falecida (Worden, 2013).

**Processar a dor do luto:** Essa é a segunda tarefa descrita por Worden (2013). Ele relata que o sofrimento envolve tanto a dor física quanto psíquica, além da comportamental, quando se perde alguém. Uma das formas de não processar a dor é suprimi-la, é não sentir, é negar a dor sentida. Uma outra forma é o bloqueio da dor sentida ao evitar os pensamentos dolorosos. Algumas pessoas buscam pensar somente nos momentos bons junto à pessoa amada. Há também quem idealize o morto ou abuse de drogas como álcool e outras substâncias. Há pessoas que buscam distanciar-se geograficamente, ao fazer uma viagem, para encontrar certo tipo de alívio para as emoções, ao invés de entrar em contato com seu sofrimento, sabendo que um dia irá passar. A tarefa dois é considerada de grande importância, uma vez que, se não for direcionada corretamente, pode ser preciso que o indivíduo faça terapia mais tarde, tornando mais difícil o manejo, já que terá de retomar a dor.

**Ajustar-se ao mundo sem a pessoa amada:** É a terceira tarefa, que é composta por três tipos de ajustamentos que precisam acontecer quando alguém perde seu ente querido, a saber: ajustes externos, ajustes internos e ajustes espirituais, os quais serão abordados adiante.

De acordo com Worden (2013), os ajustes externos, ou a forma como a morte afeta o funcionamento habitual, têm influência no ambiente externo e dependerá de como era o relacionamento da pessoa com quem partiu, por exemplo, leva um certo tempo para mulheres viúvas aprenderem a viver sem seus maridos, depende do papel desempenhado por ele em vida. Na maioria das vezes, quem sobrevive não tem clareza quanto ao papel que o morto desempenhava, mas só a terá frente à perda, especialmente ao passar algum tempo (meses). Já os ajustes internos, referem-se ao modo como a morte afeta o senso de si mesmo, ou seja, como se ajusta ao seu *self*, a sua autoestima e sua autoeficácia. Elucida-se que, em alguns relacionamentos, o senso de estima da pessoa é dependente do outro com quem partilha a vida e, assim, ao perder alguém, perde também sua autoestima. Tal acontecimento é real, principalmente se o morto estiver cobrindo déficits no desenvolvimento do enlutado.

Do mesmo modo, ocorre com a autoeficácia, a sensação de autocontrole sobre si mesmo. Diante da perda, pode acontecer de a pessoa se sentir sobremaneira desamparada, havendo uma regressão intensa, a pessoa em luto pode se sentir inadequada, rejeitada, incapaz, infantil. Por último, existem os ajustes espirituais referentes à percepção de mundo que a pessoa tem. Nesse cenário, a pessoa busca uma explicação para sua perda e pode ter suas crenças desafiadas. A dificuldade em passar pela tarefa três ocasiona certo fracasso para adaptar-se à perda, há um sentimento de impotência.

Bowlby (2004) esclarece que a forma como o sujeito enfrenta a tarefa três muda seu processo de luto, mesmo que seja um progresso em direção ao reconhecimento da modificação de sua vida, ou uma revisão de vida e metas, ou mesmo em caso de crescimento suspenso.

**Encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida:** Estamos diante da quarta tarefa evidenciada por Worden (2013). Na primeira edição, o autor retomou o conceito elaborado por Freud (2011): “Extrair energia emocional da pessoa morta e reinvestir em outro relacionamento”. Ele postulou: “O luto tem uma tarefa psíquica bastante pontual para completar: sua função é separar as expectativas e memórias do sobre-

vivente, das da pessoa que morreu” (Freud, 2011, p. 268). Na quarta edição, Worden (2013) traz um conceito em que a “tarefa do luto é encontrar um lugar para a pessoa morta que permitirá ao enlutado ficar conectado a ela, mas de um modo que não o impedirá de seguir o rumo de sua vida” (Worden, 2013, p. 29).

Um dos pontos mais importantes da quarta tarefa implica na dificuldade de fazê-la acontecer, seria não vivê-la, ou seja, após a perda do ente, a pessoa não retoma sua vida e fica presa ao passado. Para algumas pessoas é tão complexo que elas fazem uma promessa, a si mesmas, de nunca mais amar ninguém. Worden (2013) explica que o luto é um processo fluido e que as tarefas podem ser revividas e trabalhadas quando for necessário.

### **3.3 As fases do luto dos autores Parkes, Bowlby, Sanders e Freud**

Diante da discussão sobre o luto, Parkes (1972, 2001, 2006) definiu quatro fases para o processo de luto. Na fase I, ocorre o torpor que tem por característica acontecer logo após o falecimento. O torpor é uma estratégia para fugir da realidade, em um primeiro momento. Depois, a pessoa passa para a fase dois, que é designada como a fase da saudade, cuja principal característica está no desejo de que a pessoa retorne, além disso, há também a raiva presente nessa fase. Salienta-se que, após essa fase, tem-se a terceira, que é carregada de desespero e desorganização, a pessoa que perdeu alguém sente dificuldade em permanecer no ambiente. Posteriormente, a pessoa está apta para iniciar a fase quatro e, então, reorganiza-se.

Nessa linha de pensamento, o autor Bowlby (2004) também concorda com Parkes, visto que reforça, em sua teoria, as fases descritas pelo renomado autor e aduz que a pessoa em luto deve ultrapassar as fases para ter o luto resolvido. Acerca do luto, Bowlby (2004) afirma que, ao evitar a consciência do luto, uma hora ou outra, esses indivíduos tendem a esmorecer, evoluindo para alguma forma de depressão.

Sanders (1989, 1999) também fez uso das fases para identificar o luto. Ele relatou cinco fases que são: o choque, a consciência da perda, a conservação/ retirada, a elaboração e a reparação, as quais elucidar-se-ão adiante.

Durante a primeira fase ou fase de choque, a pessoa enlutada vivencia um estado de descrença e alarme. Ocorre uma descarga de adrenalina, há um torpor, uma anestesia dos sentimentos, como mecanismo de proteção para a

dor que está por vir. Na fase dois de Sanders, ocorre a consciência da perda, e o que surge é o confronto e a agonia física e mental de lidar com a perda. Na fase subsequente, tem-se a conservação/retirada e nela acontece algo parecido com a depressão, o enlutado precisa retirar-se para poupar a sua energia. Essa fase pode ser um pouco assustadora para o enlutado. Na quarta fase, o enlutado encontra a cura, elabora a perda e une forças para seguir adiante com sua vida. Ao passar por essa fase, o enlutado enfrenta o perdão e tenta esquecer. A renovação é a última fase descrita pelo autor e a dor da perda tende a diminuir, sendo uma fase longa, porém nela pode-se encontrar a força devida para experimentar novas coisas, novos amigos e possibilidades.

O luto, na visão de Freud, surge, em sua primeira proposta, no artigo *Luto e Melancolia* (2011) e, para o renomado autor, o luto não se trata de algo patológico, mas algo que demanda um processo psíquico que ocorre após a perda de um ente. Para explicar tal fenômeno, Freud retoma conceitos importantes como o do ego e das relações estabelecidas com ele e com o objeto externo. Com o objeto externo, o ego faz um investimento libidinal de acordo com os laços estreitados com essa pessoa e, quando se perde o objeto externo (a pessoa amada), é preciso que o ego retire esse investimento libidinal, porém essa retirada não é imediata dado ao apego existente na relação. Esse desapego e investimento libidinal vai ocorrendo à medida que a pessoa retoma sua vida e se interessa por outras coisas. O trabalho do luto, para Freud, conclui-se quando a libido é voltada a outros objetos.

Nesse sentido, para Freud (2011), o sujeito que atravessa o luto tem algumas características como desânimo, perda de interesse pelas coisas externas, perda da capacidade de amar e redução das atividades. Além disso, percebe-se que o sujeito, vivendo em luto, volta-se para seu sofrimento. Nesse ínterim, a visão de mundo do enlutado é um grande vazio. Mesmo nesses casos, observou Freud que o luto não é patológico, é autolimitado. Quando persiste o luto, este se torna patológico, Freud o chama de melancolia.

### **3.4 Saúde mental e luto**

Com a chegada da terceira idade, surgem vulnerabilidades devido a inúmeros fatores que afetam a saúde física, emocional, social, nível de independência e/ou dependência e as relações com seu meio ambiente e a sociedade. Nesse contexto, pesquisas esclarecem que a pandemia da Covid-19 repercutiu diretamente frente à saúde mental dos senis. Devido a isso, no atual momento

de pandemia vivido, faz-se necessária a manutenção de boas condições de saúde dos idosos e do controle de doenças para o não agravamento com possível hospitalização, ou, até mesmo, falecimento dos idosos. O cenário pandêmico global e as medidas de prevenção para contê-lo são fatores de risco à saúde dos idosos ao afetar psicologicamente e contribuir para incerteza, pânico e potencial desenvolvimento de transtornos mentais. Uma das medidas adotadas foi o isolamento social e, nesse período, ocorreram muitos desafios, desencadeando, em muitos idosos, mal-estar psicológico, o que fragilizou a capacidade de adaptação ao confinamento social e produziu respostas fisiológicas e emocionais negativas que impactaram o sistema imunológico e a condição de equilíbrio mental (Banerjee, 2020).

É inegável que, mesmo sendo indispensável, o distanciamento social proporcionou uma rotina solitária que manifestou mudanças socioambientais que incluíam, dentre outros, restrições de interação social, contato e comunicação. Ademais, com o advento da pandemia, vários sintomas, como solidão, ansiedade, medo e alterações comportamentais, evidenciados de modo intrínseco ao processo de envelhecimento, ficam acentuados, tendo como aspectos expansores o menor suporte estrutural, a comunicação defasada com a família/entes queridos e a perda de autonomia. Vale ressaltar a existência de sentimentos negativos oriundos da pandemia em si, e não somente dos aspectos que buscavam minimizar seus efeitos; isto é, o medo e ansiedade da perda de familiares/entes queridos e da própria vida, haja vista a possibilidade de infecção, de modo que os senis viveram num estado de luto antecipado, padecendo também pela possibilidade de perda diante da tristeza e incerteza advinda da condição de pandemia e isolamento (Oliveira *et al.*, 2021).

Fatores agravantes presentes na progressão da Covid-19 são os mecanismos biológicos atrelados ao estresse, depressão e transtorno de ansiedade, associados à idade avançada; além dos riscos que envolvem as doenças crônicas frequentes em idosos, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Os espaços de comunicação virtual, que são os *chats* e as vídeo chamadas, ganharam destaque durante a pandemia e auxiliaram no controle dos níveis de depressão e ansiedade. Entretanto, as mudanças de rotina ocasionaram elevado grau de estresse, pois a maioria dos idosos não tem facilidade nem habilidade com a tecnologia, tornando-se dependentes de outrem para conseguirem acessar o mundo virtual, além do fato de uma grande maioria não possuir acesso à internet.

Ademais, no caso de idosos que já possuem transtornos psiquiátricos, a vulnerabilidade é ainda mais abundante, principalmente em relação à angústia e depressão, elevando, até mesmo, o risco de ideações e culminação ao suicídio. Somado a isso, sabe-se que o envelhecimento está atrelado à imunossenescência (estado inflamatório crônico de baixo grau), então, os distúrbios psiquiátricos podem estimular a inflamação e estimular ainda mais o sistema imunológico (Grolli *et al.*, 2021).

Não se deve deixar de mencionar outro problema originado na saúde mental do idoso pós-pandemia, qual seja, o preconceito no que se refere à idade, vez que políticas públicas, repercussões midiáticas e relações sociais, inicialmente, banalizaram a gravidade da doença, classificando a mesma apenas como sendo uma problemática que atinge unicamente a população idosa, gerando pânico e medo para tal categoria. Ou seja, a marginalização e estigma, juntamente aos riscos fisiológicos, desencadearam um quadro de suscetibilidade com mais proeminência na classe da terceira idade. Outrossim, o medo de contrair o novo coronavírus provocou o transtorno depressivo, resultando, em alguns idosos, o suicídio. Percebe-se, então, que o excesso de informações sobre as consequências do SARS-CoV-2, na população idosa, veiculadas em canais de notícias e redes sociais levaram ao desenvolvimento de pânico e ansiedade, fortalecendo, assim, as tentativas de suicídio e o suicídio real (Oliveira *et al.*, 2021).

Além disso, é fundamental utilizar-se dos fundamentos da gerontologia para promoção de diferentes medidas de proteções físicas e mentais nos integrantes do grupo da terceira idade. Assim, percebe-se que o período de pandemia transformou a vida de toda a sociedade, mediante mudanças de hábitos e comportamentos, aproximando, então, a comunidade do meio científico. Logo, a atenção com a saúde mental dos idosos, por meio de estratégia de vigilância para sinais e sintomas, são cuidados essenciais mesmo pós-pandemia. É imprescindível a compreensão de que o envelhecimento saudável carece de um olhar cauteloso e que medidas de proteção asseguram os direitos de cidadania dos idosos (Oliveira *et al.*, 2021).

### **3.5 Enfrentamento do luto**

Com o passar dos anos, o indivíduo vai acumulando experiências que podem ser positivas e/ou negativas. Inobstante os danos psíquicos sofridos, a velhice tem uma dimensão existencial que altera a relação do idoso com

o tempo, gerando mudanças nas relações com o mundo e com sua própria história. Considerar o todo daquele ser, o que ele sempre foi, antes desse processo, é um caminho para compreender o sentido da senilidade, examinando, também, a existência da pulsão do sujeito. Por isso, é de extrema importância compreender o sofrimento psíquico do idoso, principalmente em uma sociedade na qual se eleva a expectativa de vida e a participação dos senis no conjunto da nação. A atenção à saúde do idoso se perfaz num constante desafio que demanda uma dinâmica de cuidado, aproximação, empatia, inobstante à situação em que o idoso se encontra. O envelhecer com qualidade está intimamente atrelado a elementos intrínsecos e extrínsecos da cultura do indivíduo, sendo alguns dos benefícios a prática de atividade física, alimentação saudável, lazer, sono de qualidade, que colaboram para viver melhor e elevar a longevidade. As perdas acarretadas pelo processo do envelhecimento causam sofrimento psíquico que pode ser amenizado (Feix, 2021).

O envelhecimento humano é estudado sob o aspecto da análise dos sujeitos, dando destaque aos contextos sociais nos quais estão inseridos, dentro de sua cultura e da economia. Isso remete o olhar para as políticas públicas, pois o resultado dessas políticas depende, além da grandiosidade do investimento, da consideração de perspectiva subjetiva do envelhecimento. Como a velhice é tida como múltipla, torna-se importante criar políticas públicas múltiplas, observando e identificando quem são os senis daquele povoado, bem como o que precisam, o que almejam, quais as expectativas de futuro e do ambiente. A ideologia ocidental tem dificuldade de abordar o tema do envelhecimento ligado à morte, devido ao fato de que tudo nessa cultura está focado na juventude, negando, dessa forma, a finitude. Quando o povo consegue acolher a ideia de finitude e lidar, de modo mais natural, com a morte, acaba incluindo tais temáticas na vida e cotidiano daqueles indivíduos que ali habitam, ajudando-os a pensar em maneiras de elaborar e simbolizar essa finitude, minimizando o sofrimento e a angústia frente à morte e às possíveis perdas que dela decorrem (Lopes, 2017).

Indispensável lembrar que os profissionais da área da saúde precisam estar vigilantes com relação à possibilidade de que os idosos compõem uma sociedade de risco para doenças físicas e mentais. Os indivíduos da terceira idade e seus familiares/entes queridos devem ser constantemente encorajados a manter o maior contato possível, para que seja minimizado o isolamento nessa população vulnerável. Assim, a adoção de um estilo de vida saudável e vantajoso para essa faixa etária contribui, de forma positiva, para minimi-

zar o sofrimento em momentos de perda e luto. Por isso, é indispensável a recomendação de programação dos horários de sono e de refeições regulares, alimentação saudável, estimulação cognitiva e atividade física. A atividade física regular é muito benéfica na preservação das capacidades funcionais dos idosos, prolongando a independência dos mesmos e reduzindo os fatores de risco para morbidades médicas; ademais, está muito associada ao bem-estar mental dos idosos, melhorando as funções cognitivas, funções emocionais e qualidade de vida. Técnicas de relaxamento, praticadas de forma regular e alternadas com diferentes atividades ao longo do dia, podem ser benéficas para diminuir a tensão e desvencilhar o foco do pensamento na perda sofrida (Pereira; Ferreira; Firmino, 2022).

Além da perda atrelada à morte, muitas outras perdas a velhice impõe, quais sejam, diminuição da saúde física e das capacidades; diminuição do rendimento; perda de vínculos afetivos; círculo de amizade reduzido por efeito da aposentadoria; redução das responsabilidades; viuvez; morte de familiares e entes queridos; confrontos familiares; isolamento social e falta de perspectivas. Os idosos que se aposentam são tirados de um cotidiano seguido anos a fio para uma nova realidade em que se veem improdutivos, o que gera tristeza da separação do seu ambiente de trabalho, sensação de menos valia, solidão e abandono. A inatividade pode desencadear a apatia, que é capaz de destruir todo o desejo de atividade que o idoso possui e, como o indivíduo vai perdendo seus papéis sociais e o mercado de trabalho não o aceita mais, sente-se excluído, o que acaba refletindo no grupo familiar no qual também perde espaço e valorização (Feix, 2021).

Uma alternativa para minimizar o sentimento de tédio é buscar uma ocupação que lhes desperte prazer e bem-estar, independente de qual for, pois, assim, haverá uma melhoria para o conjunto das funções. Para que haja qualidade de vida, é indispensável fazer algo prazeroso. É notório que quanto mais instruído intelectualmente o idoso for, maiores são as possibilidades de desempenhar atividades variadas e enriquecedoras, fazendo com que consiga superar as perdas que o envelhecimento traz. É importante ressaltar que a psicanálise é muito benéfica, principalmente quando se constrói uma conexão entre a psicanálise e o envelhecimento. A terapia com pessoas idosas é também uma forma de proporcionar saúde para a pessoa idosa e qualidade de vida, podendo favorecer processos produtivos que auxiliam no enfrentamento da ideia de finitude e das perdas, no processo do envelhecimento e de luto (Feix, 2021).

## 4. Metodologia

Considerando os procedimentos metodológicos, a presente obra divide-se em etapas: primeiramente, a revisão da literatura em torno do tema estudado, como objetivo de aprofundar o estudo; em segundo plano, a coleta de dados que foi elaborada por meio de entrevistas e análise de conteúdo dos atos de fala, por categorias, contrapondo os resultados inferidos com a teoria que subsidiou o estudo; e, por fim, a discussão e conclusão.

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que é uma modalidade em que se estudam os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações, para tal, utiliza-se uma perspectiva integrada e o pesquisador vai a campo buscando analisar o fenômeno a partir da visão das pessoas envolvidas, estando atento a tudo que ocorre, e os dados são coletados para que se compreenda o evento estudado (Godoy, 1995).

A presente obra caracteriza-se como um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa. A pesquisa exploratória tem por objetivo alcançar familiaridade com o problema, tendo em vista explicitá-lo da melhor forma. Esse tipo de pesquisa aprimora ideias ou descobertas de intuições com um planejamento flexível e possibilita entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema a ser investigado (Gil, 2009).

Conforme esclarece Gil (2009, p. 42), a pesquisa descritiva:

Tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis, como, por exemplo, as pesquisas eleitorais que indicam a relação entre preferência político-partidária e nível de rendimentos ou de escolaridade.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para dar subsídio à presente proposta. Posteriormente, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um questionário sociodemográfico a fim de estruturar a amostra de acordo com os critérios de inclusão.

A abordagem centrada na pessoa não caracteriza o luto como enfermidade, mas sim como uma situação normal que está relacionada ao vazio que é sentido devido à perda, necessitando de ressignificação para que se consiga enfrentar tal situação, independentemente do tempo. O indivíduo possui uma autorregulação psíquica, sendo capaz de perceber o quanto há em si de capacidade, de poder e de novas possibilidades de vivências e ressignificações. Assim, nessa condição de ressignificação, conseguirá descobrir que, dentro de si, há uma capacidade de adaptação para qualquer situação que a vida trouxer, com diversas possibilidades de percepção frente às situações do cotidiano, mesmo que seu modo de enxergar esteja atrelado àquilo que perdeu (Ceccon, 2017).

Sublinha-se que o atendimento centrado na pessoa tem por objetivo proporcionar uma verticalidade entre trabalhar para o diagnóstico da doença intrincado à experiência subjetiva e individual de cada sujeito, analisando o impacto funcional, em todos os aspectos, quer sejam fisiológicos, sociais, de relacionamentos interpessoal e também da percepção e da forma de vivenciar o adoecimento nas diversas fases da vida. Ao utilizar a abordagem centrada na pessoa, busca-se considerar o indivíduo como o protagonista de uma história expressiva e importante. Salienta-se que os motivos pelos quais as pessoas buscam ajuda de médicos ou profissionais de saúde são mais importantes que o diagnóstico em si (Carrilho, 2019).

#### 4.2 Delineamento da pesquisa

Como critérios de inclusão, tivemos pessoas idosas (homens e mulheres) com mais de 60 anos que tiveram perdas de familiares ou amigos significativos durante a pandemia da Covid-19, na primeira e segunda onda (nos últimos 24 meses em que ocorreu a pandemia). Como critérios de exclusão: pessoas idosas com perdas cognitivas prévias ou transtornos mentais em uso de substâncias como antidepressivos, ansiolíticos e em tratamento psiquiátrico ou neurológico.

A amostra foi composta por 25 idosos. Amostragem não probabilística. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e responderam à entrevista de acordo com o interesse, durante 3 encontros virtuais, por meio da plataforma digital Google Meet.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada contendo 10 perguntas abertas do tipo: “Como você se sentiu frente à morte vivenciada durante a pandemia?”; “Após o ocorrido, você considera que se sentiu mais triste do que habitualmente se sentia antes da pandemia?”; “Nos últimos 6 meses, você considera que suas emoções ficaram diferentes?”; “Você tem chorado mais nos últimos 6 meses?”; “Você sente que a vida perdeu o sentido e o valor?”; “Você tem pensamentos negativos sobre você, sobre o mundo e as pessoas que o cerca?”; “Como é para você lidar com a morte?”; “Você tem se sentido mais cansado nos últimos tempos?”; “Como você avalia a qualidade do seu sono?”; “Como está sua memória?”. Considerou-se a subjetividade de cada indivíduo.

As entrevistas foram transcritas na íntegra a fim de manter a exatidão dos dados. Foram analisadas segundo a ótica da análise do conteúdo de Bardin

(2011). Trata-se de uma técnica de análise das comunicações que analisa o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Após as entrevistas serem realizadas, busca-se classificar em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. As fases propostas para análise das entrevistas são: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Conforme elucidam Silva e Fossá (2015, p. 2), a análise de conteúdo é uma importante ferramenta das pesquisas qualitativas:

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. O caminho percorrido pela análise de conteúdo, ao longo dos anos, perpassa diversas fontes de dados, como: notícias de jornais, discursos políticos, cartas, anúncios publicitários, relatórios oficiais, entrevistas, vídeos, filmes, fotografias, revistas, relatos autobiográficos, entre outros.

Salienta-se que a análise dos dados, a partir de Bardin (2011), trabalha o desmembramento do texto em categorias. Respalda-se no argumento de que tal análise é uma das alternativas possíveis para investigar e estudar os valores, opiniões, atitudes e crenças, por meio da pesquisa qualitativa. Destarte, a análise se deu por meio das observações nas falas ouvidas na entrevista.

Ressalta-se que, segundo Bardin (2011), as fases devem ser rigorosamente respeitadas. Durante a pré-análise, serão desenvolvidas as ideias iniciais impostas pelo referencial teórico escolhido e serão estabelecidos os indicadores para posterior interpretação das informações coletadas. Nessa fase, realiza-se a leitura geral do material, ou seja, das entrevistas realizadas. Destarte, nessa fase, ocorrerá a leitura flutuante das entrevistas. Após a leitura, faz-se a definição do corpus de análise, ou seja, a separação em categorias e a posterior formulação das hipóteses e objetivos a partir da leitura inicial dos dados; em última instância, acontece a interpretação, propriamente dita, do material coletado.

A unidade de análise do estudo foi as falas das pessoas idosas com idade a partir de 60 anos que perderam algum ente ou amigo próximo de Covid-19

durante a pandemia. Ademais, os idosos foram convidados a participar de três encontros via Google Meet para responder à entrevista.

### **4.3 Contexto da pesquisa**

O contexto da pesquisa se deu por meio virtual com pessoas idosas que se dispuseram a falar sobre sua perda. Algo que demandou um manejo cuidadoso por parte da pesquisadora, uma vez que o entrevistado lidou com suas emoções afloradas no momento da entrevista. Ao lidar com algo subjetivo, buscou-se oferecer 3 encontros para conclusão por Google Meet. Os encontros foram marcados, previamente e semanalmente, com um familiar do idoso, caso este viesse a manifestar dificuldades frente à tecnologia. Os idosos participantes eram moradores do Rio de Janeiro – RJ, Itaperuna – RJ, Cardoso Moreira – RJ, Vila Velha – ES e Vitória – ES.

Antes de iniciar a pesquisa, foi explicado tudo o que seria feito e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Destaca-se que o estudo preconizou todas as exigências contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 5.561.399. Os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados**

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. No questionário sociodemográfico, buscou-se conhecer o perfil do entrevistado com dados como escolaridade, idade, fonte de renda. O objetivo foi caracterizar o grupo de participantes. A entrevista, por sua vez, foi utilizada como instrumento principal para a coleta de dados. Registra-se que as perguntas foram elaboradas com base na presente temática e alinhadas com os objetivos da investigação.

Para elaboração das perguntas, considerou-se a revisão de literatura e os critérios do DSM-V para transtornos como depressão e ansiedade, criando perguntas que descrevessem tais estados psicopatológicos, levando em conta a busca para compreender a saúde mental dos idosos no contexto do luto. Ressalta-se que foi permitido ao entrevistado falar e acrescentar o que achasse pertinente. Antes de responderem a entrevista, todo o procedimento foi

elucidado de forma explicativa e, em qualquer momento, havendo necessidade, o entrevistado poderia interromper caso sentisse algum desconforto emocional. Alguns manifestaram o desejo de falar, outros se recusaram a aprofundar e respondiam de forma superficial.

As informações coletadas no questionário sociodemográfico e nas entrevistas foram analisadas de forma criteriosa. Os dados analisados, segundo a ótica da análise de conteúdo de Bardin (2011), consideraram a correlação com a literatura ora pesquisada. Inicialmente, procedeu-se à escuta e transcrição dos dados da entrevista. Posteriormente, foi realizada a separação do material (atos de fala) em categorias.

#### **4.5 Considerações éticas**

A pesquisa científica cumpre normas éticas frente aos seus procedimentos e, em todo o percurso da presente obra, os entrevistados que participaram tiveram ciência de como participariam, dos riscos e objetivos do estudo. Todos participaram de forma voluntária com segurança e sigilo, sabendo que poderiam desistir em qualquer momento. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética na Plataforma Brasil.

## 5. Análise e discussão dos resultados

Nesta seção, estão contidos os resultados obtidos na coleta de dados, separados em categorias e alinhados ao referencial teórico.

### 5.1 Perfil da amostra

Amostra: 25 idosos, com idade a partir dos 60 anos, que tiveram algum parente falecido por Covid-19 durante a pandemia. Dos 25 entrevistados, 17 completaram as entrevistas e 8 desistiram devido à dificuldade em lidar com a perda e falar sobre ela.

Gênero: Do total de entrevistados que permaneceram até o final das entrevistas, 10 são do gênero feminino e 7 do gênero masculino. Todos aposentados.

Escolaridade: Participaram sujeitos com nível fundamental, nível médio e superior.

## 5.2 Análise e discussão dos resultados

<b>CATEGORIAS</b> <b>Entrevistada 1</b> <b>– Feminino – 75 a.</b> <b>Ensino Fundamental</b>	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<p><i>“Me sinto muito triste, foi uma tragédia na minha família, tive 7 perdas.”</i></p> <p><i>“Eu era alegre e minha alegria se foi, agora sou triste.”</i></p>
<b>EMOÇÕES</b>	<p><i>“Eu tenho chorado muito, todo dia, só tenho vontade de chorar.”</i></p> <p><i>“Não tenho ânimo.”</i></p> <p><i>“Todo dia sinto muita saudade.”</i></p>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<p><i>“Acredito que Deus sabe de tudo, eu tenho muita fé e, se Deus quis assim... Quem sou eu para questionar.”</i></p>
<b>CANSAÇO</b>	<p><i>“Me sinto cansada.”</i></p>
<b>INSÔNIA</b>	<p><i>“Eu demoro a dormir.”</i></p> <p><i>“Só durmo com remédios.”</i></p>
<b>MEMÓRIA</b>	<p><i>“Eu esqueço as coisas.”</i></p>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<p><i>“Eu senti muito essas perdas na minha família, me sinto perdida.”</i></p> <p><i>“Tá sendo muito difícil, mas se Deus mandou, eu sinto muito a falta deles.”</i></p> <p><i>“Tá sendo horrível mexer nas coisas deles.”</i></p> <p><i>“Eu perdi meu ninho.”</i></p> <p><i>“Eu sinto que, na morte, a gente tem que se preparar. O meu irmão não ia na igreja, se ele tivesse ido na igreja, talvez ele não tinha pegado essa doença.”</i></p> <p><i>“O meu marido ia, às vezes, na igreja, acho que eu preciso me dar mais.”</i></p> <p><i>“Minha mãe era idosa, 88 anos.”</i></p>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 2 – Masculino – 85 a. Nível Superior	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Me sinto extremamente triste, inconsolável.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Eu choro todos os dias, minhas emoções ficaram diferentes.”</i>
	<i>“A minha vida perdeu o sentido.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu confio em Deus.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Me sinto cansado.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Só durmo com remédios.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Minha memória está ruim.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Muito difícil, até hoje, encontro dificuldades em realizar tarefas que me lembram a minha perda.”</i>
	<i>“Nas datas comemorativas, tem sido difícil.”</i>
	<i>“Foi um momento muito difícil, eu estava internado na UTI quando tive as 2 perdas, fiquei sabendo no dia que tive alta da UTI desde então minha vida não foi a mesma, sinto muito a falta deles”.</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 3 – Feminino – 60 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Muito grande a tristeza, parecia uma história até acontecer comigo.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Tenho chorado muito.”</i>
	<i>“Eu fiquei patética, em torpor.”</i>
	<i>“Tenho pensado que as pessoas ficaram vulneráveis, que até eu poderia morrer.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Às vezes, penso que isso não foi Deus quem fez.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Me sinto cansada.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Durmo mal.”</i>

<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Está muito ruim.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“A morte é uma coisa natural só que, nessa pandemia, parece que foi provocada, veio para destruir.”</i>
	<i>“Eu não imaginava que ele ia pegar um vírus, foi muito chocante, porque de repente ele morreu, ele só tinha 38 anos.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 4 – Feminino – 64 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Muito triste, muito mesmo.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Apavorada, tremendo, com muito medo.”</i>
	<i>“Me sinto nervosa, chorando demais e em pânico.”</i>
	<i>“No início, eu chorava mais, agora menos.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Me sinto sem esperança.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Sinto minhas pernas pesadas, muito cansada e com dor no corpo.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Estou precisando de remédios.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“A memória está falhando, e eu esqueço as coisas.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Eu estou arrasada, não acredito que ele morreu.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 5 – Feminino – 74 a. Ensino Fundamental	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Triste e com medo, eu achava que ele iria melhorar.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Me sinto triste, sem vontade de fazer nada.”</i>
	<i>“Eu tenho chorado.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Deus sabe de tudo, né?”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Me sinto cansada.”</i>

<b>INSÔNIA</b>	<i>“Só durmo com remédios.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Tô um pouco esquecida.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Eu não aceito a morte não, acho cruel.”</i>
	<i>“Essa doença eu pensei que era algo mais leve, mas foi piorando, piorando, ele não saía de casa para nada, mas o pulmão atacou 80%.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 6 – Masculino– 61 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Me sinto triste, vivendo um cenário inédito. Triste devido à perda.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i><b>Categoria não evidenciada</b></i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“A vida continua!”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i><b>Categoria não evidenciada</b></i>
<b>INSÔNIA</b>	<i><b>Categoria não evidenciada</b></i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i><b>Categoria não evidenciada</b></i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“A morte em si é uma coisa natural.”</i>
	<i>“A morte pela COVID foi muito diferente, não poder fazer o sepultamento digno, sei lá, parecia o fim, você não poder abrir a urna não ver quem estava lá dentro. Tivemos que ficar diante da urna...Foi uma experiência que não desejo a ninguém. Por mais natural que seja perder um ente, nunca estamos preparados.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 7 – Masculino– 60 a. Superior Completo	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Me sinto triste com a morte da minha irmã.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Fiquei chocado e com medo.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Tenho uma nova compreensão da vida!”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i><b>Categoria não evidenciada</b></i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Tenho insônia.”</i>

<b>MEMÓRIA</b>	<i>"Memória ruim"</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>"A morte é uma coisa natural."</i>
	<i>"Fiquei muito triste com a perda da minha irmã, mas consolado por ser Cristão. A parte mais difícil tem sido consolar minha mãe e sobrinhos".</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 8 – Masculino – 64 a. Ensino Fundamental	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>"Me sinto triste e impotente por essa perda."</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>Desde que meu sobrinho morreu, sinto angústia no peito."</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>"Eu acredito que ele está num lugar melhor, tenho muita fé que Deus o recolheu."</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>"Às vezes, a gente cansa dessa vida."</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>"Até que durmo bem, mas às vezes se ficar pensando aí não durmo."</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>"Não é mais a mesma a minha memória."</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>"Quando a pessoa já está velha a gente se conforma mais, só quando é um jovem como ele, é difícil aceitar."</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 9 – Feminino – 74 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>"Eu fiquei triste, ela era minha companhia."</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>"Sinto tristeza, choro sempre, tenho vontade de morrer."</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>"Eu tenho muita fé em Deus, se Ele quis assim, o que posso fazer?"</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>"Me sinto fraca, cansada, sem vontade de fazer nada."</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>"Só depois dos remédios."</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>"Tô muito esquecida."</i>

<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Eu perdi a minha mãe, e mesmo ela sendo idosa, com quase 100 anos, eu não queria que fosse por essa doença, ainda mais que não dei a ela um enterro digno, isso foi cruel, um dia no céu vou ver ela.”</i>
--------------------------	--

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 10 – Feminino – 75 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Me sinto triste até hoje, parece que não tem fim a minha tristeza.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Eu choro todos os dias e a vida perdeu o sentido.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Sempre tive fé em Deus e Ele que está me ajudando a viver, se não fosse a minha fé, eu nem sei o que seria de mim.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Nossa! é um cansaço que eu sinto tão grande.” “Não tenho ânimo.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Depois dessa pandemia e tudo que eu passei, eu não durmo bem.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Eu esqueço as coisas, até os nomes das pessoas.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“A morte é uma coisa normal, mas a pandemia desse vírus foi muito de repente, ninguém esperava isso. Aí você perde tudo, fica perdido e tem que enfrentar a morte.”</i>
	<i>“O Luto dói muito”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 11 – Feminino – 63 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“A tristeza é muito grande de perder alguém que a gente ama.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Eu não sinto mais alegria, meu mundo caiu.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu tenho ido à igreja é o que está me ajudando a superar.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Me sinto cansada de tudo, sem vontade de estar com as pessoas.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Eu acordo a noite inteira e tenho pesadelos, no começo era pior, mas ainda tenho.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Minha memória tá ruim, esqueço tudo.”</i>

<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Foi um trauma pra mim perder meu filho e, sinceramente, eu não aceito a morte, fico pensando porque Deus permitiu isso acontecer comigo, tem tanta gente ruim no mundo e eu era tão feliz...está sendo difícil essa perda na minha vida.”</i>
--------------------------	---

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 12 – Feminino– 71 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“ A tristeza é muito grande, foi tudo muito triste essa pandemia.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Depois que perdi meu esposo, eu fiquei abatida, sempre chorando.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu rezo muito pra Deus tirar essa dor.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Um cansaço físico e mental.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Tenho sono, durmo e depois acordo e não durmo mais.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“A cabeça ficou ruim.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“A gente tem que aceitar, mas é duro, meu companheiro se foi e só ficou a solidão. Eu tenho que aceitar a morte.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 13 – Masculino – 69 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Fiquei triste sim.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“É muito difícil falar sobre isso.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu sempre tive fé em Deus.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<b><i>Categoria não encontrada</i></b>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Tenho tido dificuldades pra dormir e o médico passou um remédio.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Eu tenho estado meio esquecido.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“O que vou fazer, eu tenho que aceitar, mesmo ficando um pouco triste, tenho que aceitar que as pessoas morrem.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 14 – Feminino– 72 a. Ensino Fundamental	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	“Uma tristeza danada dentro de mim.”
<b>EMOÇÕES</b>	“Sinto saudade e choro.”
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	“Eu rezo pra minha santa e ela me enxuga as lágrimas.”
<b>CANSAÇO</b>	“Ah é desânimo mesmo, não tenho mais disposição que tinha antes de andar.”
<b>INSÔNIA</b>	“Agora tomo um remédio e aí durmo.”
<b>MEMÓRIA</b>	“A memória tá ruim, a cabeça confusa.”
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	“Eu achei que lidava bem até que aconteceu essa coisa com minha família, e eu achei que ia morrer também, tive muito medo.”

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistada 15 – Feminino – 78 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Muita tristeza mesmo em perder minha cunhada que era uma amiga pra mim.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Sinto tristeza, choro, raiva, irritada.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu acredito que Deus permitiu isso.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Cansada demais de tudo.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Tenho dificuldade pra pegar no sono.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“A memória ficou ruim também.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Muito triste porque ela morreu de forma assim inesperada, tinha boa saúde e gostava de viver, uma crueldade.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 16 – Masculino – 65 a. Ensino Superior	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Eu fico sempre triste.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“Tenho tentado me alegrar, mas tem sido difícil pra mim.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu busco a força na fé em Deus e nos amigos da igreja.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Falta disposição.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Às vezes, eu fico acordado a noite toda pensando na vida.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“A minha memória tá falhando.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Eu penso que a morte é algo natural do ser humano, mas na COVID, foi diferente porque não deu tempo da gente se despedir e se preparar. Foi algo terrível.”</i>

<b>CATEGORIAS</b> Entrevistado 17 – Masculino – 68 a. Ensino Médio	<b>FALAS</b>
<b>TRISTEZA</b>	<i>“Me sinto triste a maior parte do dia.”</i>
<b>EMOÇÕES</b>	<i>“A alegria se foi.”</i>
<b>ESPIRITUALIDADE E FÉ</b>	<i>“Eu tenho fé que isso vai passar.”</i>
<b>CANSAÇO</b>	<i>“Sinto desânimo e cansaço de viver.”</i>
<b>INSÔNIA</b>	<i>“Não durmo bem.”</i>
<b>MEMÓRIA</b>	<i>“Esqueço as coisas, até panela no fogo.”</i>
<b>LIDAR COM A MORTE</b>	<i>“Eu estou aceitando aos poucos, mas dizer que é normal um pai enterrar seu filho, não é! Eu me sinto mal com isso, eu não aceito. Deveria ter sido eu.”</i>

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Destaca-se que as perdas ocorreram nos anos 2020 e 2021, nas primeira e segunda ondas, respectivamente, antes de as vacinas serem disponibilizadas pelo governo. Os encontros para escuta ativa ocorreram em fevereiro e

março de 2022. Ao analisar as falas dos idosos, é possível perceber profundos sentimentos de tristeza, desesperança, depressão, irritabilidade, instabilidade emocional. Emoções como choro frequente e falta de ânimo evidenciam a dificuldade em lidar com as perdas e a falta de sentido da vida frente ao luto. Sintomas como fadiga, insônia, afetações na memória, falta de concentração denotam perdas cognitivas importantes. Percebe-se que lidar com a perda do objeto amado é, sem dúvida, a tarefa psíquica mais complexa a ser feita nesse contexto. Exige da psiquê uma explicação. E os idosos buscam recursos de enfrentamento na fé e na espiritualidade, uma vez que não barganham com Deus, mas aceitam o acontecido em suas vidas.

A espiritualidade é, sem dúvidas, uma estratégia de enfrentamento focada na emoção. Nela, há um ser superior que tudo sabe e pode ser observada em todos os entrevistados. Registra-se que há um trabalho interno para buscar entender por que a morte os levou. O inconsciente busca respostas para o sofrimento da perda. Há uma racionalização da morte. No sujeito 1, observa-se a fala “Se o irmão tivesse ido mais à igreja, talvez a doença não o tivesse pego”. A fé para ela (a entrevistada) seria sua proteção. Nesse contexto, é possível vislumbrar o medo da morte quando ela diz: “Eu preciso me preparar (proteger)”. A entrevistada 14 refere-se também ao medo da morte.

A parte mais dolorosa para a despedida, quando fica evidente que o objeto amado não está mais ali, é o findar de seus pertences, é quando há o afastamento absoluto, e tal atitude (mexer nos objetos) para a idosa foi algo difícil, mas que faz parte do trabalho do luto. Lidar com o objeto perdido é a tarefa mais dolorosa e difícil para os entrevistados.

A morte está intimamente ligada ao luto e à perda, todavia são temas pobremente explorados, tanto por aqueles que vivenciam quanto pelos que, de alguma forma, têm que lidar com tais processos. Sabe-se que a perda se perfaz como sendo um dos processos mais desorganizadores da existência humana, visto que não se limita apenas a pessoas, mas a todo desempenho de mudança de vida. A morte pode ser considerada como perda, ou seja, um vínculo que se rompe de forma irreversível. Ademais, o processo de luto é identificado como um conjunto de reações diante de perdas irreversíveis, de relações nas quais existia um vínculo significativo e afetivo; e o rompimento exige um trabalho psíquico de composição do luto por meio do qual o indivíduo reorganiza sua vida, ficando, este, um percurso gradual de ressignificações de relações, de atividades e de papéis, sem que haja uma duração

pré-estabelecida, podendo haver mais postergação do que o esperado (Clem; Augustin Hoch, 2021).

Muitas pessoas apresentam temor quando se deparam com a morte e, nesse momento, é indispensável a existência de compreensão e aceitação, além da interpretação de que é uma experiência da vida que exige atitudes preparatórias graduais para se lidar com a perda e, assim, facilitar o processo. No processo de luto, pode acontecer a perda de sentido, sensação de desorganização, de vazio, falta de ânimo, gerando a perda de potencialidade. Para a fenomenologia, o luto não é tido como algo superável, mas sim passageiro. O enlutado não quer que a sua dor seja vista como insignificante, desejando que o seu sofrimento e a memória de seu ente querido sejam reverenciados (Kübler-Ross, 2020).

A pandemia do Coronavírus SARS-CoV-2 ceifou milhares de vidas globalmente, sem a possibilidade da elaboração dos rituais de despedida tão necessários para o processo de luto, devido ao isolamento social que foi essencial para evitar a transmissão e o contágio pelo vírus. Em alguns casos, esses rituais foram mediados pelas tecnologias digitais, por meio de chamadas de vídeo entre pacientes internados e familiares, encontros on-line entre familiares e entes queridos, após o falecimento do enfermo, ou em homenagem aos que morreram acometidos pelo Coronavírus em memoriais on-line. Dito isso, fica clarividente que a pandemia causou um completo desarranjo do modo de viver na sociedade, expondo e acentuando fragilidades das questões de vida, morte e luto. Assim, é importante a ressignificação do luto na rede socioafetiva dos indivíduos acometidos, levando em consideração o oferecimento de suporte psicológico adequado, desde o início da perda, para favorecer a minimização dos impactos negativos na saúde mental, auxiliando no processo de elaboração do luto, repercutindo na saúde pública do país (Botelho; Ribeiro; Cardoso, 2021).

## Conclusão

As pessoas idosas, no período pandêmico, compuseram o grupo com mais vulnerabilidade devido ao fato de apresentarem elevada suscetibilidade em desenvolver a forma mais grave da Covid-19, além de, frequentemente, apresentarem comorbidades associadas. A pandemia levou para o seio familiar uma crise com impactos tanto econômicos quanto sociais. Com a evolução da doença, os períodos de isolamento social se prolongaram e foram surgindo sentimentos como solidão, raiva e vários outros de conteúdo negativo que ameaçam a integridade psicológica. Mesmo sendo indispensável, o distanciamento social, na fase inicial, proporcionou uma rotina solitária e manifestou mudanças socioambientais que incluíram restrições de interação social, contato e comunicação. Assim, percebe-se que o período de pandemia transformou a vida de toda a sociedade, mediante mudanças de hábitos e comportamentos. Logo, a atenção com a saúde mental dos idosos, por meio de estratégia de vigilância para sinais e sintomas, são cuidados essenciais mesmo pós-pandemia. É imprescindível a compreensão de que o envelhecimento saudável carece de um olhar cauteloso e que medidas de proteção asseguram os direitos de cidadania dos idosos.

Na situação de lidar com as perdas, percebe-se uma lacuna que pode permanecer dado o impacto de perder alguém amado de forma inesperada. Dessa forma, conclui-se que a atenção à saúde do idoso se perfaz num constante desafio que demanda uma dinâmica de cuidado, aproximação, empatia,

inobstante a situação em que o idoso se encontra. O envelhecer com qualidade está intimamente atrelado a elementos intrínsecos e extrínsecos da cultura do indivíduo. É indubitável que hábitos, como a prática de atividade física, alimentação saudável, lazer, sono de qualidade, colaboram para viver melhor e elevar a longevidade. A adoção de um estilo de vida saudável e vantajoso para essa faixa etária contribui de forma positiva para minimizar o sofrimento em momentos de perda. Por isso, é indispensável a recomendação de programação dos horários de sono e de refeições regulares, alimentação saudável, estimulação cognitiva e atividade física.

A atividade física regular é muito benéfica na preservação das capacidades funcionais dos idosos, prolongando a independência dos mesmos e reduzindo os fatores de risco para morbidades médicas; ademais, está muito associada ao bem-estar mental dos idosos, melhorando as funções cognitivas, emocionais e qualidade de vida. A terapia com pessoas idosas é também uma forma de proporcionar saúde para a pessoa idosa e qualidade de vida, podendo favorecer processos produtivos que auxiliam no enfrentamento da ideia de finitude e das perdas, no processo do envelhecimento e de luto.

Sendo assim, por meio da pesquisa, foi possível concluir a análise da saúde mental de pessoas idosas que presenciaram alguma situação de morte de parentes ou amigos durante a pandemia da Covid-19, percebendo que, para a pessoa idosa, apontou-se déficit na saúde mental, como depressão e ansiedade, frente ao luto ocorrido durante a pandemia. Outro resultado verificado foi o sofrimento psíquico de pessoas idosas que vivenciaram perdas. Por fim, salienta-se ainda que foi possível, como resultado da pesquisa, conhecer as implicações referentes à saúde mental da população idosa frente às mortes decorrentes da pandemia da Covid-19.

## Referências

ALVES, J. E. D. Bônus demográfico no Brasil: do nascimento tardio à morte precoce pela Covid-19. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/M6ZjNHVZRfdcbBwbs9tBkhy/?lang=pt>. Acesso em: 09 mar. 2022.

ALVES, D. S. Efeitos positivos do exercício físico em tempos de pandemia: algumas análises. In: OLIVEIRA, E. S. A. (org.). **Pesquisas sobre Educação Física em trabalhos de conclusão de curso**: múltiplos olhares e análises. São José dos Pinhais: Brazilian Journals, 2021. p. 1-7.

AMARAL, J. R. G. Avaliação Global do Idoso. In: MARTINS, M. de A. *et al.* (org.). **Clínica médica, volume 1**: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 31-60

AMARAL, S.C.S.; BRUNELLI, P.B.; SOUZA, S.C. Estética e Envelhecimento Humano em tempos Líquidos: Múltiplos olhares. In: ISTOIE, R.S.C; MANHÃES, F.C.; SOUZA, C.H.M. (org.). **Envelhecimento Humano, inovação e criatividade**. Diálogos Interdisciplinares. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2020. p. 14-24

ANGERAMI CAMON, V. A. *et al.* (org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

AZEVEDO, A L. **Velhice e seus processos sócio-históricos**. 2001. Lisboa: Argumento.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, p. 216-222, 2016. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/2152/v26s8a41.pdf>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BANERJEE, D.; RAI, M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. **International Journal of Social Psychiatry**, [S. l.], v. 66, p. 525–527, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349580/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BECKER, R. L. Breve história de las pandemias. **Psiquiatria.com**, v. 24, 2020. ISSN: 1137-3148. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Breve%20historia%20de%20las%20pandemias.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BERTOLDO, L. M. **O envelhecimento no contexto atual**. 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2010. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/303>. Acesso em: 25 mai. 2022.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2 Semana Epidemiológica 36 5/9 a 11/9/2021. **Gov.br**, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid\\_19/2021/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_80-final-17set.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid_19/2021/boletim_epidemiologico_covid_80-final-17set.pdf). Acesso em: 17 mai. 2022.

BORGES, M. B. O. **Envelhecimento Humano: Aspectos históricos e sociais**. 2007. 80 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de ciências da saúde, Brasília, 2007. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2991/2/20262462.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BORGES, D. S. L.; GUIMARÃES, D. N.; AMARAL, S. C. S. O envelhecimento retratado na música popular brasileira. *In*: ISTOE, R.S.C; MANHÃES, F.C.; SOUZA, C. H. M. (org.). **Envelhecimento Humano em Processo**. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2018. p. 28-39

BOTELHO, J. F. L.; RIBEIRO, E. C. O.; CARDOSO, M. E. N. Possibilidades de suporte psicológico ao luto em uma unidade de terapia intensiva durante a pandemia de Covid-19. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 283, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/357262962\\_POSSIBILIDADES\\_DE\\_SUPORTE\\_PSIKOLOGICO\\_AO\\_LUTO\\_EM\\_UMA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA\\_DURANTE\\_A\\_PANDEMIA\\_DE\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/357262962_POSSIBILIDADES_DE_SUPORTE_PSIKOLOGICO_AO_LUTO_EM_UMA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA_DURANTE_A_PANDEMIA_DE_COVID-19). Acesso em: 06 dez. 2024.

BOWLBY, J. **Perda, Tristeza e Depressão**. Apego e perda. Volume 3 da trilogia. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1994. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.** Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm). Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 06 dez. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.** Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do conselho nacional dos direitos do idoso CNDI, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=5109&ano=2004&ato=5afkXVE5keRpWT07f#:~:text=DISP%C3%95E%20SOBRE%20A%20COMPOSI%C3%87%C3%83O%2C%20ESTRUTURA%C3%87%C3%83O,CNDI%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%8ANCIAS>. Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MEC, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Relatório anual do Disque 100.** Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento Saudável. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2020b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/envelhecimento-saudavel/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cronologia da Covid-19.** MEC, [s. d.]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 21 abr. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 – PNO.** Brasília: Ministério da Educação, [s. d.] Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/12/brasil-tem-80-da-populacao-alvo-com-duas-doses-de-vacina-contra-a-covid-19>. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRÊTAS, A. C. P. **Enfermagem e saúde do adulto.** Barueri: Manole, 2006.

CAMON, V. A. A. **Psicossomática e a psicologia da dor.** São Paulo: Perdizes, 2004.

CAMARANO, A. A. Estatuto do idoso: Avanços com contradições. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea**, 2014. ISSN 1415-4765. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/91154/1/75111670X.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2022.

CANUTO, P. J.; LIMA, L. de S.; BARBOSA, H. C. V.; BEZERRA, K. A. Repercussões do isolamento social diante da pandemia Covid-19: abordando os impactos na população. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, p. 122–131, 2020. DOI: 10.14393/Hygeia0054398. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54398>. Acesso em: 11 dez. 2024.

CASTANEDA GULLOT, C.; RAMOS SERPA, G. Principales pandemias en la historia de la humanidad. **Rev Cubana Pediatr**, Ciudad de la Habana, v. 92, supl. 1, e1183, 2020. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000500008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000500008&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 09 mai. 2022.

CARRILHO, L. E. Abordagem centrada na pessoa no contexto da atenção primária em saúde. In: KASHIWABARA, T. B. *et al.* (org.). **Medicina Ambulatorial I**. Montes Claros: Dejan Gráfica e Editora, 2019. p. 13-29.

CARVALHO, M. P. de; LUCKOW, E. L. T.; PERES, W.; GARCIAS, G. de L.; SIQUEIRA, F. C. V. O Envelhecimento e seus Fatores de Risco Associados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, [S. l.], v. 8, n. 2, 2011. DOI: 10.5335/rbceh.2012.1296. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1296>. Acesso em: 20 nov. 2024.

CECCON, N. J. **A morte e o luto na perspectiva da psicologia humanista**. Curitiba: Unibrasil, 2017.

CEDENHO, A. C. O idoso como novo personagem da atual sociedade: o Estatuto do Idoso e as diretrizes para o envelhecimento no Brasil. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 11, n. 11, 2014. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/RFD/article/view/5250/4342>. Acesso em: 21 mar. 2022.

CERVERA, C. La olvidada Gripe Asiática de 1957 que puso a prueba el sistema sanitario mundial con un millón de muertos. **ABC-História**, 2020. Disponível em: [https://www.abc.es/historia/abci-olvidada-gripe-asiatica-1957-puso-prueba-sistema-sanitario-mundial-millon-muertos-202003050111\\_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.abc.es/historia/abci-olvidada-gripe-asiatica-1957-puso-prueba-sistema-sanitario-mundial-millon-muertos-202003050111_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F). Acesso em: 08 mai. 2022.

CHINA, D. L., FRANK, I. M., SILVA, J. B. da, ALMEIDA, E. B., SILVA, T. B. L. da. Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. especial 29, n. 24, p. 141-156, 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/53768/34973>. Acesso em: 02 mar. 2022.

CLEM, L.; AUGUSTIN HOCH, V. Luto e perda: a abordagem centrada na pessoa como uma possibilidade de resignificação. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc, São Miguel do Oeste**, [S. l.], v. 6, p. 29781, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apesusmo/article/view/29781>. Acesso em: 02 mar.2022.

- CORMAN, V. M.; MUTH, D.; NIEMEYER, D. *et al.* Hospedeiros e fontes de coronavírus humanos endêmicos. **Res. Adv Vírus.**, v. 100, p. 163-188, fev. 2018. DOI: 10.1016/bs.aivir.2018.01.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29551135/>. Acesso em: 06 dez. 2024.
- CRAVIOTO, E. G.; GARCÍA, I. G. The pest in Antiquity. Historiographical origins. **Revista de Historiografia**, v. 18, 2013. Disponível em: [https://www.academia.edu/6089150/The\\_pest\\_in\\_Antiquity\\_Historiographical\\_origins](https://www.academia.edu/6089150/The_pest_in_Antiquity_Historiographical_origins). Acesso em: 09 mai. 2022.
- CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200090, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LRmfcnxMXwrbCtWSxJKwBkm/#>. Acesso em: 09 mai. 2022.
- DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, [S. l.], v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>. Acesso em: 03 mar. 2022.
- DA SILVA, C. C. *et al.* Covid-19: Aspectos da origem, fisiopatologia, imunologia e tratamento - uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6542, 27 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6542.2021>. Acesso em: 08 jun. 2022.
- DEBERT, G. G. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista USP**, [S. l.], n. 42, p. 70-83, 1999. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i42p70-83. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28456>. Acesso em: 14 nov. 2022.
- DE CAMPOS, T. C. The Traditional Definition of Pandemics, Its Moral Conflations, and Its Practical Implications: A Defense of Conceptual Clarity in Global Health Laws and Policies. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 29, p. 205–217, 2020. Disponível em: [doi:10.1017/S0963180119001002](https://doi.org/10.1017/S0963180119001002). Acesso em: 10 mai. 2022.
- DUARTE, L. T. Envelhecimento: processo biopsicossocial. 2008. Monográfico para o Curso Virtual Educação para o Envelhecimento. **Tiempo**, 2008. *On-line*. Disponível em: <https://psicomundo.com/tiempo/monografias/brasil.htm>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- ENGEL, G. L. Is grief a disease? A challenge for medical research. **Psychosomatic medicine**, v. 23, p. 18-22, 1961. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13696798/> Acesso em: 10 mai. 2022.
- FEIJÓ, M. C. C.; MEDEIROS, S. A. R. A sociedade histórica dos velhos e a conquista de direitos de cidadania. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 109-123, mar. 2011. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6930/5022>. Acesso em: 07 jul. 2022.
- FEIX, E. E. **Sofrimento psíquico do idoso**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional do Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, Ijuí, 2021.

FIGUEIREDO, S. A.; PAULA, F. B. de A. Diagnóstico da COVID-19 em laboratórios de análises clínicas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e49511125286, 2022. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25286>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25286/22106>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FOGAÇA, P. C.; AROSSI, G. A.; HIRDES, A. Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia COVID- 19 sobre a saúde mental da população em geral: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e52010414411, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14411>. Acesso em: 11 dez. 2024.

FERNANDES, A. C. As grandes pandemias da história da Europa e os seus impactos na nossa civilização: desafios da moderna saúde pública. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 19-30, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i2.780>. Acesso em: 10 mai. 2022.

FREIRE, P. **À sombra desta mangueira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Tradução de Marilene Carone (Trabalho original publicado em 1915). São Paulo: Cosac Naify, 2011.

GAMA, B. I. A.; SOARES, R. A. S.; SILVA, C. M. Perfil da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos em distanciamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19. **Intercontinental Journal on Physical Education**, v. 2, n. 3, e2020017, 2020. Disponível em: <http://www.ijpe.periodikos.com.br/article/5f-7f8e340e88258414a212e3> Acesso em: 28 jun. 2022.

GEOFFROY, A. S.; DÍAZ, J. P. From the antonine plague to the cyprian plague: Scopes and consequences of global plagues in the Roman empire in the 3rd century ad. **Rev Chil Infectol.**, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1006622>. Acesso em: 11 mai. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai./jun. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2022.

GOMES, L. de O.; COSTA, A. L. P. F.; FERREIRA, W. A. S. L.; COSTA, A. C. *et al.* Qualidade de vida de idosos antes e durante a pandemia da COVID-19 e expectativa na pós-pandemia. **Kairós Gerontologia**, v. 23, n. especial 28, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50838>. Acesso em: 28 jun. 2022.

GROLLI, R. E. *et al.* Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. **Mol Neurobiol.**, v. 58, n. 5, p. 1905–1916, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7786865/>. Acesso em: 13 jul. 2022.

- GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hesm/a/5L8mDxpksnx4JQfZC6GZKjb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.
- GUNNELL, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1) Acesso em: 29 jun. 2022.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas**. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- KATZ, S. **Disciplining old age**: the formation of gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia. 1996.
- JACOB FILHO, W. Envelhecimento em diferentes contextos: populacional, individual e social. In: MARTINS, M. de A. *et al.* (org.). **Clínica médica, volume 1**: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 45-59.
- JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. da S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 471-489, ago. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 mar. 2023.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020.
- KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. **On grief and grieving**: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. London: Simon & Schuster, 2005.
- LEDERMANN, W. El hombre y sus pandemias a través de la historia. **Rev Chil Infect**, Edición Aniversario, p. 13-17, 2003. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-1018200302020000](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-1018200302020000) Acesso em: 09 mai. 2022.
- LIMA, J. V. de O. *et al.* Potential risk of investigated drugs for the treatment of Covid-19: drugs interactions. **Rev Pre Infec e Saúde**, 2020. ISSN: 2446-7901. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/10829>. Acesso em: 09 jun. 2022.
- LINGESWARAN, A. Suicide related risk factors during the COVID-19 pandemic. **Paripex-Indian Journal of Research**, v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.worldwidejournals.com/paripex/article/suicide-related-risk-factors-during-the-covid-19-pandemic/MTQ5NDM=?is=1&b1=265&k=67>. Acesso em: 28 jun. 2022.

LOPES, R. **Velhice**: potência de vida ou sinônimo de “lixo social”? Youtube, Canal Café Filosófico, 2017. (48 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4jX5WWR5zi0>. Acesso em: 08 jan. 2020

LÓSS, J. C. S. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde na linha de frente contra a covid-19. **Revista Transformar**, v. 14, Edição Especial “Covid-19: pesquisa, diálogos transdisciplinares e perspectivas”, mai./ago. 2020. E-ISSN:2175-8255. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/375>. Acesso em: 10 mai. 2021.

LÓSS, J. C. S.; ISTOE, R. S. C.; SANTOS, M. F. R. EsqueSER: um estudo sobre memórias e intervenção no envelhecimento. *In*: ISTOE, R.S.C.; MANHÃES, F.C.; SOUZA, C. H. M. (org.). **Envelhecimento humano, inovação e criatividade**: diálogos interdisciplinares. Campos dos Goytacazes, RJ: Encontrografia, 2020. p. 334-347.

LÓSS, J. C. S.; CABRAL, H. L. T. B.; SOUZA, C. H. M. A morte e o morrer com dignidade: Uma inovadora forma de adeus. *In*: ISTOE, R.S.C.; MANHÃES, F.C.; SOUZA, C.H.M. (org.). **Envelhecimento Humano, inovação e criatividade**: diálogos interdisciplinares. Campos dos Goytacazes. RJ: Encontrografia, 2020. p. 7-14.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, e2020407, set. 2020. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742020000400025&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400025&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 9 jul. 2022.

MENDES, M. R. S. S. B. *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>. Acesso em: 9 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde. **Saúde do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, março 2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim\\_tematico/saude\\_idoso\\_outubro\\_2022-1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/saude_idoso_outubro_2022-1.pdf). Acesso em: 29 jun. 2022.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Política Nacional do Idoso**: Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010.

OLIVEIRA, V. V.; OLIVEIRA, L. V.; ROCHA, M. R.; LEITE, I. A.; *et al.* Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, pág. 3718–3727, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-294. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25339>. Acesso em: 11 dez. 2024.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, mai. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>. Acesso em: 19 abr. 2021

- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Estados Unidos, 30 dez. 2015. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6). Acesso em: 29 jun. 2022.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. **VIH/sida**. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/medicos-y-epidemias.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Livro de recursos da OMS sobre a saúde mental, direitos humanos e legislação** [Internet]. Genebra: WHO; 2005. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf). Acesso em: 09 dez. 2020.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Acesso em: 09 dez. 2020
- OPAS. Organização Pan americana de Saúde. **Envelhecimento Saudável**, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- OVERALL, C. **How Old Is Old? Changing Conceptions of Old Age**. The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging. 2016. 978-1-137-39355-5.
- PAPA, J. P. II. **Carta do Papa João Paulo II aos anciãos**, 1999. *Online*. Disponível em: [http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul.htm](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul.htm). Acesso em: 21 mai. 2020.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida no envelhecimento. *In* : MARTINS, M. de A. *et al.* (org.). **Clínica médica, volume 1**: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 15-36.
- PARKES, C. M. **Bereavement**: Studies of grief in adult life. New York: International Universities Press, 1972.
- PARKES, C. M. **Luto**: estudo sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
- PARKES, C. M. **Bereavement**: Studies of grief in adult life. 3rd ed. Philadelphia: Taylor & Francis, 2001.
- PARKES, C. M. **Love and loss**: The roots of grief and its complications. New York: Routledge, 2006.
- PELLEGRINO, F. L. P. C. COVID-19, a pandemia de 2020: origem, agente etiológico, transmissão, manifestações clínicas. **Acta Scientiae et Technicae**, v. 8, n. 1, 2020. ISSN 2317-8957. Disponível em: <http://200.20.55.162/ojs/index.php/ast/article/download/282/192>. Acesso em: 08 jun. 2022.

PEREIRA, D.; FERREIRA, S.; FIRMINO, H. O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental da População Geriátrica. **Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 8, n. 2, p. 49-57, 2022. Disponível em: <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/article/view/253> Acesso em: 12 jul. 2022.

RICON-FERRAZ, A. As grandes Pandemias da História. **Rev. Ciência Elem.**, v. 8, n. 02, p. 25, 2020. Disponível em: [doi.org/10.24927/rce2020.025](https://doi.org/10.24927/rce2020.025). Acesso em: 08 mai. 2022.

ROMERO, D. E.; SILVA, D. R. P. da. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho, Rio de Janeiro. **Cadernos da Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.

ROTHAN, H. *et al.* The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of Autoimmunity**, v. 109, n. 102433, p. 1-4, mai. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113704/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

ROZENDO, A. da S., STERZA JUSTO, J. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 471-489, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844632012>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SABBATANI S, FIORINO S. The Antonine Plague and the decline of the Roman Empire. **Infez Med.**, v. 17, n. 4, p. 261-275, dez. 2009. PMID: 20046111. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/20046111>. Acesso em: 11 mai. 2022.

SAMPAIO, C. J. S. COVID-19: etiologia, aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento e epidemiologia. **Rev. Saúde.Com**, v. 16, n. 2, p. 1804-1812, 2020. ISSN 1809-0761. DOI 10.22481/rsc.v16i2.6493. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/6493/5264>. Acesso em: 08 jun. 2022.

SANDERS, C. **Grief**: The morning after. New York: Wiley, 1989.

SANDERS, C. **Grief, the mourning after**: Dealing with adult bereavement (2nd ed.). New York: John Wiley, 1999.

SANG, D. L. The First Pandemic in History: The Justinian Plague. **Crit Rev Hist.**, v. 132, p. 98-120, 2020. Disponível em: [https://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE09806750&language=ko\\_KR&hasTopBanner=true](https://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE09806750&language=ko_KR&hasTopBanner=true). Acesso em: 08 jun. 2022.

SANTO, F. H. E; GÓES, P.M.F. de; CHIBANTE, C. L. de P. Limites e possibilidades do idoso frente à aposentadoria. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 323-335, 2014. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/24244>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SANTOS, G. B.; SILVA, C. V. P.; PACHÚ, C. O. Impacto da pandemia de Covid19 na saúde de idosos: uma revisão narrativa. In: SAMPAIO, E. C. (org.). **Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos - Volume 2**. 1. ed. São Paulo: Científica Digital, 2020. p. 185-197.

SANTOS, M. F.; RODRIGUES, J.F.S. COVID-19 e repercussões psicológicas durante a quarentena e o isolamento social: Uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 23, n. 265, p. 4095-4100, jun. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117615>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SENHORAS, E. M. Coronavírus e o papel das pandemias na história humana. **Boletim de conjuntura**, Boa Vista, ano II, v. 1, n. 1, 2020. ISSN: 2675-1488. Disponível em: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3760078>. Acesso em: 11 mai. 2022.

SHI, H. *et al.* Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, p. 425-434, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32105637/>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SILVA, A.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015. ISSN 1677-4280. Disponível em: <https://www.fepiam.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/2113-7552-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVA, G. S.; AZEVEDO, I. G.; RANGEL, T. L. V. Envelhecimento ativo e o acesso a políticas de fomento à cultura e ao lazer. *In*: ISTOE, R. S. C.; MANHÃES, F. C.; SOUZA, C. H. M. (org.). **Envelhecimento Humano, inovação e criatividade**. Diálogos Interdisciplinares. Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2020. p. 14-24.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155- 168, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SILVA, S. S. Estatuto do Idoso: Um e crítico e novo olhar sobre o idoso e os desafios a serem enfrentados. **Repositório Institucional UNIVEN**, 2007. Disponível em: <https://aberto.univem.edu.br/handle/11077/646>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SPIEGELHALTER, D.; MASTERS, A. **Covid em números**: dando sentido à pandemia com dados. Westminster, Londres: Penguin Books UK, 2021.

SOUZA, N. F. S. *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 11, e00173317, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00173317. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CgHpmyrd4pDy3yq5dMLmLbs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva [on-line]**, v. 25, suppl., p. 2469-2477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SOUZA, J. H. A. Isolamento social versus qualidade de vida dos idosos: um olhar multiprofissional frente à pandemia do Covid-19. **Pubsaúde**, v. 3, a035, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude3.a035>. Acesso em: 28 jun. 2022.

SOUZA, R. F.; LOPES, E. S. S.; CAVALCANTE, C. C. S. P. História da velhice: desejo de manter-se como membros ativos e respeitados da sociedade. **Sobral**, ano 4, v. 1, n. 6, p. 03-09, 2015. ISSN: 2317-2649. Disponível em: [inta.com.br/biblioteca/images/pdf/artigo-1-n-6.pdf](http://inta.com.br/biblioteca/images/pdf/artigo-1-n-6.pdf). Acesso em: 23 fev. 2022.

SOZINHO, C. As pandemias e endemias na história da humanidade: balanço histórico. **Revista Eletrônica KULONGESA – TES**, v. 3, n. E-1, p. 25-32, mar. 2021. Disponível em: <https://revistas.ipls.ao/index.php/kulongesa-tes/article/view/237>. Acesso em: 09 mai. 2022.

TOMASI, Susana. **Historia de las pandemias mundiales y la economía**. Argentina: Magaten, 2020. Disponível em: <http://www.magatem.com.ar/HISTORIA-DE-LAS-PANDEMIAS-MUNDIALES-Y-LA-ECONOMIA.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2022.

VALE, T. D. *et al.* COVID-19 e idoso: medidas de isolamento social e exacerbação da violência e abuso familiar. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 6, pág. 17344–17352, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-154. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/20766>. Acesso em: 11 dez. 2024.

VERAS, R. Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. *In*: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. (org.). **Neuropsiquiatria geriátrica**. p. 7-21. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 7-21.

VIEIRA MENDES, J. L. *et al.* O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde – REMAS**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 13-26, fev. 2018. ISSN 1983-0173. Disponível em: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/165>. Acesso em: 03 jul. 2022.

ZHOU, Peng *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 270- 273, 2020 Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>. Acesso em: 09 jun. 2022.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental**. Tradução Adriana Zilberman, Leticia Bertuzzi, Susie Smidt. São Paulo: Roca, 2013.

WU, D. *et al.* The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. **Internacional Journal of Infectious Diseases**, v. 94, p. 44-48, mai. 2020. ISSN 1201-9712. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220301235>. Acesso em: 03 jul. 2022.



---

Copyright © 2025 Encontrografia Editora.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização da editora.

---

O isolamento imposto pelo aspecto contagioso da desconhecida doença silenciou despedidas, aplacou abraços e tornou as perdas ainda mais dolorosas, atingindo de forma ímpar as pessoas idosas, que, não bastasse experimentar as solitárias despedidas, enfrentavam o medo da própria finitude. A implicação na saúde mental dessa população foi incalculável, confiando às equipes de saúde um olhar humanizado, para além do cuidado clínico: escutar, acolher e confortar tornaram-se essenciais à assistência.

**Dra. Thais Campolina Cohen Azoury**



**encontrografia**

encontrografia.com  
[www.facebook.com/Encontrografia-Editora](http://www.facebook.com/Encontrografia-Editora)  
[www.instagram.com/encontrografiaeditora](http://www.instagram.com/encontrografiaeditora)  
[www.twitter.com/encontrografia](http://www.twitter.com/encontrografia)