



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde - PPGCTS

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS: O ADOECIMENTO, A MORTE E O
LUTO NA PANDEMIA DE COVID-19**

Karla Roberta Mendonça de Melo Vieira

**Brasília
2023**



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia
Programa e Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde - PPGCTS

ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS: O ADOECIMENTO, A MORTE E O LUTO NA PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de Investigação: Bioética, Saúde Mental e Direitos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva.

**Brasília
2023**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

VV658a Vieira , Karla Roberta Mendonça de Melo
 Ansiedade e Depressão entre idosos: o adoecimento, a
morte e o luto na pandemia de Covid-19 / Karla Roberta
Mendonça de Melo Vieira ; orientador Érica Quinaglia Silva.
- Brasília, 2023.
 95 p.

 Dissertação(Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)
- Universidade de Brasília, 2023.

 1. Saúde mental de idosos. 2. Pandemia de Covid-19. I.
Silva, Érica Quinaglia , orient. II. Título.

KARLA ROBERTA MENDONÇA DE MELO VIEIRA

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS: O ADOECIMENTO, A MORTE E O
LUTO NA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, na área de concentração “Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde” e na linha de investigação “Bioética, Saúde Mental e Direitos Humanos.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Érica Quinaglia Silva
Universidade de Brasília – PGCTS/UnB (Presidente)

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani
Universidade Federal do Pará – PPGP/UFPA (Membro Titular)

Prof^a Dr^a Marina Morato Stival
Universidade de Brasília – PGCTS/UnB (Membro Titular)

Prof^a Dr^a Marianna Assunção Holanda
Universidade de Brasília – PPGBIOÉTICA/UnB (Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu Pai e amigo, sempre presente desde o nascimento deste sonho até sua realização.

Ao meu marido Wenderson pelo companheirismo e apoio em toda caminhada e aos meus filhos Rebecca e Davi pela compreensão e ajuda. Vocês tornaram possível.

Aos meus pais Carlos e Marília por sempre acreditarem em mim, assim como meus avós Alonso e Ambrozina.

Aos meus irmãos Roberta e Michael por estarem comigo, assim como meus sobrinhos.

Aos companheiros de estrada: Julliane, com quem pude contar sempre, Samuel, Hudson e Esther.

À minha orientadora professora Érica Quinaglia Silva pelo aprendizado compartilhado.

Aos meus alunos que contribuíram com essa jornada.

Ao meu grupo de idosos, não apenas pacientes, mas amigos.

Aquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que pedimos ou pensamos.
Efésios 3:20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.2 REVISÃO DE LITERATURA	16
1.2.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	16
1.2.2 FATORES DE RISCO PARA ANSIEDADE E DEPRESSÃO DURANTE A PANDEIA DE COVID-19	18
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. METODOLOGIA	20
3.1 ASPECTOS ÉTICOS	20
3.2 DESENHO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO	20
3.3 POPULAÇÃO, CRITÉRIOS E INCLUSÃO E EXCLUSÃO	21
3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO	21
3.5 AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, FATORES MODIFICÁVEIS E CONDIÇÕES DE SAUDE	22
3.6 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO	23
3.7 A SEGUNDA ETAPA METODOLÓGICA	23
3.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	24
4. ANÁLISE QUANTITATIVA	27
4.1 RESULTADOS	27
4.1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DO GRUPO DE IDOSOS	27
4.1.2 HÁBITOS DE VIDA DO GRUPO DE IDOSOS	29
4.1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO DE IDOSOS	29
4.1.4 CONFIABILIDADE DA ESCALA DE ANSIEDADE	30
4.1.5 CONFIABILIDADE DA ESCALA DE DEPRESSÃO	32
4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DA ANSIEDADE	33
4.2.1 A ANSIEDADE E AS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRAFICAS	33
4.2.2 ANSIEDADE E HÁBITOS DE VIDA	34
4.2.3 ANSIEDADE E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	35
4.3 RESULTADOS DA ANÁLISE DA DEPRESSÃO	35
4.3.1 DEPRESSÃO E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRAFICAS	35
4.3.2 DEPRESSÃO E HÁBITOS DE VIDA DO GRUPO DE IDOSOS	36
4.3.3 DEPRESSÃO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS	37

4.4 RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO DO GRUPO DE IDOSOS.....	37
5. DISCUSSÃO	38
5.1 ETAPA QUANTITATIVA.....	38
5.1.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO E OS FATORES SOCIODEMOGRAFICOS	38
5.1.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO E HÁBITOS DE VIDA	40
5.1.3 ANSIEDADE E DEPRESSÃO E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ..	41
5.1.4 A ASSOCIAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO.....	41
5.2 RESULTADOS DA ETAPA QUALITATIVA.....	42
5.2.1 OS DADOS REFERENTES À DEPRESSÃO E À ANSIEDADE DE PESSOAS IDOSAS EM BRASÍLIA	42
5.2.2 A SOLIDÃO PROVOCADA PELO DISTANCIAMENTO SOCIAL E O MEDO DO ADOECIMENTO E DA MORTE	44
5.2.3 O SILENCIAMENTO DA DOR	46
5.2.4 O ADOECIMENTO, A MORTE E O LUTO NA PANDEMIA DE COVID-19	47
6. CONCLUSÃO: REFLEXÕES PÓSTUMAS: O PRINCÍPIO DO FIM – DO FIM AO PRINCÍPIO	50
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	62
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	62
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO	65
ANEXOS	67
ANEXO 1 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE GERIÁTRICA.....	67
ANEXO 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15).....	68
ANEXO 3 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	69
ANEXO 4 – ARTIGO RESULTADOS QUALITATIVOS	75
ANEXO 5 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS EM SAÚDE	94

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1. Sumarização das condições sociodemográficas, hábitos de vida e DCNTs.

Fonte: Elaborada pelo autora.

Figura 2. Gráfico de dispersão do índice estimado de ansiedade e depressão no grupo de idosos.

Brasília, Brasil, 2023.

RELAÇÃO DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico do grupo de idosos

Tabela 2. Hábitos de vida do grupo de idosos

Tabela 3. Condições de saúde do grupo de idosos

Tabela 4. Percentuais das caracterizações do GAI

Tabela 5. Percentuais das caracterizações da GDS-15

Tabela 6. Regressão linear das variáveis sociodemográficas para o desfecho Ansiedade

Tabela 7. Regressão linear dos hábitos de vida para o desfecho Ansiedade

Tabela 8. Regressão linear das condições de saúde para o desfecho Ansiedade

Tabela 9. Regressão linear das variáveis sociodemográficas para o desfecho Depressão

Tabela 10. Regressão linear dos hábitos de vida para o desfecho Depressão

Tabela 11. Regressão linear das condições de saúde para o desfecho Depressão

RELAÇÃO DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndices

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Apêndice 2 – Instrumento Sociodemográfico

Anexos

Anexo 1 – Inventário de Ansiedade Geriátrica

Anexo 2 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

Anexo 3 – Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Anexo 4 – Artigo publicado na Revista *Áltera*: resultados qualitativos

Anexo 5 – Comprovante de submissão do artigo à Revista *Epidemiologia e Serviços em Saúde*

RELAÇÃO DAS SIGLAS E ABREVIATURAS

SRAG	Síndrome respiratória aguda grave
GAI	Geriatric Anxiety Inventory
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica Reduzida
WHO	World Health Organization
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

RESUMO

VIEIRA, K. R. M. M. 2023. Ansiedade e Depressão entre idosos: o adoecimento, a morte e o luto na pandemia de covid-19. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia. Brasília, 2023.

A pandemia de Covid-19 levou a população mundial à inquietude diante da crise sanitária decorrente de uma doença que causa não apenas sintomas físicos, mas também danos à saúde mental. A população idosa esteve entre os grupos de pessoas mais afetadas. A depressão e a ansiedade já estão relacionadas ao processo do envelhecimento e podem ser agravadas no cenário pandêmico. O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de depressão e ansiedade em idosos durante esse período. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo realizado em uma clínica escola com um grupo de idosos participantes de atividades de promoção à saúde. O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa, foi aplicado um questionário para avaliar fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde, a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida e o Inventário de Ansiedade Geriátrica para avaliar sintomas depressivos e de ansiedade. Para o tratamento dos dados, foi realizada uma regressão linear simples e múltipla, na qual foram testadas as variáveis para os sintomas de ansiedade e depressão, bem como a correlação entre elas. Na segunda etapa, foi feita uma etnografia por meio de entrevistas semiestruturadas com aqueles que apresentaram um *score* que indicou depressão e/ou ansiedade. Na etapa quantitativa, observou-se que os fatores de risco para os sintomas depressivos são: residir sozinho, possuir doenças crônicas não transmissíveis, ter o hábito de fumar e apresentar baixa escolaridade; para a ansiedade não foi observada correlação estatística entre as variáveis testadas e o desfecho. A correlação entre a ansiedade e a depressão foi confirmada. Na etapa qualitativa, os interlocutores deste estudo mostraram como vivenciaram o adoecimento, a morte e o luto, quando a solidão e o silenciamento da dor são a tônica do enfrentamento à pandemia.

Palavras-chave: Idoso; Ansiedade; Depressão; Saúde mental; Morte; Luto; Pandemia de Covid-19.

ABSTRACT

VIEIRA, K.R.M. M. 2023. Anxiety and Depression among the elderly: illness, death and grief in the covid-19 pandemic. Dissertation (Graduate Program in Sciences and Technologies in Health) – University of Brasília, Faculty of Ceilândia, Brasília, 2023.

The Covid-19 pandemic has led the world's population to be concerned about the health crisis resulting from a disease that causes not only physical symptoms, but also damage to mental health. The elderly population was among the most affected group of people. Depression and anxiety are already related to the aging process and can be aggravated in the pandemic scenario. The aim of this study was to analyze the prevalence of depression and anxiety in the elderly during this period. This is a quantitative and qualitative study carried out in a teaching clinic with a group of elderly participants in health promotion activities. The study was divided into two stages. In the first stage, a questionnaire was applied to assess socio-demographic factors, life habits and health conditions, the Reduced Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory to assess depressive and anxiety symptoms. For data treatment, a simple and multiple linear regression was performed in which the variables for anxiety and depression symptoms were tested, as well as the correlation between them. In the second stage, an ethnography was carried out through semi-structured interviews with those who presented a score that indicated depression and/or anxiety. In the quantitative stage, it was observed that the risk factors for depressive symptoms are living alone, having chronic non-communicable diseases, having the habit of smoking and having a low level of education; for anxiety, no statistical correlation was observed between the variables tested and the outcome. The correlation between anxiety and depression has been confirmed. In the qualitative stage, the interlocutors of this study showed how they experienced illness, death and mourning, when loneliness and silencing pain are the tonic of coping with the pandemic.

Keywords: Elderly; Anxiety; Depression; Mental health; Death; Grief; Covid-19 pandemic.

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2020 evidenciou uma crise sanitária que levou a população mundial à reclusão e à inquietude. Na China, um novo vírus conhecido como SARS-CoV-2, que causa a doença da Covid-19, acrônimo de COronavírus DIsease 2019, propagou medo e pânico. O SARS-CoV-2 alastrou-se pelos demais países e passou a ser considerado causador de uma emergência de saúde pública, deixando a população mundial em alerta. ¹

A Covid-19 causa sintomas respiratórios como: febre, tosse, congestão nasal, coriza e dor de garganta, podendo evoluir para pneumonia, síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e até mesmo a morte.¹ O potencial de contágio, as características da evolução e a complexidade do manejo da Covid-19 têm representado desafios para os sistemas de saúde, gerando sobrecarga em todos os níveis de atenção e provocando um colapso na saúde pública em todos os países do continente, um cenário sem precedentes ao longo dos últimos anos. ²

A etiqueta respiratória, a higienização das mãos, o uso do álcool em gel e de máscaras faciais foram incluídos como estratégias de contenção do vírus. ^(3,4) Não obstante, dada a magnitude da doença, as medidas de contenção para mitigar a curva de contaminação e evitar o colapso em unidades de saúde precisaram ser abruptas. Outras estratégias foram a restrição de deslocamento de pessoas, o fechamento de serviços não essenciais, o distanciamento social (evitando contato com aqueles que podiam estar contaminados) ⁴ e, ainda, o isolamento social (segregando contaminados de não contaminados) ^(5,6). As vacinas trouxeram, posteriormente, novas possibilidades, embora sua disponibilidade estivesse inicialmente restrita.

Nesse cenário, as vulnerabilidades de certos grupos populacionais foram expostas. Os idosos representavam grande parte dos casos de agravamentos pela doença ⁷. Em 2021, os dados epidemiológicos divulgados pela Fiocruz mostraram que, dentre esse grupo populacional, a frequência do número de casos de internações representava aproximadamente metade dos doentes (48,4%), enquanto que o número de óbitos entre pessoas desse grupo chegou a 71,1% das pessoas que morreram por complicações da doença ⁸.

Dados da World Health Organization (WHO), divulgados em maio de 2023, estimam que há 766.440.796 casos confirmados de Covid-19, incluindo 6.932.591 mortes, relatadas à OMS. No Brasil, ocorreram 37.511.921 casos confirmados desde o início da pandemia de Covid-19, com 702.116 mortes até maio do ano de 2023.⁹

A pandemia expôs as mazelas da sociedade. Todas as ações se concentraram na contenção do

vírus. Todavia, esqueceram-se de que são seres humanos com necessidades biopsicossociais, que estão isolados em situação de alto risco para desenvolverem outras doenças.¹⁰ As singularidades populacionais, aqui destacadas entre os idosos, foram preteridas das medidas de saúde pública.¹¹

As notícias de hospitalização e morte geraram (e continuam a gerar) sofrimento nas pessoas idosas, que, com o distanciamento social, arrostam a estigmatização e o ageísmo.^(12,13) A imposição do distanciamento social também comprometeu as relações familiares, sem considerar as especificidades dos sujeitos.

A ideia de um “grupo de risco” pode, ainda, reforçar outros rótulos da velhice e práticas “velho fóbicas” postas pela sociedade e que incidem nas práticas de autocuidado, propagando ações de exclusão social e fortalecendo a ideia de idoso frágil, sem autonomia e que deve ser tutelado pela família e sociedade. Para além disso, os estereótipos aflorados durante a pandemia da Covid-19 trouxeram sérias consequências que afetaram diretamente o processo de saúde.¹⁴

O isolamento social distanciou as pessoas de suas redes de apoio e abriu espaço para a solidão e o medo de morrer. Essa lacuna aflorou o sofrimento e calou a dor.¹⁵ Evoca-se, assim, a necessidade de novas estratégias de enfrentamento para a atenção à saúde mental e o manejo social dos idosos.¹⁶

Essa calamidade global também trouxe impactos sobre a saúde mental das pessoas que perderam entes queridos, enfrentaram a doença e/ou assistiram a mortes em um número significativo, vivenciando um verdadeiro luto coletivo. Inegavelmente, a pandemia vai além do vírus.¹⁵

A morte solitária e a economia de sentimentos, diante da mudez civilizada, evocam a inópia de compreender como seriam os desdobramentos na saúde mental após a pandemia diante do luto coletivo,^(17,18) favorecendo que doenças como a ansiedade e depressão aflorem neste cenário.

Ainda, antes da pandemia a depressão já se apresentava como uma doença que causava preocupação. Uma pesquisa realizada em 2019 pelo IBGE trouxe dados sobre a depressão em idosos e constatou que pessoas com idade entre 60 e 64 anos representavam a faixa etária mais afetada pela doença, ou seja, 13,2% já haviam sido diagnosticadas.¹⁹

O caderno do Ministério da Saúde, que trata sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa, traz os fatores de risco para a depressão que são: isolamento social, dificuldades econômicas, uso de álcool, ausência de rede de apoio e suporte. A depressão pode ser provocada por fatores biológicos, sociais, culturais e familiares. No caso da ansiedade, a inatividade física está associada a piora dos sintomas.²⁰

A pandemia de Covid-19 abriu espaço para prejuízos na saúde mental, principalmente na

população idosa, tornando relevante estudos que investiguem a saúde mental dos idosos no contexto da pandemia para construção de medidas de saúde pública que tragam estratégias eficazes baseadas nas singularidades dessa população, já que durante o cenário pandêmico os estudos se voltaram para medidas de investigação e enfrentamento do vírus. Ademais, os resultados deste estudo podem contribuir na construção de estratégias não medicamentosas que atenuem sintomas ansiogênicos e depressivos, que contribuirão para a percepção de saúde da população idosa trazendo benefícios acerca de medidas de prevenção e diagnóstico precoce de prejuízos à saúde mental.

Após o detalhamento exposto, postulou-se as seguintes hipóteses:

1. Os fatores sócio-demográficos como sexo, renda, estado civil, religião e escolaridade interferem na ansiedade e depressão?
2. Residir com alguém protege de sintomas de ansiedade e depressão?
3. Hábitos de vida como consumir álcool, tabagismo possuem associação com a ansiedade e a depressão?
4. Praticar atividade física protege de sintomas de ansiedade e depressão?
5. As doenças prévias possuem associação com a ansiedade e depressão?

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

1.2.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

O envelhecimento traz consigo, muitas vezes, declínios na saúde mental. Um em cada três idosos é afetado por transtornos mentais comuns que causam fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração, ansiedade e irritabilidade.²¹

A saúde mental é muito mais que uma ausência de doença. Para a WHO, a saúde mental é intrínseca e fundamental para a vida do ser humano, influenciando o pensar, o sentir e o agir. Uma boa saúde mental propicia o lidar com o estresse da vida. Distúrbios considerados comuns como a ansiedade e a depressão também merecem atenção.²²

A depressão é um transtorno que afeta mais de 264 milhões de pessoas de todas as idades no mundo todo, tanto que uma em cada cinco pessoas já apresentou ou apresentará um episódio de depressão em algum momento da sua vida.²³ Estima-se que cerca de 192 milhões de pessoas idosas possuem algum nível de transtorno mental, prevalência que aumentou durante o período de confinamento.¹⁴

Dados epidemiológicos publicados pela WHO demonstram a crise global para a saúde mental causada pela pandemia. As estimativas confirmam que os transtornos de ansiedade e depressão aumentaram em 25% durante o ano de 2020.²² Um estudo realizado em Minas Gerais durante a pandemia para avaliar a ansiedade e depressão em idosos demonstra que dos 470 idosos respondentes, 26,1% apresentou sintomas de depressão e 18,4% transtorno de ansiedade.²⁴

A ansiedade é um sinal de alerta diante de uma ameaça desconhecida e desafiadora, na qual há um perigo iminente que desencadeia uma resposta do organismo. Entretanto, quando essa reação é excessiva e desproporcional ao risco real, passa-se de ansiedade fisiológica para ansiedade patológica. As sensações de apreensão, nervosismo e tensão provocam respostas fisiológicas, como a excitação cardiovascular, endócrina, sensorial e variação no sistema musculoesquelético.²⁵

O transtorno advindo de sintomas ansiogênicos é denominado como transtorno de ansiedade generalizada, que caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos na maior parte dos dias por vários meses. Estes sintomas são: angústia, tensão, preocupação, irritação e nervoso permanente. Para diagnóstico de uma síndrome ansiosa, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo prejudicando a vida social, pessoal e ocupacional.²⁶

A ansiedade pode apresentar-se de duas formas: estado que se apresenta devido a uma situação emocional temporária e que, associada a sentimentos de tensão, pode variar sua intensidade paulatinamente; e traço que concerne a uma característica pessoal estável, ou seja, indivíduos que habitualmente possuem uma tendência a reagir com ansiedade a situações estressantes e a perceber um maior número de situações como estressantes. Ressalta-se que pessoas com diagnóstico de doença crônica não transmissível (DCNT) e características de ansiedade-traço têm apresentado piores níveis de adesão medicamentosa, suscitando um baixo nível funcional diário e declínio na qualidade de vida.

27

A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes no mundo, sendo considerada uma doença crônica e um problema de saúde pública.²⁸ Apresenta-se como perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, falta de energia e, ainda, como pensamentos suicidas.²⁹ No contexto do envelhecimento, o quadro clínico pode ser agravado devido ao declínio das capacidades biopsicofuncionais associado a doenças prévias e à percepção negativa do envelhecimento,³⁰ tanto que a depressão está entre os dez fatores associados à redução dos anos de vida.²³

Os sintomas característicos de depressão são: humor deprimido, alteração significativa de peso, alterações do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração e ideias recorrentes de morte ou suicídio.

O diagnóstico da depressão deve ser realizado por um médico especialista, porém, diante da disparidade de sintomas relacionados à doença, alguns estudos epidemiológicos têm proposto a investigação dos sintomas depressivos, também chamados de sintomatologia depressiva, rastreados por questionários validados.³¹

1.2.2 FATORES DE RISCO PARA ANSIEDADE E DEPRESSÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de Covid-19 perpassou todas as dimensões da vida. Precipuamente sobre as populações em vulnerabilidade, deflagrou agravos e antecipou perdas significativas sobre a saúde, ocasionando sofrimento e, por conseguinte, favorecendo sintomas depressivos.³²

As crises de saúde pública, como a da pandemia de Covid-19, trazem consigo grande estresse, preocupação e ansiedade para a população. A mudança repentina na rotina diária de pessoas e famílias exprime medos e ansiedades mediante o cenário de incerteza e imprevisibilidade. Surgem, então, novos desafios: identificar danos invisíveis, que são os prejuízos acarretados à saúde mental.³³

A Covid-19 produziu uma sintomatologia psicoemocional multivariada com manifestação de carga estressora e ansiogênica motivada pela restrição de hábitos pregressos e perdas de pessoas significativas. Evidências de insônia, sonolência, irritabilidade e estar extremamente apreensivo são sensações expostas durante a pandemia.³²

As pessoas que apresentam níveis mais altos de ansiedade estão mais propensas a usar as mídias sociais virtuais em excesso, também como medida de escapar momentaneamente de sentimentos negativos. Dessa forma, as tecnologias se expandiram e se tornaram indispensáveis durante o período de isolamento, impondo adaptações e mudanças. A população idosa, que não utilizava com frequência essas tecnologias, precisou se adequar.³⁴

Determinadas condições sociodemográficas, tais como sexo, renda, escolaridade ou ausência de redes de apoio familiar, já estão descritas na literatura como fatores associados à ansiedade e à depressão, da mesma forma que o etilismo, tabagismo, a falta de adesão à prática de atividade física e as DCNTs.²³ Este debate durante a pandemia é significativo já que o estilo de vida foi modificado nesse período.

As DCNTs são a principal causa de incapacidade e mortalidade prematura mundial. As doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica contribuem para a carga de

morbimortalidade, pois causam piora da qualidade de vida, perda da autonomia e incapacidade funcional, principalmente na população idosa.³⁵

Enfim, os idosos que viveram na pandemia de Covid-19 foram expostos a um grande número de informações na internet sobre a doença, o isolamento social, a reorganização da rotina e a dinâmica familiar, com perda de redes de assistência. Nesse período, deixaram de fazer atividades costumeiras na comunidade, conviver em grupos sociais, fazer atividades físicas e de lazer, contribuindo para o prejuízo emocional.¹⁴

A necessidade de isolamento social colaborou para o aumento dos índices de quadros de depressão. O despontar de sentimentos, como confusão, raiva, sintomas de estresse pós-traumático, o medo de contrair a Covid-19, principalmente nas pessoas que possuem doenças prévias, e o medo da contaminação de seus familiares desencadearam um sofrimento psíquico. Outros sentimentos frequentes foram: imprevisibilidade, incerteza, desinformação.³⁶

A compreensão do apoio social e da funcionalidade familiar de pessoas idosas durante a pandemia é primordial, já que essas relações podem ser úteis para formuladores de políticas públicas e profissionais de saúde na elaboração de intervenções de apoio social durante esse período em que pessoas idosas se encontraram (e se encontram) em risco de solidão e depressão.³⁷

A família é a rede de assistência e apoio precípua na velhice.³⁸ Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a família é uma composição na qual os membros residem em um mesmo domicílio e estão unidos por laços de parentesco por meio de sangue, adoção ou casamento. A rede de apoio social também deve ser considerada e pode ser composta por vizinhos, amigos e associações (grupos de assistência tanto formal quanto informal)³⁹.

A manutenção da capacidade funcional implica em melhor qualidade de vida e pode ser percebida como um barômetro interno do indivíduo. Quando o idoso verbaliza avaliações mais pessimistas do que otimistas em saúde demonstra maior risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional, o que pode acarretar o declínio de sua saúde física e mental.⁴⁰

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a ansiedade e a depressão em idosos durante o período pandêmico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da ansiedade, depressão e fatores associados durante a pandemia de Covid-19 em idosos participantes de um grupo de saúde;
- Compreender os sentimentos e comportamentos de pessoas idosas diante da pandemia de Covid-19;
- Descrever os sentimentos e as emoções de pessoas idosas em relação ao adoecimento, à morte e ao luto durante a pandemia de Covid-19;
- Descrever as estratégias de enfrentamento dessas pessoas idosas à pandemia de Covid-19.

3. METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou todos os aspectos éticos concernentes a pesquisas científicas. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CAAE: 39022820.7.0000.0023). O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio de gravação de áudio.

3.2 DESENHO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, transversal., realizado em um cenário de isolamento social, onde a pesquisa foi conduzida de forma virtual abrangendo o período entre março e dezembro de 2021. O cenário foi uma clínica escola de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior, especializada em consultas de enfermagem e atendimento à comunidade para a prevenção e a promoção da saúde. Nessa clínica, um grupo de idosos se reúne mensalmente ou quinzenalmente para discutir temas escolhidos pelos participantes. O grupo nasceu em 2016, após a pesquisadora perceber a necessidade de oferecer um acompanhamento de saúde mais abrangente para as pessoas idosas, que não se restringisse apenas a consultas de enfermagem. O objetivo do grupo é compartilhar assuntos rotineiros e de saúde específicos para os idosos, promovendo um espaço de troca e apoio. A

roda de conversa faz parte da disciplina de Práticas educativas do curso de Enfermagem. Os estudantes são orientados pela pesquisadora e pela professora responsável pela disciplina. Durante a primeira reunião do semestre, os estudantes apresentam uma explanação das atividades que serão realizadas, e os idosos participantes contribuem por meio de uma coleta de dados escrita, sugerindo quais assuntos serão discutidos, tais como doenças crônicas, alimentação saudável, saúde mental, entre outros.

Durante a pandemia, as reuniões foram suspensas e convertidas em encontros virtuais por meio de teleconsulta de enfermagem. Os estudantes de um projeto de extensão do curso de Enfermagem cooperaram na coleta dos dados da primeira etapa quantitativa.

3.3 POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população participante na primeira etapa do estudo foi selecionada por conveniência. Como critério de inclusão, as pessoas possuíam idade igual ou superior a 60 anos e estavam matriculadas no grupo da clínica-escola. Essas pessoas manifestaram o desejo de participar voluntariamente e demonstraram habilidade para utilizar a tecnologia digital, mesmo que com auxílio. Foram excluídos os idosos que não possuíam a tecnologia adequada para responder ao questionário. No total, 72 pessoas idosas, de ambos os sexos, inscritas no grupo, foram inicialmente selecionadas. Entretanto, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, apenas 60 pessoas foram consideradas elegíveis e constituíram o tamanho amostral para a etapa quantitativa.

Para a segunda etapa, qualitativa, foi definido como critério de inclusão as pessoas idosas que obtiveram *score* indicativo de ansiedade maior que 10 no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e/ou escore maior que 5 na Escala de Depressão Reduzida (EDG-15) e que, por vontade própria, desejaram participar. Dos 60 participantes iniciais da pesquisa, 6 atenderam ao critério de inclusão. No entanto, apenas 4 demonstraram desejo de participar dessa etapa.

3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada por extensionistas de enfermagem previamente treinados, utilizando a teleconsulta de enfermagem. A equipe realizou encontros virtuais por meio da plataforma de reuniões do Google Meet para a explanação do estudo, familiarização com os instrumentos que seriam utilizados durante a coleta e explanação sobre a teleconsulta de enfermagem e a Resolução 634/2020.⁴¹ Além disso, foram realizados outros encontros virtuais nos quais o instrumento de coleta de dados foi testado e ajustado, conforme necessário.

A tecnologia digital do aplicativo WhatsApp® foi selecionada para a realização das teleconsultas, por ser de fácil utilização e de maior alcance da população idosa durante a pandemia. As ligações foram realizadas em horário pré-estabelecido e por meio de vídeo-chamada, o que permitiu um acolhimento e uma proximidade em dias de distanciamento social. A partir dos dados sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde, foram aplicados os instrumentos para avaliar ansiedade e depressão, utilizando a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) ⁴² e o Geriatric Anxiety Inventory (GAI).⁴³ Com base nesses dados, construiu-se um prontuário para o registro das informações, seguindo as normas da teleconsulta de enfermagem.

A partir da coleta de dados, traçou-se um plano individual de cuidados de Enfermagem para assegurar os preceitos estabelecidos na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 634/2020 ⁴¹ e identificar os idosos que apresentam sintomas de depressão e ansiedade para a participação na segunda etapa.

Para garantir a integralidade da assistência em saúde, os idosos que apresentavam parâmetros clínicos severos de tristeza foram orientados a buscar avaliação psicológica na clínica-escola, além de serem oferecidos outros momentos virtuais para apoio emocional. Além disso, foram fornecidas orientações de enfermagem para prevenção e promoção à saúde, com objetivo de evitar que complicações biológicas pudessem gerar sintomas psicológicos.

3.5 AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, HÁBITOS DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Foi estruturado um instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora e grupo de extensão, sendo submetido a testes para validação e ajustes. Os testes foram realizados por meio da plataforma do Google Meet durante os encontros virtuais do projeto de extensão. Inicialmente, testou-se com uma extensionista do grupo que faz parte da população estudada e depois de algumas calibrações iniciou-se com o grupo de idosos.

Os dados sociodemográficos coletados foram: nome, sexo, data de nascimento, idade, estado civil, endereço, nacionalidade, naturalidade, nível de escolaridade, ocupação, informação quanto à existência de familiares que moram na mesma cidade e religião. Quanto aos hábitos de vida, foram obtidas informações referentes a: etilismo, tabagismo e atividade física e sono. Em relação às condições de saúde, foram avaliados doenças prévias, antecedentes familiares e uso de medicações.

3.6 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE

Para avaliar a depressão, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15). A escala é uma versão reduzida da original, possui validação e é bastante utilizada para investigação de sintomas depressivos.⁴² O instrumento é composto por 15 perguntas cujas respostas podem ser “sim” ou “não” e somam pontos. Uma pontuação igual ou superior a 5 pontos sugere um quadro depressivo.⁴⁴ A Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) reduzida foi validada.

Quanto à ansiedade, o instrumento utilizado foi o Geriatric Anxiety Inventory (GAI). O instrumento é composto por 20 itens de respostas dicotômicas do tipo “concordo” ou “discordo”.³⁵ O resultado é realizado por meio do somatório de pontos da resposta “concordo”. A pontuação até 10 não caracteriza ansiedade; a pontuação entre 11 e 15 sugere ansiedade leve; e a pontuação entre 16 e 20 sugere ansiedade grave.⁴⁵ A adaptação transcultural da versão original do constructo foi validada.

43

Dessa forma, as pessoas idosas que obtiveram um *score* para sintomas depressivos maior ou igual a 5 e uma pontuação maior ou igual a 11 para sintomas de ansiedade foram convidadas para participar da segunda etapa do estudo.

3.7 A SEGUNDA ETAPA METODOLÓGICA

Para além dos números, interessava conhecer as vivências e as estratégias de enfrentamento à Covid-19 das pessoas idosas. Então, foi realizada uma etnografia por meio de entrevistas semiestruturadas com aquelas pessoas que apresentaram um *score* que sugeriu depressão e/ou ansiedade, onde somente a pesquisadora coletou os dados.

Mariza Peirano traz um conceito aprofundado da etnografia destacando que trata-se não apenas de um método, mas da “teoria vivida”. É um estudo profundo de uma sociedade³⁹ construindo o retrato sincrônico de um momento específico indicando os fatos sociais daquele momento, por meio de trabalho de campo onde existe um diálogo vivo que será posteriormente documentado e contrastado com o referencial teórico.⁴⁶ Foi, portanto, o meio elencado para a segunda etapa por permitir a escuta de vozes por vezes inaudíveis. Entrevistas e também conversas informais foram realizadas ao longo do ano de 2021 por meio de ligações de vídeo via WhatsApp. Seis pessoas idosas (cinco mulheres e um homem) apresentaram um *score* que indicou depressão e/ou ansiedade. Elas foram, assim, convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa. Todavia, apenas quatro mulheres aceitaram o convite.

3.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Inicialmente, foi realizada uma análise quantitativa, exploratória, em uma amostra de 60 idosos. Os valores foram agrupados em tabelas com medidas descritivas e gráficos construídos. Para isso, foram utilizados:

1) Alfa de Cronbach: mensurar a confiabilidade e consistência das escalas para um conjunto de dois ou mais indicadores de construto.⁴⁷ A confiabilidade varia entre 0 e 1 com um valor mínimo admitido de 0,70. Valores abaixo são considerados baixos para a consistência interna dos itens da escala. Os pontos de corte sugeridos: $\alpha \leq 0,30$ - muito baixa; $0,30 < \alpha \leq 0,60$ - baixa; $0,60 < \alpha \leq 0,75$ - moderada; $0,75 < \alpha \leq 0,90$ - alta; $\alpha > 0,90$ - muito alta.⁴⁸

2) Coeficiente de correlação de Spearman: quantificar a associação entre duas variáveis quantitativas, variando entre -1 e 1. A interpretação dos valores é a seguinte: 0 (zero) significa que não há relação linear, 1 indica uma relação linear perfeita e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita, mas inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta, a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. Este coeficiente é utilizado quando as variáveis são *scores*. A partir disso construiu-se um gráfico de dispersão entre os *scores* de ansiedade e depressão.⁴⁹

3) Modelo de regressão linear⁵⁰: comparar as variáveis em relação aos *scores* da escala de ansiedade e depressão. Testou-se com uma única variável de entrada (modelo de regressão linear simples) e depois com todas as variáveis de entrada juntas (modelos de regressão linear múltiplo). Este método é empregado para estudar a relação entre uma única variável dependente e diversas variáveis independentes. Esse modelo tem como pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal com média 0 e variância constante (todos os pressupostos foram checados e validados). Nestas análises considerou-se um nível de significância de 5% e os ajustes foram obtidos no software.⁵¹ Os gráficos foram gerados no programa R (versão 4.0).

4) Os dados foram sumarizados e categorizados (Figura 1) para organização e análise. Para a descrição da escolaridade, foi utilizada a classificação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁵², que agrupa as pessoas por níveis, na qual o nível 1 compreende pessoas com ensino fundamental incompleto; o nível 2, pessoas com ensino fundamental completo e médio incompleto; o nível 3, pessoas com ensino médio completo ou superior incompleto; o nível 4, pessoas com ensino superior completo; e o nível 5, pessoas com alguma pós-graduação, mesmo que cursando.

Figura 1 - Sumarização das condições sociodemográficas, hábitos de vida e DCNTs. (continua)

	Variável	Resposta Inicial	Classificação	Categorização das variáveis testadas
Sociodemográficas	Sexo	Feminino Masculino	Feminino Masculino	Feminino Masculino
	Estado civil	Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)	Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)	Vive com companheiro Vive sem companheiro
	Escolaridade	Nível 1 Nível 2 Nível 3 Nível 4 Nível 5	Fundamental incompleto Médio incompleto Superior Incompleto Superior Completo Pós graduação	Grupo 1: nível 1 e 2 Grupo 2: nível 3, 4 e 5
	Religião	Católico Evangélico Espírita Temente a Deus Não tem	Católico Evangélico Espírita Temente a Deus Não tem	Católico -Não Espírita-Evangélico Espírita- Não Evangélico-Não
	Ocupação/Renda	Aposentado Pensionista Copeira Atendente Professor Rouparia Costureira Autônomo Desempregado Dona de casa Servidor público Trabalhos Manuais Auxiliar de obras Pensionista	1.Aposentado e pensionista 2. Renda fixa: copeira, servidor público, serviços gerais,atendente,professor,rouparia 3. Sem renda fixa: costureira, dona de casa, desempregado,trabalhos manuais,auxiliar de obras, autônoma, faxineira.cozinheira.	1.Aposentado/pensionista - com renda fixa 2.Aposentado/pensionista - sem renda fixa 3.Com - sem renda fixa

		Serviços Gerais Faxineira Cozinha		
	Reside	Companheiro Companheiro/ Filhos Filho Irmão Pais Sozinho	Companheiro Companheiro/ Filhos Filho Irmão Pais Sozinho	Companheiro/filhos – pais Com companheiro- sozinho Companheiro/filhos – sozinho Filho- sozinho Pais- sozinho
Hábitos de vida	Tabagismo	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	Etilista	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	Atividade física	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	Sono	Normal Insônia Dificuldade em adormecer Acorda várias vezes	Normal Insônia Dificuldade em adormecer Acorda várias vezes	Normal Alterado
Doenças prévias	Hipertensão arterial(HAS) Diabetes Mellitus(DM) Outras	Nega HAS HAS e DM HAS e outras Outras	Nega HAS HAS e DM HAS e outras Outras	Sim Não

Fonte: Elaborada pela autora.

Ulteriormente, foi realizada a análise qualitativa. A segunda etapa foi composta por 4 pessoas idosas.

Todas as entrevistas foram filmadas e seus conteúdos, com consentimento dos participantes, foram analisados. Feitas as observações iniciais e após a imersão nos relatos das interlocutoras, dois eixos argumentativos afloraram: 1) *a solidão provocada pelo distanciamento social e o medo do*

adoecimento e da morte e 2) o silenciamento da dor.

4. ANÁLISE QUANTITATIVA

4.1 RESULTADOS

4.1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO GRUPO DE IDOSOS

A amostra deste estudo foi composta por 60 idosos. Os participantes tinham entre 60 e 91 anos, com média de 67,90 anos (DP = 6,76). Uma parte significativa da amostra era do sexo feminino, representando 80% do grupo. Grande parte dos participantes afirmou estar casado (51,66%) e professar a religião católica (65%). Neste estudo, 36,67% pertencem ao grupo 3 de escolaridade, seguido por 35% de idosos pertencentes ao grupo 1 de escolaridade. Quanto à ocupação, a maioria dos idosos (55%) é aposentada. 48,33% residem com companheiro, seguido por 28,33% que residem sozinhos (Tabela 1). A prevalência de idosos com sintomas de ansiedade e depressão foi de 0,1%.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico do grupo de idosos, Brasília, Brasil, 2023.

Características	Classificação	Frequência
Sexo	Feminino	78% (n=47)
	Masculino	22% (n=13)
Idade	60 – 65	43% (n=26)
	66 – 70	25% (n=15)
	71 – 75	17%(n=10)
	> 75	15% (n=9)
Estado Civil	Casado	52% (n=31)
	Solteiro	12% (n=7)
	Viúvo	21% (n=13)
	Divorciado	15% (n=9)
Religião	Católico	65% (n=39)
	Evangélico	20% (n=12)
	Espírita	10% (n=6)
	Temente a Deus	2% (n=1)
	Não tem	3% (n=2)

Escolaridade	Nível 1	35% (n=21)
	Nível 2	10% (n=6)
	Nível 3	37% (n=22)
	Nível 4	17% (n=10)
	Nível 5	1% (n=1)
Ocupação	Aposentado	55%(n=33)
	Pensionista	3%(n=2)
	Copeira	2% (n=1)
	Servidor público	2% (n=1)
	Atendente	2%(n=1)
	Professor	2%(n=1)
	Rouparia	2%(n=1)
	Serviços Gerais	2%(n=1)
	Trabalhos Manuais	2%(n=1)
	Auxiliar de Obras	2%(n=1)
	Autônomo	4%(n=3)
	Faxineira	2%(n=1)
	Cozinheira	2%(n=1)
	Costureira	2%(n=1)
	Dona de Casa	13%(n=8)
	Desempregado	5%(n=3)
	Companheiro	48% (n=29)
	Companheiro e	2% (n=1)
	Filhos	
	Filho	17% (n=10)
Reside	Irmão	3% (n=2)
	Pais	2% (n=1)
	Sozinho	28% (n=17)

Fonte: Elaborada pela autora.

4.1.2 HÁBITOS DE VIDA DO GRUPO DE IDOSOS

Para avaliação dos hábitos de vida, observou-se que grande parte (73,33%) não consumia bebidas alcoólicas e 96,67% negaram tabagismo. A atividade física é um hábito realizado por metade do grupo. Quando se avaliou o sono, a maioria (65%) do grupo referiu ter um sono normal (Tabela 2).

Tabela 2. Hábitos de vida do grupo de idosos, Brasília, Brasil, 2023.

Características	Classificação	Frequência
Etilismo	Não	73% (n=44)
	Sim	27% (n=16)
Tabagismo	Não	96% (n=58)
	Sim	4% (n=2)
Atividade Física	Não	50% (n=30)
	Sim	50% (n=30)
Sono	Insônia	13% (n=8)
	Dificuldade em adormecer	17% (n=10)
	Acorda várias vezes à noite	5% (n=3)
	Normal	65% (n=39)

Fonte: Elaborada pela autora.

4.1.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DO GRUPO DE IDOSOS

Quanto à caracterização clínica do grupo estudado, percebeu-se que a maior parte referiu possuir doenças prévias, sendo que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) demonstrou maior prevalência (38,33%), refletindo no resultado do uso de medicações contínuas (68%) (Tabela 3).

Tabela 3. Condições de Saúde do grupo de idosos, Brasília, Brasil, 2023.

Características	Classificação	Frequência
Doenças Prévias	Nega	30% (n=18)
	HAS	38% (n=23)
	HAS e DM	18% (n=11)
	HAS e outras	11% (n=6)
	Outras	3%(n=2)
Medicações de	Não	31 % (n=19)
Uso Contínuo	Sim	69% (n=41)

Legenda: HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; DM= Diabetes Mellitus.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.1.2 CONFIABILIDADE DA ESCALA DE ANSIEDADE

A confiabilidade e consistência interna do GAI foi avaliada por meio do coeficiente de alfa de cronbach, obtendo resultado de $\alpha=0,81$. A avaliação do GAI permitiu inferir algumas observações. Em uma análise descritiva de avaliação de sintomas de ansiedade, pode-se dizer que grande parte dos idosos consegue aproveitar as coisas mesmo com preocupação, não sente frio na barriga com frequência, não

refere dor ou nó no estômago por preocupações, não espera o pior acontecer, não se sente tremendo por dentro, as preocupações não oprimem e não perde coisa por se preocupar demais (Tabela 4).

Tabela 4. Percentuais das caracterizações do GAI, Brasília, Brasil, 2023.

Características	Classificação	Frequência
O senhor se preocupa a maior parte do tempo	Discordo	45% (n=27)
	Concordo	55% (n=33)
O senhor acha difícil tomar decisão	Discordo	63% (n=38)
	Concordo	37% (n=22)
	Discordo	50% (n=30)

O senhor se sente agitado com frequência	Concordo	50% (n=30)
	Discordo	67% (n=40)
Acha difícil relaxar	Concordo	33% (n=20)
Frequentemente, o senhor não consegue aproveitar as coisas por causa da sua preocupação	Discordo	82% (n=49)
	Concordo	18% (n=11)
Pequenas coisas te aborrecem muito	Discordo	75% (n=45)
	Concordo	25% (n=15)
Frequentemente, o senhor sente como se tivesse ‘um frio na barriga’	Discordo	80% (n=48)
	Concordo	20% (n=12)
O senhor pensa que é preocupado	Discordo	47% (n=28)
	Concordo	53% (n=32)
O senhor não pode deixar de preocupar-se mesmo com coisas triviais	Discordo	72% (n=43)
	Concordo	28% (n=17)
Frequentemente se sente nervoso	Discordo	63% (n=38)
	Concordo	37% (n=22)
Seus próprios pensamentos com frequência te deixam ansioso	Discordo	55% (n=33)
	Concordo	45% (n=27)
O senhor tem dor de estômago por causas das suas preocupações	Discordo	80% (n=48)
	Concordo	20% (n=12)
O senhor se vê com uma pessoa nervosa	Discordo	75% (n=45)
	Concordo	25% (n=15)
Sempre espera o pior acontecer	Discordo	90% (n=54)
	Concordo	10% (n=6)
Frequentemente se sente tremendo por dentro	Discordo	82% (n=49)
	Concordo	18% (n=11)
Acha que suas preocupações interferem na sua vida	Discordo	72% (n=43)
	Concordo	28% (n=17)
Suas preocupações frequentemente te oprimem	Discordo	82% (n=49)
	Concordo	18% (n=11)
	Discordo	82% (n=49)

Às vezes, sente como se tivesse um grande nó no estômago	Concordo	18% (n=11)
	Discordo	87% (n=52)
Perde coisas por se preocupar demais	Concordo	13% (n=8)
	Discordo	77% (n=46)
Frequentemente se sente chateado	Concordo	23% (n=14)
	Discordo	77% (n=46)

Legenda: GAI= Inventário de Ansiedade Geriátrica.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.1.5 CONFIABILIDADE DA ESCALA DE DEPRESSÃO

A confiabilidade e consistência interna da EDG-15 foi avaliada por meio do coeficiente de alfa de cronbach, obtendo resultado de $\alpha=0,14$. Na avaliação dos sintomas depressivos, algumas características positivas podem ser extraídas. A grande maioria do grupo está satisfeita com a vida, de bom humor e feliz na maioria das vezes, cheia de energia. Há também relato de não sentir a vida vazia, não se sentir aborrecido com frequência, não estar desamparado, não se sentir inútil, sem esperança e não pensar que as outras pessoas estão melhores. Destaca-se que todos os entrevistados referem que acham maravilhoso estar vivo. (Tabela 5).

Tabela 5. Percentuais das caracterizações da GDS-15, Brasília, Brasil, 2023.

Características	Classificação	Frequência
O senhor está satisfeito com sua vida?	Não	10% (n=6)
	Sim	90% (n=54)
O senhor deixou de lado muitas de suas atividades e interesses?	Não	42% (n=25)
	Sim	58% (n=35)
O senhor sente que sua vida está vazia?	Não	92% (n=55)
	Sim	8% (n=5)
Você se sente aborrecido com frequência?	Não	88% (n=53)
	Sim	12% (n=7)
Está de bom humor na maioria das vezes?	Não	8% (n=5)
	Sim	92% (n=55)

Tem medo de que algo ruim aconteça?	Não	40% (n=24)
	Sim	60% (n=36)
Se sente feliz na maioria das vezes?	Não	8% (n=5)
	Sim	92% (n=55)
Se sente frequentemente desamparado?	Não	88% (n=53)
	Sim	12% (n=7)
Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	Não	57% (n=34)
	Sim	43% (n=26)
Sente que tem mais problemas de memória que antes?	Não	52% (n=31)
	Sim	48% (n=29)
Acha que é maravilhoso estar vivo?	Não	0% (n=0)
	Sim	100% (n=60)
Se sente inútil?	Não	88% (n=53)
	Sim	12% (n=7)
Se sente cheio de energia?	Não	13% (n=8)
	Sim	87% (n=52)
Sente que sua situação é sem esperança?	Não	88% (n=53)
	Sim	12% (n=7)
Pensa que a maioria das pessoas estão melhores que o senhor?	Não	95% (n=57)
	Sim	5% (n=5)

Legenda: GDS-15= Escala de Depressão Geriátrica Reduzida.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DA ANSIEDADE

4.2.1 A ANSIEDADE E AS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Os resultados mostraram que as variáveis sociodemográficas não apresentaram relação com a ansiedade. (Tabela 6).

Tabela 6. Regressão linear das variáveis sociodemográficas para o desfecho Ansiedade. Brasília, Brasil, 2023. (continua)

Características	Parâmetros	Pr > t RS	Pr > t RM
-----------------	------------	-------------	-------------

Sexo	Masculino-Feminino	0.3130	0.7088
	Aposentado e pensionista- com renda fixa	0.7052	0.6903
Renda	Aposentado e pensionista- sem renda fixa	0.1035	0.1104
	Com - sem renda fixa	0.1774	0.5680
	Companheiro/filhos – pais	0.3680	0.3974
	Com companheiro- sozinho	0.9148	0.9640
Reside	Companheiro/filhos – sozinho	0.8152	0.8435
	Filho- sozinho	0.1545	0.0655
	Pais- sozinho	0.3156	0.2626
	Católico-Espírita	0.9354	0.4243
Religião	Católico-Evangélico	0.8143	0.9481
	Católico-Não	0.4776	0.2661
	Espírita-Evangélico	0.9331	0.4643
	Espírita- Não	0.5143	0.1514
Estado Civil	Evangélico-Não	0.4361	0.3116
	Com- sem companheiro	0.5592	0.8953
Escolaridade	Grupo 1-Grupo 2	0.3011	0.1633

Legenda: RS= Regressão Simples; RM= Regressão Múltipla.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2.2 ANSIEDADE E HÁBITOS DE VIDA

A análise dos hábitos de vida não obteve relação com a ansiedade. (Tabela 7).

Tabela 7. Regressão linear dos hábitos de vida para o desfecho Ansiedade. Brasília, Brasil, 2023.

Características	Parâmetros	Pr > t RS	Pr > t RM
Etilismo	Não-Sim	0.3090	0.8338
Tabagismo	Não-Sim	0.2159	0.1215
Atividade Física	Não-Sim	0.1958	0.0710

Legenda: RS= Regressão Simples; RM= Regressão Múltipla.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2.3 ANSIEDADE E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Conforme resultados obtidos, as DCNTs não possuem relação com sintomas de ansiedade (Tabela 8).

Tabela 8. Regressão linear das condições de saúde para o desfecho Ansiedade. Brasília, Brasil, 2023.

Características	Parâmetros	Pr > t RS	Pr > t RM
Doenças prévias	Não-Sim	0.2690	0.1929

Fonte: Elaborada pela autora.

4.3 RESULTADOS DA ANÁLISE DA DEPRESSÃO

4.3.1 DEPRESSÃO E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

A depressão não demonstrou associação com o sexo e a renda. Residir com alguém demonstrou ser um fator protetivo para a depressão. A baixa escolaridade demonstrou influenciar nos sintomas depressivos ($p=0,03$), conforme regressão múltipla. (Tabela 9).

Tabela 9. Regressão linear das variáveis sociodemográficas para o desfecho Depressão. Brasília, Brasil, 2023. (continua)

Características	Parâmetros	Pr > t RS	Pr > t RM
Sexo	Masculino-Feminino	0.3130	0.5407
	Aposentado e pensionista- com renda fixa	0.6994	0.0821
Renda	Aposentado e pensionista- sem renda fixa	0.5285	0.5514

	Com - sem renda fixa	0.9842	0.1924
	Filho - pai	0.0709	0.0422
	Companheiro/filhos – pais	0.0562	0.4381
Reside	Com companheiro- sozinho	0.3025	0.5591
	Companheiro/filhos – sozinho	0.1066	0.3344
	Filho- sozinho	0.0353	0.0069
	Pais- sozinho	0.3023	0.2889
	Católico-Espírita	0.4425	0.4846
	Católico-Evangélico	0.8428	0.1935
Religião	Católico- Não	0.0972	0.2003
	Espírita-Evangélico	0.4214	0.8053
	Espírita- Não	0.0614	0.4661
	Evangélico-Não	0.1489	0.5489
Estado Civil	Com- sem companheiro	0.4944	0.9669
Escolaridade	Grupo 1-Grupo 2	0.1249	0.0393

Legenda: RS= Regressão Simples; RM= Regressão Múltipla.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.3.2 DEPRESSÃO E HÁBITOS DE VIDA DO GRUPO DE IDOSOS

Durante a avaliação dos hábitos de vida, apenas o tabagismo demonstrou associação com os sintomas depressivos ($p=0,01$) (Tabela 10).

Tabela 10. Regressão linear dos hábitos de vida para o desfecho Depressão. Brasília, Brasil, 2023.

Características	Parâmetros	Pr > t RS	Pr > t RM
Etilismo	Não-Sim	0.3090	0.1175
Tabagismo	Não-Sim	0.2159	0.0154

Atividade Física	Não-Sim	0.1958	0.6689
------------------	---------	--------	--------

Fonte: Elaborada pela autora.

4.3.3 DEPRESSÃO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Ao analisar a associação de sintomas depressivos com as DCNTs, observou-se que os idosos comórbidos podem apresentar sintomas depressivos, confirmados durante a regressão simples ($p=0,02$) e na regressão múltipla ($p=0,02$) (Tabela 11).

Tabela 11. Regressão linear das condições de saúde para o desfecho Depressão. Brasília, Brasil, 2023.

Características	Parâmetros	Pr > t RS	Pr > t RM
Doenças prévias	Não-Sim	0.0294	0.0267

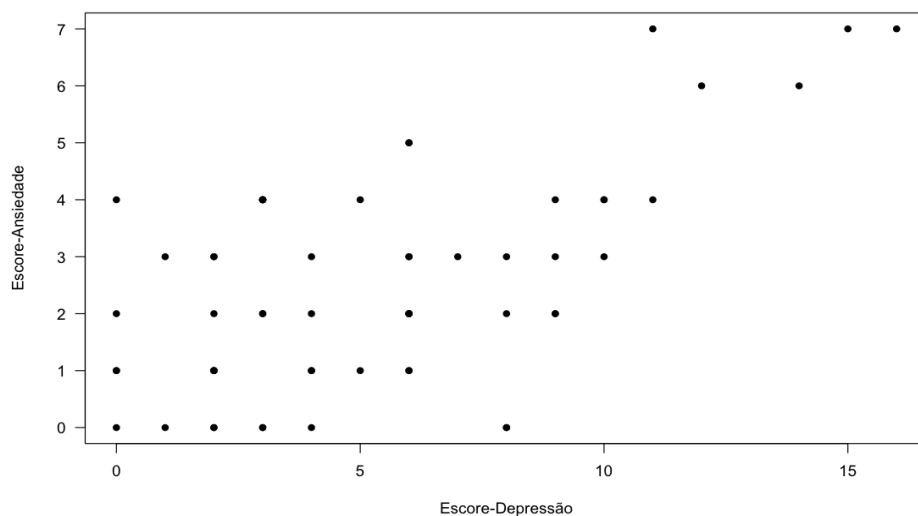
Legenda: RS= Regressão Simples; RM= Regressão Múltipla.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.4 RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO GRUPO DE IDOSOS

O gráfico de dispersão que avaliou a ansiedade e a depressão demonstrou que os indivíduos que apresentavam sintomas indicativos de ansiedade apresentavam concomitantemente sintomas indicativos de depressão, confirmando uma correlação positiva entre os desfechos (coef = 0,45). (Figura 1).

Figura 1: Gráfico de dispersão do índice estimado de ansiedade e depressão no grupo de idosos. Brasília, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora.

5. DISCUSSÃO

5.1. ETAPA QUANTITATIVA

5.1.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO E OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Este estudo identificou os fatores sociodemográficos relacionados aos sintomas de depressão durante o cenário advindo da pandemia do novo coronavírus, como residir sozinho e baixa escolaridade. Para os sintomas de ansiedade não houve resultado estatístico, mas vale destacar que residir sozinho aponta relação com o desfecho corroborado com outros estudos científicos.

No que se refere à escolaridade, o retrato do grupo respondente é heterogêneo e divergente, já que 36,67% estão classificados no nível 3 enquanto que, paradoxalmente, 35% estão no nível 1, diferente da média nacional da escolaridade da maioria das pessoas idosas conforme pesquisa do IBGE.¹⁹ Infere-se, portanto, que a própria forma de acesso dos participantes a este formato de estudo, por meio de plataformas online para a coleta de dados, justificada pelo momento de isolamento social em decorrência da pandemia de Covid-19, pode ter contribuído para esse perfil da amostra, evidenciando que os mais excluídos digitalmente são as pessoas com piores condições financeiras e menores níveis de escolaridade.⁵³

Um estudo realizado com 900 idosos durante o período da pandemia para identificar fatores associados à depressão reforçou a condição da escolaridade onde o fato de não possuir graduação demonstrou maior frequência de sintomas depressivos. Grande parte da população ainda não se encontra incluída digitalmente, em especial aquela situada nos extratos sociais economicamente mais

inferiores.⁵⁴

Outros estudos também constataram que os idosos com escolaridade mais baixa demonstraram maior predisposição para sintomas depressivos^(45,54,55,56,57), visto que nessa condição as pessoas estão mais suscetíveis ao adoecimento, o acesso aos serviços de saúde é escasso, além de outros fatores que influenciam na qualidade de vida, como condições de moradia e transporte.⁵⁸

Neste estudo, morar com companheiro e/ou filhos despontou como fator protetivo para a proteção da saúde mental dos idosos⁵⁹, corroborando com o estudo de Santos, no qual inferiu-se que idosos que não possuem rede de apoio estão mais propensos até mesmo à violência.⁶⁰ O convívio familiar possibilita sentir-se útil no ambiente doméstico^(42,61,62), oportunizando a sensação de proteção, amparo e distanciando sentimentos negativos de incapacidade que podem contribuir para a ansiedade e a depressão.

A qualidade das relações familiares e o acolhimento das boas práticas profissionais contribuem como fatores de proteção ou de risco para os idosos durante a pandemia. Assim, as dinâmicas familiares e vicinais desempenham um papel importante na determinação da qualidade das redes de apoio, solidariedade e proteção, fundamentais em um contexto de crise.⁶³

Quanto à renda, a pandemia também agravou vulnerabilidades sociais e econômicas, contribuindo para o aumento dos preços dos alimentos e das taxas de desemprego, o que resultou no aumento da insegurança alimentar e da fome. A Pesquisa de Comportamentos (ConVid) realizada com pessoas idosas demonstrou que, durante a pandemia, apenas 8,3% continuaram trabalhando normalmente, a renda diminuiu quase pela metade nos domicílios dos idosos e 21,9% relataram piora do seu estado de saúde.⁶⁴ Embora a renda, neste estudo, não tenha apresentado resultado estatístico significativo, salienta-se que o advento pandêmico justificado acima aponta resultado relevante.

Outro estudo realizado durante a pandemia, para avaliar transtornos mentais comuns realizado com 237 idosos, demonstra que houve maior frequência em pessoas idosas que possuem renda menor que dois salários mínimos. Transtornos Mentais Comuns, distress, ansiedade e depressão em idosos brasileiros no contexto da COVID-19.⁶⁵

Não houve relação estatística associada ao gênero, mas vale ressaltar que, entre os participantes da primeira etapa que apresentaram *scores* indicativos de ansiedade e/ou depressão, as mulheres compõem um grupo significativo (n=5). Questões relacionadas ao gênero serão mais profundamente discutidas posteriormente.

5.1.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO E HÁBITOS DE VIDA

A associação de sintomas depressivos e o hábito de fumar foi observada neste estudo. O advento da pandemia modificou comportamentos e estilos de vida da população, exacerbando o uso de substâncias, como álcool e cigarro, além da diminuição ou até mesmo a cessação da realização de atividade física, conforme pesquisa realizada.⁶⁶

A população idosa é mais suscetível aos efeitos do álcool, já que seu consumo pode causar déficits cognitivo e intelectual, prejuízos ao comportamento, maior risco de exposição a quedas, além de ocorrer interação com os medicamentos utilizados. Esses efeitos implicam em aumento de hospitalizações, óbitos e custos com saúde.⁶⁴

O tabagismo é uma das mais severas dependências químicas e impõem ao indivíduo grande sofrimento físico e psíquico (fissura, irritação, depressão, ansiedade, alterações do sono, dentre outros), principalmente na abstinência do seu uso.⁶⁷

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar os comportamentos de risco na pandemia atestou que pessoas idosas, em sua grande maioria, mantiveram ou aumentaram o consumo de cigarros durante esse período. Esses comportamentos podem estar associados ao sofrimento emocional.⁶⁸

No que se refere a prática de atividade física, estudos demonstram que a restrição no nível de atividade física pode desencadear inúmeros problemas, visto que a inatividade é um fator de risco para doenças crônicas e outras patologias. Ademais, a redução desta prática também está relacionada a um aumento de sintomas psicoemocionais, como ansiedade e depressão.⁶⁹ Isto posto, embora neste estudo não tenha demonstrado resultado estatístico, outros estudos científicos comprovam que pessoas idosas que mantiveram suas atividades físicas durante a pandemia reportaram baixo score de sintomas depressivos.

O declínio da capacidade funcional acarreta dificuldade de realização de atividades da vida diária e exercício físico, o que, além de prejudicar a saúde, também permeia o surgimento de sintomas psicológicos acarretados pelo afastamento social. Assim, a depressão pode ser fator complicador da dor e da incapacidade funcional, reduzindo drasticamente a qualidade de vida.⁷⁰

Considerados esses dados, algumas medidas podem contribuir para a redução da depressão, da ansiedade e do estresse, e são caracterizadas como estímulo ao desenvolvimento e manutenção de hábitos de vida saudáveis e suporte social.⁷¹

5.1.3 ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) demonstraram neste estudo ser um fato de risco para os sintomas depressivos. As DCNTs que foram testadas foram a HAS e a DM.³⁵

No decurso da pandemia, houve redução do acesso aos serviços de saúde, implicando na diminuição das possibilidades de diagnóstico das DCNT, além do impacto negativo nas atividades diárias, na saúde mental e na cognição dos idosos.⁶⁴

As doenças crônicas na população idosa acabam por serem fatores complicadores para a Covid-19 no que se refere tanto a questões clínicas quanto emocionais^(57,68) Em 2019, um estudo brasileiro demonstrou que adultos que referiam doenças crônicas apresentaram maior prevalência de transtorno depressivo^(70,72) defronte a pessoas que não possuíam doenças crônicas, corroborando com os resultados deste estudo.

Transtornos de ansiedade e de depressão afetam pessoas que possuem comorbidades crônicas, causando sofrimento, redução das relações sociais e incapacidade física do indivíduo. A ansiedade e a depressão pioram o prognóstico das doenças crônicas e aumentam as taxas de mortalidade precoce.⁷³

A associações entre as doenças crônicas e a depressão se aprofundam quando se trata de mulheres. As alterações hormonais apresentadas por elas durante o climatério podem acarretar sintomas depressivos, segundo pesquisas^(65, 68) . Esse dado corrobora com o resultado deste estudo, já que do grupo amostral que obteve sintomas de ansiedade e depressão todos referem doenças crônicas e grande parte são mulheres.

Conviver com DCNTs pode gerar sintomas de sofrimento emocional e muitas vezes complicações biológicas. Algumas ações, como a educação em saúde para idosos, familiares e cuidadores e a promoção da autonomia da pessoa idosa, podem prevenir complicações das DCNTs e consequentemente melhorar a relação com as doenças crônicas no cotidiano e ainda a prevenção de sintomas depressivos.⁶⁰

5.1.4 A ASSOCIAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A análise das relações entre a ansiedade e a depressão foram confirmadas neste estudo. Um outro estudo realizado com a mesma população observou que o sentimento de fragilidade da saúde, a falta de perspectiva futura e o medo da morte podem causar distúrbios de ansiedade atrelados à depressão, no qual 6,6% daqueles idosos pesquisados com algum grau de depressão possuíam também ansiedade.⁷⁴

Ansiedade e depressão são constantemente comórbidas na população idosa, uma vez que

partilham de sintomas, como irritabilidade, inquietação, diminuição da concentração, alterações do sono e fadiga. Outros estudos demonstraram que cerca de 47,5% dos pacientes idosos diagnosticados com depressão possuíam também transtorno de ansiedade.⁷⁵

Um estudo realizado com idosos participantes de uma Universidade aberta à terceira idade confirmou a associação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida. Pesquisas que investiguem essa relação são necessárias, já que são poucos os estudos que tratam do tema.⁷⁵

Durante a avaliação da confiabilidade da EDG15 constatou-se um baixo índice, todavia, durante a análise dos itens, percebeu-se que na questão 11 todos os entrevistados responderam que “sim, acham maravilhoso estar vivo”. A intensidade da correlação entre os itens de um questionário pode ser verificada eliminando-se um item da escala de medição, aumentando o coeficiente alfa e podendo assumir que esse item não é altamente correlacionado com os demais itens. Por outro lado, caso o coeficiente diminua, assume-se que este item é altamente correlacionado com os demais itens da escala.⁴⁷ O alfa de Cronbach determina a confiabilidade do questionário, pois avalia como cada item reflete no constructo final. Esse resultado aflorou na segunda etapa da pesquisa, conforme será retratado a seguir.

5.2 RESULTADOS DA ETAPA QUALITATIVA¹

5.2.1 OS DADOS REFERENTES À DEPRESSÃO E À ANSIEDADE DE PESSOAS IDOSAS EM BRASÍLIA

Na primeira etapa, foram, então, coletados dados de sessenta idosos, sendo 47 mulheres e treze homens. Entre os participantes, seis pessoas idosas (cinco mulheres e um homem) apresentaram um score que indicou depressão e/ou ansiedade.

Elas foram, assim, convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa, uma etnografia por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas virtualmente. Todavia, apenas quatro mulheres aceitaram o convite. As entrevistas e também conversas informais com essas quatro interlocutoras foram realizadas ao longo do ano de 2021 por meio de ligações de vídeo via WhatsApp.

As idosas são maioria no grupo pesquisado e apresentaram scores mais altos nas avaliações que mensuraram depressão e/ou ansiedade. Esse resultado traz de antemão algumas reflexões: as mulheres participam mais ativamente de grupos concernentes à saúde e ao (auto)cuidado? As mulheres apresentam mais sofrimento mental, sobretudo se considerada a atual situação de crise

¹ 5.2. Os dados a seguir foram originalmente publicados em Quinaglia Silva E, Melo KRM. “É uma dor sem limites”: o adoecimento, a morte e o luto na pandemia de Covid-19. Revista Áltera.2022; Número 14, . p. 1-18. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/altera/article/view/64989>. Esse artigo está no anexo 4, na íntegra.

sanitária? Quais dimensões do sofrimento são abordadas por esses instrumentos e quais são por eles ignoradas? Como essas mulheres caracterizadas neste estudo como depressivas e/ou ansiosas efetivamente se veem e (res)significam suas existências?

Uma problematização do cuidado atrelado ao gênero é realizada por Marcia Longhi (2018).⁷⁶ Em pesquisa feita na comunidade da Guia na Paraíba, ela confirma um dado trazido pela literatura: o espaço da saúde é predominantemente feminino, tanto quando falamos das profissionais, como quando falamos das usuárias. Já as idosas aparecem mais no lugar de cuidadoras do que no papel de quem recebe cuidado. Ora, se a noção de cuidado é culturalmente construída e atribuída a mulheres, que assumem essa função social de cuidadoras, quando são elas que necessitam de cuidados, quem delas cuida? Ficam esquecidas?

Segundo Heloísa Ferreira (2021), em estudo no contexto pandêmico sobre a população idosa usuária da internet no Brasil, a saúde mental de mulheres idosas foi mais afetada por suas crenças sobre a Covid-19 do que a saúde mental de homens idosos. Elas seriam mais propensas do que eles a desenvolver depressão diante da pandemia.⁷⁷

Por sua vez, Sônia Maluf e Ana Paula Andrade⁽⁷⁴⁾, ao explorar as dimensões de gênero nas políticas de saúde mental, mostram que, quando tratadas, as mulheres são medicalizadas em excesso, e as políticas públicas voltadas para elas são centralizadas em estratégias fármaco-médicas baseadas em um modelo biologicista-fisicalista. Há, portanto, uma psiquiatrização e medicamentação do sofrimento e da vida cotidiana, sobretudo quando os alvos dessas políticas são mulheres de camadas populares e periféricas.⁷⁸

Feitas essas observações iniciais, dois eixos argumentativos despontaram da etnografia com as idosas cujo *score* indicou depressão e/ou ansiedade: 1) a solidão provocada pelo distanciamento social e o medo do adoecimento e da morte e 2) o silenciamento da dor. Explorar as narrativas dessas mulheres a partir dessas dimensões do sofrimento significa evitar reduzir suas aflições ao aspecto biológico, tal como a escala e o inventário sugerem.

Embora a EDG-15 e o GAI tenham sido ponto de partida para este estudo, por terem uma validação no país e, mais particularmente, entre os profissionais da saúde que atuam na clínica-escola lócus desta pesquisa, não nos ativemos a eles, por conhecer suas limitações. Entendemos que a pesquisa qualitativa tem o potencial de complementar dados numéricos e, assim, aprofundar, alargar e enriquecer essa análise preliminar.

Para adentrarmos nos resultados da etnografia, atribuímos às interlocutoras desta pesquisa pseudônimos relacionados a nomes de árvores: Aroeira, Castanheira, Oliveira e Seringueira. As

árvores representam a vida, seus ciclos e a relação com o meio, a alteridade e os diferentes momentos dessa vivência.

5.2.2 A SOLIDÃO PROVOCADA PELO DISTANCIAMENTO SOCIAL E O MEDO DO ADOECIMENTO E DA MORTE

As quatro idosas que participaram desta etnografia moram em regiões administrativas localizadas no entorno de Brasília. Pertencem a um grupo de baixa renda. Duas têm o Ensino Fundamental incompleto; uma tem o Ensino Fundamental completo; e uma tem o Ensino Médio incompleto. Duas são viúvas; uma é solteira; e outra é casada. Todas apresentam comorbidades ou doenças compridas.⁷⁹ Fazem parte, portanto, de um grupo em situação de vulnerabilidade, seja pelos marcadores geracional e de gênero, seja pela situação econômico-social e pelas condições de saúde. Embora o distanciamento social associado a outras estratégias, como a higienização das mãos e o uso de máscaras⁸⁰, além da vacinação, ainda sejam a base da prevenção da Covid-19, os relatos dessas mulheres são ambíguos em relação a essas medidas sanitárias, sobretudo quanto ao isolamento domiciliar. Há um distanciamento entre o reconhecimento da necessidade delas e sua efetiva adoção. Questões práticas do cotidiano, assim como uma demanda pelo resgate de redes de apoio, que se mostraram abaladas durante a pandemia, foram apresentadas como justificativa para burlar essas medidas e mesmo para ampliar a própria noção de cuidado

Foi difícil ficar dentro de casa, e ainda tem um agravante que eu tenho que ir no mercado, eu tenho que pagar conta... Meus filhos não moram tão perto... Também eles não podiam ficar indo... Se eles também corriam risco de levar para mim, era o mesmo risco que eu estava correndo de ir no mercado fazer uma comprinha... Eu tenho um marido que é deficiente, né?! Na verdade, eu tive que sair além da conta, sabe? Porque a gente tem que sair, a gente tem que viver, a gente tem que comer, tem que pagar as contas. Não tem quem faça. Tem muitas coisas que se pagam hoje pela internet... Mas a gente não dá conta. Tem que ir na boca do caixa, tem que ir no balcão, entendeu? Então, a gente saía naquele medo, naquela preocupação, sabe? (Oliveira, 2021).

Às vezes, a [amiga] vinha me buscar. Eu ficava na casa dela, passava uma semana na casa, mas só na casa dela. Não ficava na casa de ninguém (Castanheira, 2021).

A solidão é muito ruim. Tem hora que eu saio daqui, vou ali nas vizinhas, ali na calçada. Tem muitos anos que elas moram aqui. Às vezes, vou para lá e sento no chão. Fico conversando com elas até dar a hora de eu dormir porque eu não gosto mais de televisão... Televisão só fala em morte (Aroeira, 2021).

Se o distanciamento social e o consequente isolamento domiciliar foram incertos, algo se apresentou como certo em relação à Covid-19: a solidão e o medo do adoecimento e da morte.

A gente fica com o sentimento de que a gente é indefesa, de que a gente é inútil, de que as pessoas estão se acabando do lado da gente e que a gente não pode fazer nada e que a gente está no mesmo caminho, na mesma correnteza, né?! E medo também de contrair a doença, né?! Então, é um sentimento de desespero, na verdade, de desespero. A gente quer trabalhar, quer visitar as pessoas, [...] e a gente não pode mais fazer isso. Isso faz falta para a gente. Então, é um sentimento de solidão, de abandono, sabe? [...] O sentimento que a pandemia deixou para nós foi este: um sentimento de impotência total, total (Oliveira, 2021).

É ruim só ficar vendo falar em morte, morte... Vai mexendo com a cabeça da gente, né?! Mexeu muito... Eu tenho muito medo, muito medo da morte! (Castanheira, 2021).

A privação de liberdade como medida de saúde pública deve ser tratada com seriedade, mas também com prudência. Se o sentido do cuidado é efetivamente polissêmico,⁸¹ um dos aspectos dessa prática que transparece nas narrativas dessas mulheres idosas – e que poderia refrear os efeitos da solidão e do medo do adoecimento e da morte durante esse momento de crise – é justamente o fortalecimento de vínculos sociais.

A realização de ligações para familiares e amigos, a manutenção e/ou a criação de redes sociais e grupos virtuais,⁸² além do contato distante com “as vizinhas”, conforme relatou Aroeira, podem contribuir para atenuar a solidão. Um olhar atento para a realidade dessa população, suas singularidades, e o estímulo ao fortalecimento de redes de apoio podem reduzir casos de ansiedade, depressão e outros agravos.⁸³

A ansiedade melhora quando a gente conversa com alguém (Seringueira, 2021).

A campanha “Fique em casa”, que ainda hodiernamente é levada a cabo em alguns estados brasileiros, deve ser acompanhada de políticas de cuidado com a saúde mental da população. Além da solidão provocada pelo distanciamento social e do medo do adoecimento e da morte, muitas pessoas efetivamente adoeceram e morreram. Algumas das idosas que participaram desta pesquisa perderam familiares e amigos. A dor da perda foi silenciada na pandemia. O som desse silêncio insistiu em aparecer em algumas entrevistas.

5.2.3 O SILENCIAMENTO DA DOR

Está sendo difícil... Eu sou do tipo que sou muito grudada nos irmãos. Às vezes, pareço um carrapato, que não desgruda de ninguém. Mas aí as pessoas saem de perto da gente, né?! Ele [o irmão] morreu na Ceilândia. Fizemos um vídeo com ele... Acho que ele se emocionou muito. Aí, ele teve uma parada, e eles não conseguiram ressuscitá-lo. É muito triste esta pandemia. Está nos destruindo! [Choro]. Também perdi muitos amigos, sabe? O pai e a mãe da minha nora... A gente é mais de 40 anos vizinhos. Eles morreram, os dois, com uma diferença de seis dias de um para o outro, sabe? A gente era muito amigo também... É difícil demais! A gente que é mais velho fica muito sensível, né?! A gente fica mais sensível com a velhice. A gente tenta transparecer para as pessoas que estão ao nosso redor que a gente é forte, que a gente está sorrindo, que a gente está vivendo, mas na verdade a gente está igual a uma vela, derretendo aos poucos, derretendo aos poucos... (Oliveira, 2021).

A metáfora da vela em chamas para o tempo que se esvai e a morte que se aproxima situa as nossas interlocutoras diante da dor. Para além da perda em si, que por si só já é muito difícil, a impossibilidade da despedida transparece como mais um motivo de sofrimento. No caso de Oliveira, ela pôde fazer uma última ligação de vídeo com o irmão; no entanto, esse contato, distante do habitual (a interlocutora se descreve grudada como um “carrapato”), teria, segundo ela, emocionado seu irmão, motivado uma “parada [cardíaca]” nele e o levado a óbito. Em relação aos pais de sua nora, seus vizinhos e amigos de longa data, e em outros casos citados a seguir, nem mesmo um vínculo virtual pôde ser estabelecido com os entes queridos durante a internação que precedeu o óbito.

Assim, para além da solidão provocada pelo distanciamento social, anteriormente mencionada, há a solidão no hospital, no imaginário da morte causada pela Covid-19. O processo de morrer devido a complicações provocadas por essa doença é solitário, e esse isolamento também é assustador.

Eu tenho medo de morrer por qualquer que seja a razão. Pela Covid, tem a solidão, tem o isolamento... Você fica lá [no hospital]... Não pode ver ninguém... (Oliveira, 2021).

Ademais, a morte de familiares e amigos não foi acompanhada de representações e práticas funerárias usuais. Houve amiúde o silenciamento da dor dessas perdas.

É uma dor sem limites... A gente não pode ver seu parente ali naquele caixão. Parece que a gente é uma mercadoria, que eles embalam e botam em uma caixa. Você não tem despedida... (Oliveira, 2021).

Eu acho muito doloroso porque a gente quer viver... Para ela foi difícil, a minha irmã... Ela pegou Covid, o marido pegou. E quem morreu foi ele. Ela ficou... Não sei. Eu não consigo absorver a morte. Eu não consigo. Não sei se

é porque também perdi dois maridos, né?! E a gente acaba ficando meio debilitada quanto à morte... Não sei se todo mundo é assim. É um sentimento que me deixa muito angustiada, falando da morte. [Também] perdi uma tia e um primo. Minha filha pegou, meu genro pegou. Meu genro quase morreu. [...] Perdi três pessoas. [Com a morte] do meu cunhado eu sofri mais porque ele era mais próximo da gente. [...] Ele pegou e ficou uma semana lutando em casa [...], só que começou a agravar o quadro dele. Ele foi para o hospital... Ficou acho que 15 dias. Aí, começou a complicar os rins, pegou uma superbactéria no hospital... Sei que foi complicando, complicando até ir a óbito. Aí, eu passei muito mal. Cheguei a ser internada porque eu fiquei muito... Eu não quis ir no enterro. A minha irmã ficou cobrando muito para eu ir no enterro, por que eu não ia... Eu falei “não, eu não vou porque é aglomeração, né?! [...] Deixe eu sofrer de cá mesmo sozinha”... Fiquei muito sobrecarregada emocionalmente. Tem a carga aqui do meu filho mais velho [que é dependente químico]. Aí, juntou a da minha irmã. Eu fui parar na UTI. Fiquei 12 dias... por causa da sobrecarga (Aroeira, 2021).

[Perdi] meu enteado. [Choro]. Eu sofri... Me faltam muitas coisas que queria que tivesse e não tenho... Eu tenho uma família longe, que mora longe de mim. Até mesmo as pessoas que já se foram, as pessoas queridas que já não estão mais entre nós [além do enteado, perdeu recentemente dois irmãos, uma prima e o filho dela devido a outras doenças]... Para mim é tristeza... Eu não tenho coragem de reagir. Eu fui na chácara... Todo mundo dançando e brincando. Eu brincava, mas aquilo me apertava por dentro... Sempre faltando alguma coisa... (Castanheira, 2021).

Ainda, a morte do outro escancara a possibilidade da própria morte. Esse espelhamento foi gritante durante a crise sanitária provocada pela Covid-19 diante da possibilidade iminente de morrer, sobretudo para as pessoas idosas. Como, então, (res)significar a finitude no atual mundo pandêmico?

Sabe aquela sensação de que a qualquer hora eu posso morrer? [...] Aquela angústia? Chega a ter palpitação... Sabe esse negócio de eu não dormir direito? Sabe? É como se eu tivesse perdido a esperança (Aroeira, 2021).

5.2.4 O ADOECIMENTO, A MORTE E O LUTO NA PANDEMIA DE COVID-19

Érica Quinaglia Silva ^{84,85} traça alhures um breve histórico da relação com a morte e os mortos na sociedade ocidental e, mais especificamente, no Brasil. Ao citar Ariosvaldo Diniz ⁸⁶, em A iconografia do medo, afirma que até o século XVIII não havia uma separação radical entre a vida e a morte, sendo esta assunto doméstico: uma “boa morte” significava estar cercado de entes queridos, com cerimônia aberta à comunidade e sepultamento na igreja ou em cemitério próximo.

A partir do século XIX, ainda segundo Diniz ⁸⁶, com o advento do Iluminismo e das revoluções burguesas – e, portanto, com o avanço do pensamento racional, a laicização das relações sociais e a secularização da vida cotidiana –, o óbito deixou de ser socialmente partilhado, chegando ao fim a morte solene, em família. Passou-se a morrer no hospital. Os mortos foram, então, apartados dos vivos

e confinados na periferia das cidades. Se, até esse século, faziam parte da vida, passaram a pairar sobre eles o silêncio civilizado e a atitude racional que visa a remover da vida o peso da morte.^{84,85}

No século XX e início do século XXI, houve o silenciamento da dor, a diminuição da duração do luto, o desaparecimento do cortejo fúnebre, das visitas e das últimas homenagens, a neutralização dos ritos funerários e a economia dos sentimentos e das emoções. A invenção do hospital como lugar que resguarda a morte é contemporânea do desenvolvimento da ideologia higienista: o hospital protege as famílias da doença, o doente das pressões emocionais e a sociedade da morte. A morte deixou de ser considerada natural e passou a ser vista como acontecimento acidental, falha humana ou atraso da ciência.^{84,85}

Especificamente no Brasil, Quinaglia Silva^{84,85} refere-se a Mauro Guilherme Pinheiro Koury⁸⁶ para mostrar que o processo de privatização da morte e do morrer instalou-se paulatinamente no século XIX e aprofundou-se nas últimas três décadas do século XX. Até os anos 1970, ainda era tradição velar os mortos publicamente, mas, a partir de então, uma nova economia de afetos, caracterizada pelo controle das emoções, teria emergido na sociedade urbana brasileira.

Koury⁸⁶ afirma que a morte e sua relação com o mundo dos vivos passaram a ser apreendidas por códigos mais individualistas e não mais por expressões de uma sociabilidade relacional características da década de 1980, como havia sugerido Roberto DaMatta⁸⁷, em *A casa e a rua*, para quem os sistemas modernos se preocupariam com a morte, enquanto os sistemas relacionais se preocupariam com os mortos. Naqueles, de sociedades individualistas, as práticas tentariam destruir os mortos, deles não devendo ficar nem mesmo uma memória, pois pensar sistematicamente neles e falar constantemente deles seria uma atitude classificada como patológica. DaMatta⁸⁷ considera que o Brasil estaria incluído no segundo grupo.^{84,85}

A reflexão de Koury compõe a obra de Milena Freire⁸⁸, *O som do silêncio*, na qual ela também demonstra que no país passou a existir um distanciamento dos mortos: o convívio familiar passou a ser substituído pela medicalização em hospitais e posterior sepultamento em locais afastados da cidade, o luto público passou a ser reprovado, e os sentimentos e as emoções começaram a ser economizados. O Brasil estaria, assim, segundo Freire⁸⁹, transitando para o grupo que DaMatta⁸⁸ define como individualista.^{84,85}

Não obstante, a partir de 2020, Quinaglia Silva⁸⁵ defende que esses sentidos da morte e do morrer, que pareciam ser lineares no Ocidente, em geral, e no Brasil, em particular, dos sistemas relacionais para os sistemas modernos ou individualistas, sofreram uma ruptura. A

pandemia de Covid-19 parece ter desarranjado esse caminho certo. Segundo essa autora, estaríamos a percorrer uma terceira via, fenômeno tão único quanto paradoxal.

Por um lado, se o novo coronavírus atinge, de antemão, países e populações de modo igualitário, considerando se tratar de uma pandemia global, os efeitos dele têm raça/cor, classe e gênero, sobretudo quando o Estado age discricionariamente na distribuição de direitos. Por conseguinte, há desigualdade no reverso da vida, na vivência da perda e do luto.⁸⁵

Por outro lado, tem havido uma mobilização social e um luto coletivo que extrapolam contextos locais e mesmo nacionais, atingindo proporções globais. No Brasil, apesar dessa ambivalência constitutiva do Estado em sua relação com a sociedade, despontam agenciamentos, saberes e práticas constituídos por diferentes atravessamentos, cruzados por variadas linhas de força, que tensionam essas relações de poder⁸⁵

Há, por exemplo, memoriais virtuais, como o “Inumeráveis” (2020), dedicado à história de cada uma das vítimas do novo coronavírus. Também no país, há no Instagram o “Reliquia.rum”, um perfil que guarda relicários, memórias, de uma epidemia no Brasil. Ainda, outro perfil no Instagram é o “Travessias.pandemia”, que busca trocar experiências sobre a pandemia, com o objetivo de ressignificar nossas travessias neste momento desafiador⁸¹ Outro mecanismo coletivo de amparo é a “Rede de apoio às famílias de vítimas fatais de Covid-19 no Brasil”, que criou o “Memorial das vítimas do coronavírus no Brasil.”⁸⁹ Trata-se de um portal no qual é preservada a memória de cada pessoa que veio a óbito durante a pandemia.

Essa terceira via, entre os sistemas relacionais e os modernos, apontados por DaMatta⁸⁷, sugere, segundo Quinaglia Silva⁸⁵, que, embora algumas pessoas e grupos sociais tenham arcado com os efeitos mais nocivos da pandemia de Covid-19, em uma necropolítica⁹⁰ tem havido ao mesmo tempo e paradoxalmente uma resistência social geral, uma comoção coletiva, como resposta a esse momento.

Nessa esteira, a Fiocruz⁹¹ desenvolveu uma cartilha intitulada “Processo de luto no contexto da Covid-19”, na qual são redesenhados rituais em torno da morte. Com o intuito de dar significado às perdas, são trazidas estratégias remotas de despedida, como ligações por vídeo ou mensagens de voz, além de cartas, e-mails e mensagens escritas para a expressão de sentimentos e emoções. A organização de um livro de visitas on-line, para amigos e familiares oferecerem suas condolências, o desenvolvimento de cultos, missas, entre outras homenagens virtuais, e o fortalecimento de vínculos religiosos e/ou espirituais, além de redes de apoio, como já mencionado,

são outras medidas citadas. Ora, a noção de cuidado também recai sobre os mortos e o processo de luto e elaboração da perda desses entes queridos.

Os rituais fúnebres fazem parte das vivências individual e social da finitude. Com a chegada do novo coronavírus, expressões da morte foram abreviadas, e certas fases dos ritos funerários, suprimidas. Essas mudanças no ciclo ritual trazem dificuldades para a elaboração da perda, com repercussões futuras para os enlutados e desdobramentos para a coletividade. O impacto da falta de aproximação, do toque e da visualização das pessoas que partiram tem o potencial de gerar um processo de luto desordenado e complicado, pela recusa a aceitar a perda, por inabilidade de se adaptar a ela ⁹² e mesmo por uma reificação do ser humano, tratado como uma “mercadoria”, conforme relato de Oliveira.

Conforme afirmam Maria Eduarda Giamattey ⁹³, a ritualização da morte é indissociável do processo de elaboração da perda. A ausência de rituais fúnebres na pandemia de Covid-19, aliada ao distanciamento social, tem repercussões desafiadoras para a sociedade. Essas autoras propõem igualmente estratégias não presenciais de demonstração de afeto e elaboração da perda para amenizar o isolamento imposto pela pandemia, como velórios virtuais, orações por aplicativo e grupos de apoio on-line.

Ainda, em uma abordagem sobre o papel desempenhado por cuidadores, Hiroko Toyama e Akiko Honda ⁹⁴ sustentam que a narrativa em si pode ajudar a expressar e organizar emoções oscilantes, gerenciar e aceitar a perda, dar sentido às experiências dos sujeitos e quiçá devolver a eles, tal como relatou Aroeira, a esperança perdida.

Além da dimensão física da doença, a morte de familiares e amigos e os atravessamentos no processo usual de luto potencializam o risco de agravar o sofrimento mental, individual e coletivo. Assim, ações de prevenção e promoção da saúde devem abarcar a saúde mental. Necessário é cartografar agenciamentos sociais, como os citados, e atentar para essas estratégias coletivas de (res)significação da morte.

6. CONCLUSÃO: REFLEXÕES PÓSTUMAS: O PRINCÍPIO DO FIM – DO FIM O PRINCÍPIO

A pandemia de Covid-19 transformou o mundo de maneira aterradora. O cenário pós-pandemia ainda é incerto. Todavia, alguns efeitos do contexto de crise que se instalou globalmente já são vistos a olho nu.

As pessoas idosas, particularmente as mulheres interlocutoras deste trabalho, externaram um compêndio das possíveis reverberações na saúde biopsicossocial dessa população. Concomitantemente, iluminaram o caminho para a implementação de ações concretas e possíveis a fim de amenizar tanto sofrimento.

Entendemos que o paradigma metodológico que sustenta a elaboração de políticas na área da saúde, e especificamente da saúde mental, é a pesquisa epidemiológica, de caráter quantitativo. A pesquisa etnográfica provoca o Estado, ao apresentar, como relevantes para suas políticas, os dados qualitativos.⁷⁸

Nesta pesquisa, ao resgatar saberes e práticas e apresentar vivências do adoecimento, da morte e do luto entre mulheres idosas, intentou-se contribuir para o conhecimento da realidade dessa população e, quiçá, para o campo mais amplo das políticas públicas de saúde mental voltadas para ela. Confrontar essas políticas com as experiências sociais, das mulheres usuárias ou potenciais usuárias dos serviços, poderia contribuir para uma avaliação qualitativa das próprias políticas públicas.⁷⁸ Essas mulheres podem enunciar outras verdades que não a do diagnóstico presente na escala e no inventário?

Ao ampliar a noção de cuidado, elas nos mostraram a importância do fortalecimento de grupos de apoio e de outros vínculos sociais. Chamadas de vídeo, redes sociais e encontros virtuais, a realização de rituais de despedida por meio de funerais on-line e memoriais virtuais são também estratégias de enfrentamento à Covid-19. Resgatar esses rituais de despedida foi igualmente uma demanda apresentada por essas mulheres. Cabe não somente ao Estado, mas às pessoas em geral a incumbência de promover a responsabilidade social e fortalecer o compromisso com a coletividade, a fim de que sejamos capazes de sobrepujar essa dor sem limites.

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de Covid-19 trouxe várias incertezas e paradoxalmente evidenciou estigmas que pareciam latentes. A ansiedade e depressão e suas relações foram demonstradas nos resultados quantitativos confirmando que fatores sócio-demográficos, hábitos de vida e doenças prévias influenciam na saúde mental de pessoas idosas. Para além, a lacuna de compreender melhor como essas pessoas estavam vivenciando este cenário, foi preenchida por meio da pesquisa qualitativa que permitiu ouvir, perceber e conhecer os sentimentos e estratégias de enfrentamento do medo do adoecimento, o sofrimento e o luto coletivo.

A metodologia mista percorrida permitiu não apenas apresentar os resultados, mas ouvir e dar voz à aqueles que foram considerados como grupo vulnerável, abrindo caminho para que medidas de saúde eficazes voltadas para a população idosa possam ser construídas.

REFERÊNCIAS

- 1.Christoffel MM, Gomes ALM, Souza TV, Ciuffo LL. Children's (in)visibility in social vulnerability and the impact of the novel coronavirus (COVID-19). Rev Bras Enferm. 2020;73(supl 2):e20200302. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0302>
2. Carvalho CN, Fortes S, Castro APB de, Cortez-Escalante J, Rocha TAH. The covid-19 pandemic and hospital morbidity due to mental and behavioral disorders in Brazil: an interrupted time series analysis, from January 2008 to July 2021. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2023;32(1):e2022547. doi: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100016>
- 3.Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet.2020;6736(10242):1973-87. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
- 4.Garcia Filho C, Vieira LJES, Silva RM. Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil: descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 jun [citado 2020 Jul 31];29(3):e2020191. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300011>
- 5.Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Cien Saude Colet2020; 25(Supl. 1):2423-2446.doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- 6.Duczmal LH, Almeida ACL, Duczmal DB, Alves CRL, Magalhães FCO, Lima MS de, et al.. Vertical social distancing policy is ineffective to contain the COVID-19 pandemic. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(5):e00084420.doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084420>
7. Schütz, D. M., Borges, L., Ferreira, H. G., & Irigaray, T. Q. (2022). Relationship between loneliness and mental health indicators in the elderly during the COVID-19 pandemic. Psico-USF, 26, 125-138. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-8271202126nesp1236:e00084420>. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00084420>.
- 8.Fiocruz. Boletim Observatório Covid-19. Semanas epidemiológicas 33 e 34, de 15 a 28 de agosto de 2021. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_33-34b-red.pdf. Acesso em: 15 de março de. 2022.
- 9.World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) Dashboard: 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. [acesso em 2023 maio 21]. Disponível em: <https://covid19.who.int>.
- 10.Barros MB de A, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS de, Romero D, et al..Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020;29(4):e2020427. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>
- 11.Duarte YAO, Niwa LMS, Lucas PCC, Afonso SR, Damaceno DG, Ciosak SI. Distanciamento social e idosos que residem sozinhos em grandes centros urbanos. In: Santana RF (Org.).

Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 14-19. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c02>.

12.Kalache A, Silva A, Giacomini KC, Lima KC, Ramos LR, Louvison M, et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2020;23(6) 1-10.doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>

13.Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [cited 2020 jun 13]; 25.doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.

14.Lopes LP, Santi DB, Marques FRDM, Salci MA, Carreira L, Baldissera VDA. The self-care process of community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023;76:e20220644. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0644>

15.Silva EQ, Melo KRM. É uma dor sem limites”: o adoecimento, a morte e o luto na pandemia de covid-19. Revista Áltera.2022; Número 14, . p. 1-18.
<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/altera/article/view/64989>

16.Unicovsky MAR, Moreschi C, Jacobi CS, Aires M, Tanaka AKSR, Camargo MEB. Saúde do Idoso no Pós Pandemia: Estratégias de Enfrentamento. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. Brasília, DF: Editora ABEn; 2021. 171 p. (Serie Enfermagem e Pandemias, 5). doi: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c23>

17.Silva EQ. Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2019;27(1):38-45. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271284>

18.Faria L, Patiño RA. Dimensão psicossocial da pandemia do Sars-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. Interface (Botucatu). 2022; 26: e210673. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210673>.

19.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). Síntese de Indicadores Sociais. uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília.<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>

20.Ministério da Saúde(BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa[Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2007 Jul 14 [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>

21.Vieira, T. F., & Okuno, M. F. P.. (2022). Social support and depressive symptoms in older adults treated in an outpatient service. Texto & contexto - enfermagem, 31, e20220147.doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0147en>

22.World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. 2022 Jun 1; 1-296. Available from:<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

23.Costa CO da, Branco JC, Vieira IS, Souza LD de M, Silva RA da. Prevalência de ansiedade e

fatores associados em adultos. J bras psiquiatr [Internet]. 2019Apr;68(2):92–100. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

24. Kitamura ES, Faria LR de, Cavalcante RB, Leite ICG. Depressão e transtorno de ansiedade generalizada em idosos pela infodemia de COVID-19. Acta paul enferm [Internet]. 2022;35:eAPE03177. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03177>

25. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. [acesso em 2023 Jul]. Disponível em: <https://oitavaturmadepsicofm.files.wordpress.com/2019/03/compecc82ndio-de-psiquiatriakaplan-e-sadock-2017.pdf>.

26. Dalgalarondo, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

27. Silva TC da, Santos VB, Cavalcante AMRZ, Hirano GSB, Lopes J de L, Barros ALBL de. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à ansiedade em mulheres hipertensas: estudo transversal. Acta paul enferm [Internet]. 2023;36:eAPE02951. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02951>

28. Silva MM de J, Santos CB dos, Clapis MJ. Construct elaboration and validity of the Pregnancy Depression Risk Scale. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023;76(2):e20220306. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0306>

29. Cordeiro RCC, Santos RC, Araújo GKN, Nascimento NM, Souto RQ, Ceballos AGC, et al. [Mental health profile of the elderly community: a cross-sectional study]. Rev. bras. enferm. 2020;73(1): e20180191. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191> Portuguese.

30. Paiva KM de, Samelli AG, Oliveira PL de, Hillesheim D, Haas P, Medeiros PA de, et al.. Negative self-perception of hearing and depression in older adults: a population-based study. Rev Saúde Pública [Internet]. 2023;57:15. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004675>

31. Felipe, Luana Rodrigues Rosseto, Barbosa, Karolyne Stéfanie Sousa e Virtuoso Junior, Jair Sindra. Sintomatologia depressiva e mortalidade em idosos da América Latina: uma revisão sistemática com metanálise. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. v. 46: e205. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.205>.

32. Muniz V de O, Santos FS dos, Sousa AR de, Araújo PO de, Coifman AHM, Carvalho ES de S. Aplicabilidade da Teoria dos Sintomas Desagradáveis para a população de homens idosos com COVID-19 no Brasil. Esc Anna Nery [Internet]. 2023;27:e20220245. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0245pt>

33. Faro A, Bahiano M de A, Nakano T de C, Reis C, Silva BFP da, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estud psicol (Campinas) [Internet]. 2020;37: e200074. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

34. Nascimento LC do, Silva TC da, Tafner DPO do V, Oliveira VJ, Viegas SM da F. The pandemic changes daily life and ways of living: technosociality and user/families experiences. Rev Bras

- Enferm [Internet]. 2023;76:e20220177. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0177>
- 35.Silva DSM da, Assumpção D de, Francisco PMSB, Yassuda MS, Neri AL, Borim FSA. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2022;25(5):e210204. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210204.pt>
36. Elesbão KF, Dimov T, Barros WS, Erazo-Chavez LJ, Ricci EC. Pandemia de COVID-19 no Brasil: análise do cotidiano e desdobramentos de uma intervenção grupal. Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2023;31:e3262. doi: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO249332621>
- 37.Janhaque VR, Blanco AL, Santos-Orlandi AA dos, Brito TRP de, Nunes DP. Apoio social e funcionalidade familiar: um estudo transversal com pessoas idosas no contexto da covid-19. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2022;25(6):e220129. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220129.pt>
- 38.Sant'ana LAJ, Elboux MJD. Comparison of social support network and expectation of care among elderly persons with different home arrangements. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2019;22(3):e190012. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190012>
- 39.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso 2021 Jul 3]. 149 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>
- 40.Rosa TE da C, Benício MHD, Latorre M do RD de O, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2003Feb;37(1):40–8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000100008>
- 41.Conselho Federal de Enfermagem: Resolução COFEN Nº 634/2020. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 26 mar 2020.
- 42.Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) reduzida. Arq. neuropsiquiatr. 1999;57(2B):421-426. doi:<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- 43.Martiny C, de Oliveira ACS, Nardi AE, Pachana NA. [Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the geriatric anxiety inventory (GAI)]. Arch. Clin. Psychiatry (Online). 2011;38(1):8-13.doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100003> Portuguese.
- 44.Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rev bras epidemiol [Internet]. 2016Oct;19(4):691–701.doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>
45. Maximiano-Barreto MA, Aguiar IM, Martins KC, Buarque DC, Fermoseli AFO. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. Psic, Saúde & Doenças. 2019.

- 20(1):209-219. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>
46. Peirano, M. Etnografia, ou a teoria vivida. Ponto Urbe [Online]. 2008;2. doi:<http://journals.openedition.org/pontourbe/1890> ; DOI :10.4000/pontourbe.1890
47. Bland JM., Altman DG. [Statistics notes: Cronbach's alpha]. BMJ Mil Health. 1997;314(7080): 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572> Portuguese.
48. Cronbach LJ. [Coefficient alpha and the internal structure of test] Psychometrika. 1951;16(3): 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555> Portuguese.
49. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Thomson; 2004. 522 p.
50. Draper NR, Smith H. Applied regression analysis. New Jersey: John Wiley & Sons; 1998. 737 p.
51. SAS Institute Inc., SAS/STAT® User's Guide, Version 9, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1999.
52. Ipea (BR). Os níveis de escolaridade no setor público brasileiro. [Internet] Brasília: IPEA; 2017. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/arquivos/rmd/4874-conjunto4v10.html>
53. Tavares DM dos S, Oliveira NGN, Guimarães MSF, Santana LPM, Marchiori GF. Distanciamento social pela covid-19: rede de apoio social, atividades e sentimentos de idosos que moram só. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 27. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78473>.
54. Pereira-Ávila FMV, Lam SC, Goulart MCL, Góes FGB, Pereira-Caldeira NMVP, Gir E. Fatores associados aos sintomas de depressão entre idosos durante a pandemia da COVID-19. Texto & contexto enferm. 2021;30(ISSN 1980-265X):1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0380>
55. Rocha, BLD, Bezerra, PCDL, & Monteiro, GT. R. (2021). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. Rev. bras. geriatr. gerontol.(Online). 2021. v. 24, n.3. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210034>.
56. De Freitas LM, & Camêlo, ELS. Tempos de pandemia COVID-19: sintomatologia depressiva em idosos. Research, Society and Development. 2021. 10(14). doi:<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22245>
57. Pereira, JR, Fernandes, DDS, Aguiar, VFFD, & Sousa, FDJDD Avaliação do medo e estresse pelo idoso na pandemia do novo coronavírus: um estudo transversal. Cogitare Enfermagem. 2022.v. 27. doi:<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83400>
58. Silva AG da, Andrade FMD de, Ribeiro EG, Malta DC. Temporal trends of morbidities, and risk and protective factors for noncommunicable diseases in elderly residents in Brazilian capitals. Rev bras epidemiol [Internet]. 2023;26:e230009. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230009.supl.1>
59. Santos AC, Pereira JB, Santos RC, Araújo-Monteiro GK, Santos RC, Costa GM, et al. Risco de violência e apoio social em idosos: estudo transversal. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE039006334.

doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO006334>

60.Fhon, JRS, Costa, PCD, Cardoso, T S, Lima, E FC, & Püschel, VADA. Sintomas depressivos e fatores associados à pessoa idosa durante a pandemia da covid-19 na cidade de São Paulo-SP. (2021). Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 25. v. 25, n. 6.

doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220035.pt>

61.Lu S, Wu Y, Mao Z, Liang X. Association of formal and informal social support with health-related quality of life among Chinese rural elders. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(4):1351.doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041351>

62.Perseguino MG, Ferreira AH, Damaceno DG, Esteves LSF, Afonso SR. Relações familiares de idosos em domicílio e institucionalizados em tempos de pandemia. In: Santana RF (Org.). Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. Brasília, DF: Editora ABen; 2021. 171 p. (Serie Enfermagem e Pandemias, 5).

doi:<https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c18>

63.Mendes BV, Donato SCT, Silva TL da, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti M de G. Spiritual well-being, symptoms and performance of patients under palliative care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023;76(2):e20220007. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007>

64.Brito AACD, Silva JDV, Holanda JMF, Souza RRMND, Mendes TCDO, & Lima, KC. Vulnerabilidade da pessoa idosa institucionalizada e o apoio social na perspectiva da pandemia de covid-19. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.2022. v. 25, n. 6.

doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220051.pt>

65.Pimentel PLB, Silva J, & Saldanha AAW. Transtornos Mentais Comuns, distress, ansiedade e depressão em idosos brasileiros no contexto da COVID-19. Estudos De Psicologia. 2023;27(2), 137–145. doi:<https://doi.org/10.22491/1678-4669.20220013>

66.Borges VLG, Cardoso ARR, Silva MRF, Cabral LM da S. Redução de danos em tabagismo. Physis [Internet]. 2022;32(4):e320401. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320401>

67.Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA de, Almeida W da S de, Szwarcwald CL, et al.. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. Cad Saúde Pública [Internet]. 2021;37(3):e00216620. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>

68.Rodrigues I de P, Santos Júnior FFU, Alaiti RK, Oliveira AS de. Restrição à atividade física na pandemia está associada com menor autoeficácia para dor na população com dor musculoesquelética: um estudo transversal. Fisioter Pesqui [Internet]. 2022;29(4):363–70. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/22012229042022PT>

69.Prado LD da S do, Ramos MEK, Camargo JDC, Bertencelo GL, Reginatto CC, Siqueira L de O. Relationship between pain, functional limitations, dependence, depression and osteoarthritis in older adults. Fisioter mov [Internet]. 2023;36:e36202. doi: <https://doi.org/10.1590/fm.2023.36202>

70.Von Flach M do RT, Ritt LEF, Santana Junior FG de, Correia M von F, Claro TC, Ladeia AM,

et al.. Espiritualidade, Ganho Funcional e Qualidade de Vida em Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2023;120(3):e20220452. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20220452>

71.Souza Filho ZA de, Nemer CRB, Teixeira E, Neves ALM das, Nascimento MHM, Medeiros HP, et al.. Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021;25(spe):e20200495. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0495>

72.Aragão JA, Andrade LGR de, Neves OMG, Aragão ICS, Aragão FMS, Reis FP. Ansiedade e depressão em pacientes com doença arterial periférica internados em hospital terciário. *J vasc bras* [Internet]. 2019;18:e20190002. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.19000>

73.Ribeiro BER, Fófano GA. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência: Prevalence of anxiety and depression in elderly people living in long-stay institutions. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2022;5(4):13935-44.doi: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/50998>

74.Farias WM de, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB dos, Maximiano-Barreto MA, Feroseli AF de O. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL.Rev. Med. (São Paulo) [Internet]. 2022;101(1):e-188307.doi: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/188307>

75.Lopes BFF, Santos GL dos, Oliveira TR de, Lira KKA dos S, Brandão GS. Depressão, ansiedade e qualidade de vida em idosos de uma universidade aberta à terceira idade. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 2021;95(35):e-021116. doi: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1172>

76.Longhi, MR. ‘Eu tô fazendo certo, tô não?’: envelhecimento, políticas e saúde e relações de cuidado. In: MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVA, Érica (org.). Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. doi: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-033-9> .

77.Ferreira HG. Gender Differences in Mental Health and Beliefs about Covid-19 among Elderly Internet Users. *Paidéia* (Ribeirão Preto) [Internet]. 2021;31:e3110.doi: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3110>.

78.Maluf SW, Andrade APM. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saúde e Sociedade*.2017; 26:171-182. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168331>.

79.Fleischer S, Franch M. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. *Revista de Ciências Sociais*. 2015;1:13-28, 2015. doi: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/25251>.

80.Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and Covid-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2020;395:1.973-1.987.doi: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>.

81. Tronto J. *Un monde vulnérable: pour une politique du care*. Paris: Éditions la découverte, 2009.
82. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395:912-920. doi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext).
83. Santos SS, Brandão GCG, Araujo KM, Fonseca A. Social isolation: a look health elderly mental during the Covid-19 pandemic. *Research, Society and Development*. 2020;9;1-15. doi: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4244>.
84. Quinaglia ES. Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica. *Revista Bioética*. 2020;27; 38-45. doi: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/NPvQ3WfCzbCZpZM9JpYz4TR/?lang=pt&format=pdf>.
85. Quinaglia ES. Mundo pandêmico y (re)significaciones de la muerte: pérdida, luto y memoria. In: TINANT, Eduardo Luis (org.). *Anuario de Bioética y Derechos Humanos*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Internacional de Derechos Humanos, Capítulo para las Américas, 2021.
86. Diniz AS. A iconografia do medo: imagem, imaginário e memória da cólera no século XIX. In: KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro (Org.). *Imagem e memória: ensaios em antropologia visual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 113-149.
87. Damatta R. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. FIOCRUZ. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Processo de luto no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mentale-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-daCovid-19.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022
88. Freire MCB. *O som do silêncio: isolamento e sociabilidade no trabalho de luto*. Natal: Editora UFRN, 2006..
89. Rede de apoio às famílias de vítimas fatais de Covid-10 no Brasil. Memorial das vítimas do coronavírus no Brasil. Página no Facebook, [s. l., s. a., s. p.] 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3k2kBTn>. Acesso em: 22 mar. 2022.
90. Mbembe A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições, 2019..
91. Fiocruz. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Processo de luto no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mentale-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-daCovid-19.pdf>.
92. Silva AV, Rodrigues C, Aisengart R. Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Revista Nupem*. 2021;13;214-234. Disponível em: <http://revistanupem.unespar.edu.br/>

index.php/nupem/article/view/877/523.

93. Giamattey MEP, et al. Rituais fúnebres na pandemia de Covid-19 e luto: possíveis reverberações. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2022;26; (spe);1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>.

94. Toyama H, Honda A. Using narrative approach for anticipatory grief among family caregivers at home. *Global Qualitative Nursing Research*. 2016;3;p. 1-15. doi: https://www.researchgate.net/publication/316637405_Using_Narrative_Approach_for_Anticipatory_Grief_Among_Family_Caregivers_at_Home.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O medo de morrer diante da pandemia do Covid-19 entremeado ao medo da solidão do distanciamento social

Instituição da pesquisadora: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Pesquisadora responsável: Karla Roberta Mendonça de Melo

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja permitir a participação dele(a) (de livre e espontânea vontade) você deverá compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, será solicitado a gravação do seu consentimento e será enviado por e-mail uma cópia do mesmo. No caso de não possuir e-mail o termo será enviado via aplicativo WhatsApp.

Faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo deste estudo é analisar os sentimentos e comportamentos de pessoas idosas diante da pandemia do Covid-19.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em participar de uma teleconsulta, responder à uma entrevista semiestruturada e autorizar o acesso ao seu prontuário de atendimento no Centro de Atendimento a Comunidade;
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
 - A pesquisa será realizada em horário previamente acordado.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos.
- Medidas preventivas, como sigilo e anonimato dos respondentes serão assegurados serão

tomadas durante toda a pesquisa e posterior à mesma para minimizar qualquer risco ou incômodo.

- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com a sua participação nesta pesquisa, isso poderá contribuir com a construção de políticas biopsicossociais, voltada para as especificidades das pessoas idosas.
 - **Participação, recusa e direito de se retirar do estudo**
 - A sua participação é voluntária e não haverá nenhum prejuízo se não quiser participar.
 - Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
 - Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Os seus dados serão manuseados somente pela pesquisadora e não será permitido o acesso a outras pessoas.
 - Os dados e instrumentos utilizados, os questionários, ficarão guardados sob a responsabilidade de Karla Roberta Mendonça de Melo com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Brasília, ____ de _____ de ____.

Participante

Karla Roberta Mendonça de Melo

Tel.: (61) 3966-1663

karla.melo@uniceub.br

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 – CEP 70790-075 – Brasília-DF Bloco: /Nº: /Complemento: Bloco 9

Bairro: Asa Norte

Telefones p/contato: **(61) 3966-1663**

Apêndice 2 – Instrumento sociodemográfico

COLETA DE DADOS AO IDOSO	
I – IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Sexo:	()F ()M
Data de nascimento:	
Idade:	
Estado civil:	
Endereço:	
Nacionalidade:	
Naturalidade	
Nível de escolaridade:	
Ocupação:	
Possui familiares que moram na mesma cidade?	
Telefone:	
Religião:	

II – HÁBITOS			
Tabagista?	() não	() sim	Há quantos anos?
Elitista?	() não	() sim	Há quantos anos?
Realiza exercícios físico?	() não	() sim	
Se sim...			
Com que frequência?			
Qual tipo de exercício?			
Sono: normal () insônia() dificuldade para adormecer () outros()			
III – ANTECEDENTES FAMILIARES			
Diabetes	() sim	() não	
Hipertensão Arterial	() sim	() não	

Cardiopatias	() sim	() não
Neoplasias	() sim	() não
Outros:		

IV – DOENÇAS PRÉVIAS

Diabetes	() sim	() não
Hipertensão Arterial	() sim	() não
Cardiopatias	() sim	() não
Neoplasias	() sim	() não
Outros:		

V – MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

--

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/ DIAGNÓSTICO:

ANEXOS

Anexo 1 – Inventário de Ansiedade Geriátrica

	Concordo	Discordo
1. O senhor se preocupa a maior parte do tempo.		
2. O senhor acha difícil tomar decisão.		
3. O senhor se sente agitado com frequência.		
4. Acha difícil relaxar.		
5. Frequentemente, o senhor não consegue aproveitar as coisas por causa da sua preocupação.		
6. Pequenas coisas te aborrecem muito.		
7. Frequentemente, o senhor sente como se tivesse ‘um frio na barriga’.		
8. O senhor pensa que é preocupado.		
9. O senhor não pode deixar de preocupar-se mesmo com coisas triviais		
10. Frequentemente se sente nervoso.		
11. Seus próprios pensamentos com frequência te deixam ansioso.		
12. O senhor tem dor de estômago por causas das suas preocupações.		
13. O senhor se vê com uma pessoa nervosa.		
14. Sempre espera o pior acontecer.		
15. Frequentemente se sente tremendo por dentro.		
16. Acha que suas preocupações interferem na sua vida.		
17. Suas preocupações frequentemente te oprimem.		
18. As vezes, sente como se tivesse um grande nó no estômago.		
19. Perde coisas por se preocupar demais		
20. Frequentemente se sente chateado		

Anexo 2- Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

	Sim	Não
1.O senhor está satisfeito com sua vida		
2. O senhor deixou de lado muitos de suas atividades e interesses		
3. O senhor sente que sua vida está vazia		
4. Você se sente aborrecido com frequência		
5. Está de bom humor na maioria das vezes		
6. Tem medo que algo ruim aconteça		
7. Se sente feliz na maioria das vezes?		
8. Se sente frequentemente desamparado?		
9.Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?		
10. Sente que tem mais problemas de memória que antes?		
11. Acha que é maravilhoso estar vivo?		
12. Se sente inútil?		
13. Se sente cheio de energia?		
14. Sente que sua situação é sem esperança?		
15. Pensa que a maioria das pessoas estão melhores que o senhor?		

Anexo 3 - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O medo de morrer diante da pandemia do Covid-19 entremeado ao medo da solidão do distanciamento social.

Pesquisador: KARLA ROBERTA MENDONCA DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39022820.7.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.566.933

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e/ou do Projeto Detalhado.

- TIPO DO ESTUDO: Trata-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativo com abordagem exploratória e descritiva acerca da incidência de ansiedade e depressão entre pessoas idosas, em tempos de pandemia por covid 19.

- DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES: 50 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 de ambos os sexos, inscritas no grupo de educação em Saúde de um Centro Comunitário de Brasília.

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: pessoas idosas que estejam inscritas no grupo de educação em saúde e que por vontade própria queiram participar.

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Serão excluídos da amostra pessoas idosas que já tenham o diagnóstico de ansiedade ou depressão prévios.

- TIPO DE INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO O ESTUDO: Clínica Escola de Enfermagem do

Centro de Atendimento Comunitário - CAC do UniCeub.

- PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS COM OS PARTICIPANTES: aplicação de questionários e realização de entrevistas. A pesquisa será realizada via teleconsulta, que será realizada por ligação de vídeo pelo WhatsApp ou ligação de áudio para aqueles que não utilizam o aplicativo.

- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

Primeira etapa: Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) e Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

Segunda etapa: entrevista que se dará mediante formulário semiestruturado composto por 5 questões abertas. O questionário possui cinco questões abertas, que apontam para o objetivo dessa pesquisa.

- MÉTODO DE COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES:

A pesquisa será dividida em duas etapas.

Na primeira etapa serão investigadas 50 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 de ambos os sexos, inscritas no grupo de educação em Saúde de um Centro Comunitário de Brasília, mediante consentimento formal.

A segunda etapa consiste na realização de uma entrevista semiestruturada. Serão convidadas a participar da segunda etapa pessoas idosas que alcançaram score 5/6 como resultado na Escala de Depressão Geriátrica e 10/11 no Inventário de Ansiedade Geriátrica.

A entrevista será agendada via telefone mediante aceite dos selecionados. A participação será feita de forma espontânea e de vontade própria do idoso. A coleta de dados será realizada via ligação de vídeo de whatsapp, no horário pré estabelecido entre entrevistador/entrevistado.

A escolha da tecnologia deve-se ao fato de o Centro Comunitário de Enfermagem já ter iniciado a teleenfermagem como medida de manutenção de ações de saúde, portanto estes idosos já estão se adaptando à novas modalidades de atendimento.

Na primeira etapa a pesquisadora terá a equipe do Centro Comunitário para apoiar na coleta, assim como agendar os teleatendimentos e realizar a coleta, conforme treinamento prévio oferecido pela pesquisadora.

Em um primeiro momento serão aplicadas duas escalas para seleção dos pesquisados. Salienta-se que os dados sociodemográficos não serão colhidos, pois tais dados já estão computados no prontuário do pesquisado.

A primeira consiste na Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15).

A escala é composta de 15 perguntas e possui validação no país, além de ser de fácil aplicação.

O segundo instrumento que será utilizado é o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), composto de 20 questões, onde a resposta pode ser concordo ou discordo. Possui validação e a nota de corte é 10/11, sendo que a pontuação de 11 até 15 indica ansiedade leve; entre 16-20 ansiedade grave.

Os pacientes que obtiverem um score de 5/6 na (EDG-15) e/ou um score de 10/11 para a GAI, serão convidados para participarem da entrevista que se dará mediante formulário semiestruturado composto por 5 questões abertas, que são: Quais são os sentimentos que a pandemia do Coronavírus trouxe ao senhor(a)? Como o senhor(a) faz para cumprir as medidas de distanciamento social? Como ficou seu relacionamento com seus familiares neste momento? Como o senhor(a) enxerga a morte? O que te traz mais medo, a solidão ou morrer pela doença? Salienta-se que as pessoas idosas que apresentarem índices críticos de tristeza e ansiedade durante a coleta de dados da primeira etapa, serão referenciados para o atendimento psicológico do Centro Comunitário para avaliação interdisciplinar especializada.

A entrevista será gravada, via google meet a fim de facilitar o tratamento dos dados e serão realizadas somente pela pesquisadora. O diálogo durante a entrevista será gravado mediante consentimento formal dos sujeitos da pesquisa e, em seguida, transcrito na íntegra para que sejam submetidos ao processo de organização e análise de Bardin para a elaboração da discussão dos dados.

A primeira fase acontece a organização mediante a sistematização de ideias e elementos presentes nas entrevistas previamente transcritas. A segunda fase consiste no recorte, enunciação e classificação do material. A terceira fase é a análise de conteúdo, que será realizada por análise categorial ou temática, onde as unidades de registro que foram construídas serão apresentadas.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS: O diálogo durante a entrevista será gravado mediante consentimento formal dos sujeitos da pesquisa e, em seguida, transcrito na íntegra para que sejam submetidos ao processo de organização e análise de Bardin para a elaboração da discussão dos dados. A primeira fase acontece a organização mediante a sistematização de ideias e elementos presentes nas entrevistas previamente transcritas. A segunda fase consiste no recorte, enunciação e classificação do material. A terceira fase é a análise de conteúdo, que será realizada por análise categorial ou temática, onde as unidades de registro que foram construídas serão apresentadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os sentimentos e comportamentos de pessoas idosas diante da pandemia do Covid-19.

Objetivo Secundário:

- Analisar a incidência de ansiedade e depressão entre pessoas idosas, em tempos de pandemia por covid 19.
- Identificar as relações familiares de pessoas idosas durante a pandemia.
- Conhecer os sentimentos da pessoa idosa em relação ao isolamento social, solidão e morte durante a pandemia.
- Descrever as estratégias de enfrentamento da pessoa idosa em relação ao isolamento social e solidão durante a pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: O risco é mínimo, devido a fragilidade inerente da pessoa idosa.

BENEFÍCIOS: O benefício será social, pois com a pesquisa pretende-se contribuir para conhecer os sentimentos vivenciados pela pessoa idosa diante da pandemia colaborando em políticas voltadas para essa população no contexto atual.

As pessoas idosas que apresentarem escore confirmatório para ansiedade ou depressão serão encaminhadas para o serviço de psicologia, dentro do próprio Centro Comunitário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Orçamento: os gastos serão custeados pelo pesquisador.
- Cronograma: A coleta de dados está prevista para iniciar-se em fevereiro de 2021.
- O instrumento de coleta de dados está adequado em termos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou a Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado.
- Apresentou a carta de anuência do CAC.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observação: O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende os requisitos éticos e a pesquisa está em condições de ser iniciada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 4.561.225/21, tendo sido homologado na 1ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano em 12 de fevereiro de 2021.

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 4.566.933

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1630709.pdf	15/12/2020 16:14:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	15/12/2020 16:13:28	KARLA ROBERTA MENDONCA DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/12/2020 16:12:26	KARLA ROBERTA MENDONCA DE MELO	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	09/12/2020 23:25:15	KARLA ROBERTA MENDONCA DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	01/12/2020 16:21:52	KARLA ROBERTA MENDONCA DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Março de 2021

Assinado por:
Marília de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador(a))

**“É UMA DOR SEM LIMITES”: O ADOECIMENTO, A MORTE E O LUTO NA
PANDEMIA DE COVID-19**

"It's a boundless pain": illness, death and grief in the Covid-19 pandemic

***"Es un dolor sin límites": padecimiento, muerte y luto en la pandemia de
Covid-19***

Antropóloga e professora do Curso de Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Ciências e
Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
Tecnológico

E-mail: equinaglia@yahoo.com.br

Mestranda em Ciências e Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília E-mail:
karlaroberta.melo@gmail.com

Áltera, João Pessoa, Número 14, 2022, e01410, p. 1-18

ISSN 2447-9837



RESUMO:

Os anos entre 2020 e 2022 levaram a população mundial à inquietude diante da crise sanitária decorrente da disseminação do novo coronavírus. Além de sintomas físicos, que podem acarretar a morte, essa doença também pode provocar danos à saúde mental. Entre as pessoas mais afetadas estão as idosas. O risco de letalidade soma-se à depressão e à ansiedade, que já podem estar relacionadas ao processo do envelhecimento são agravadas nesse momento. Este estudo quanti-qualitativo analisou os impactos sociais da pandemia em suas múltiplas dimensões e complexidade, com ênfase no sofrimento social, particularmente nas respostas locais para lidar com a doença, o contágio, a morte, suas representações e práticas funerárias. Para tanto, a pesquisa foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, foram aplicadas a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida e o Inventário de Ansiedade Geriátrica para avaliar sintomas depressivos e de ansiedade entre sessenta idosos. Na segunda etapa, foi feita uma etnografia por meio de entrevistas semiestruturadas com aqueles que apresentaram um *score* que indicou depressão e/ou ansiedade. Os interlocutores deste estudo mostraram como têm sido vivenciados o adoecimento, a morte e o luto, quando a solidão e o silenciamento da dor são a tônica do enfrentamento à pandemia.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde mental. Morte. Luto. Pandemia de Covid-19.

ABSTRACT:

The years between 2020 and 2022 led the world population to restlessness due to the health crisis resulting from the spread of the new coronavirus. In addition to physical symptoms, which can lead to death, this disease can also cause damage to mental health. Among the most affected people are the elderly. The risk of lethality is added to depression and anxiety that may already be related to the aging process and are exacerbated at this time. This quantitative-qualitative study analyzed the social impacts of the pandemic in its multiple dimensions and complexity, with an emphasis on social suffering, particularly on local responses to dealing with illness, contagion, death, its representations and funeral practices. For this purpose, the research was divided into two steps. In the first step, the Reduced Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory were applied to assess depressive and anxiety symptoms among sixty elderly people. In the second step, an ethnography was carried out through semi-structured interviews with those people who presented a score that indicated depression and/or anxiety. The interlocutors of this study showed how illness, death and grief have been experienced, when loneliness and the silencing of pain are the keynote of coping with the pandemic.

KEYWORDS:

Mental health. Death. Grief. Covid-19 pandemic.



RESUMEN:

Entre los años 2020 y 2022 la población mundial experimentó una crisis sanitaria derivada de la propagación del nuevo coronavirus. Además de los síntomas físicos, que pueden conducir a la muerte, Covid-19 también puede causar daños a la salud mental. Entre las personas más afectadas se encuentran los ancianos. Al riesgo de letalidad, se suma la depresión y la ansiedad, que ya pueden estar relacionadas con el proceso de envejecimiento y se agravan en este momento. Este estudio cuantitativo-cualitativo analizó los impactos sociales de la pandemia en sus múltiples dimensiones y complejidad, con énfasis en el sufrimiento social, particularmente en las respuestas locales para enfrentar la enfermedad, el contagio, la muerte, sus representaciones y prácticas funerarias. Por lo tanto, la investigación se dividió en dos etapas. En la primera etapa, se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica Reducida y el Inventario de Ansiedad Geriátrica para evaluar síntomas depresivos y de ansiedad entre sesenta ancianos. En la segunda etapa, se realizó una etnografía a través de entrevistas semiestructuradas con quienes presentaron un puntaje que indicó depresión y/o ansiedad. Los interlocutores de este estudio mostraron cómo se ha vivido la enfermedad, la muerte y el luto, cuando la soledad y el silenciamiento del dolor son la tónica del enfrentamiento a la pandemia.

PALABRAS CLAVE:

Salud mental. Muerte. Luto. Pandemia Covid-19.

A PANDEMIA DE COVID-19

Os anos entre 2020 e 2022 levaram a população mundial à inquietude diante da crise sanitária decorrente da disseminação do novo coronavírus. Da China, o SAR-S-CoV-2 alastrou-se pelos demais países do globo terrestre e passou a ser considerado o causador de uma emergência de saúde pública. A Covid-19 causa sintomas como desconforto respiratório, congestão nasal, coriza, tosse, dor de garganta e febre. Em alguns casos, a doença pode evoluir e provocar pneumonia, síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e até mesmo a morte (CHRISTOFFEL et al., 2020).

As medidas para a redução das taxas de transmissão do vírus incluíram inicialmente a etiqueta respiratória, a higienização das mãos, o uso do álcool em gel e de máscaras faciais (GARCIA FILHO; VIEIRA; SILVA, 2020). Posteriormente, foram desenvolvidas vacinas, não acessíveis imediatamente a toda a população mundial.

A contenção dessa impiedosa doença afetou sobremaneira o sistema de saúde: requereu medidas para mitigar a curva de contaminação a fim de evitar o colapso dos serviços. A restrição no deslocamento de pessoas, a suspensão de atividades não essenciais, o fechamento de estabelecimentos, o distanciamento social (AQUINO et al., 2020) e o consequente isolamento domiciliar, a fim de segregar contaminados e não contaminados (OLIVEIRA et al., 2020), foram algumas das estratégias de contenção do vírus.

A Covid-19 expôs as mazelas da sociedade (KALACHE et al., 2020), o modo desigual de distribuição de direitos, tanto à saúde, no que diz respeito ao acesso a leitos e tratamento, quanto a uma vida digna, no que concerne às implicações políticas, econômicas e sociais dessa crise. Pessoas pobres, presas, populações negras e mulheres estão entre aquelas que mais sofreram as consequências nefastas da pandemia.

Ainda, uma faceta importante dos efeitos dessa situação de calamidade global é a saúde mental das pessoas que perderam entes queridos, enfrentaram a própria doença e/ou assistiram a mortes em um número exponencial, vivenciando um verdadeiro luto coletivo. Encarar a saúde em sua dimensão biopsicossocial requer considerar a extensão da pandemia para além da contaminação pelo vírus.

Mais um ponto relevante dessa reflexão sobre o sofrimento mental concerne a outro distanciamento, decorrente do social: o enfraquecimento de redes de apoio. A imposição do isolamento domiciliar comprometeu relações familiares e de grupos de ajuda e suporte. Essa lacuna escancarou a solidão, o medo de morrer e mesmo o silenciamento da dor.

Entre as pessoas mais afetadas, além daquelas anteriormente mencionadas, estão as idosas, foco deste estudo, que também pertencem a um grupo em situação de vulnerabilidade nesse contexto. Dados epidemiológicos de 2020 mostram que as

pessoas acima de 50 anos foram as mais atingidas, aumentando a letalidade entre aquelas acima de 70 anos (GOIÁS, 2020). Em 2021, dados epidemiológicos reiteram que, entre pessoas idosas, a proporção de casos internados continuou alta, em 48,4%; para os óbitos, essa proporção chegou a 71,1% (FIOCRUZ, 2021).

Outrossim, destacam-se a depressão e a ansiedade, que já podem estar relacionadas ao processo do envelhecimento e são agravadas nesse momento. A depressão caracteriza-se por um sentimento de extrema tristeza, que se manifesta em alterações no sono, no apetite e na alimentação. Já a ansiedade pode ser caracterizada como uma preocupação excessiva, que no contexto atual pode ser alavancada (CORDEIRO et al., 2020). A compreensão de ambas em idosos, sobretudo durante a pandemia, é de grande relevância. Para além da perda e do luto, as notícias de hospitalização e morte têm gerado sofrimento nas pessoas idosas, que, com o distanciamento social, arrostam a estigmatização e o ageísmo (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020). Diante de medidas como o isolamento domiciliar e da possibilidade gritante do adoecimento e da morte, quais têm sido as estratégias desenvolvidas por essas pessoas para vivenciar esse momento de crise?

Este estudo quanti-qualitativo teve como objetivo analisar os impactos sociais da pandemia em suas múltiplas dimensões e complexidade, com ênfase na saúde mental e no sofrimento social, particularmente nas respostas locais para lidar com a doença, o contágio, a morte, suas representações e práticas funerárias. Atentar para as necessidades, os anseios e as perspectivas dessa população pode possibilitar implementações de prevenção e promoção da saúde condizentes com as especificidades dela.

O NOSSO PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo pretendeu compreender os efeitos na saúde mental das pessoas idosas provocados pelo adoecimento, pela morte e pelo luto no atual contexto de enfrentamento à pandemia de Covid-19. Para tanto, dada a situação de isolamento a que tanto as pesquisadoras quanto as comunidades específicas estão submetidas, foi preciso adaptar a metodologia de pesquisa presencial.

Participaram virtualmente dela sessenta idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os gêneros, inscritos em um grupo de educação em saúde de uma clínica-escola de Brasília. Esse grupo faz parte de um projeto de extensão do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior, cujo foco é o atendimento da comunidade em geral. A coleta de dados foi realizada entre março e dezembro de 2021. A pesquisa foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, para avaliar sinto-

mas depressivos e de ansiedade entre os participantes, foram aplicadas duas escalas: a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).

A EDG-15 é composta por quinze perguntas, como “sente que a vida está vazia?”, cujas respostas, que podem ser “sim” ou “não”, valem pontos. Esses pontos variam de zero a quinze, e o somatório deles serve para avaliar sintomas depressivos: a pontuação a partir de cinco pontos caracterizaria esses sintomas (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

O GAI é composto por vinte itens que têm como objetivo avaliar sintomas de ansiedade por meio de respostas dicotômicas do tipo “concordo” ou “discordo”. Os itens são apresentados na primeira pessoa do singular, como “eu penso que sou preocupado”. A interpretação do resultado é realizada por meio do somatório de pontos da resposta “concordo”. A pontuação até dez não caracterizaria ansiedade; a pontuação entre onze e quinze indicaria ansiedade leve; e a pontuação entre dezesseis e vinte indicaria ansiedade grave (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019). Tanto a escala, quanto o inventário possuem validação no Brasil.

Para além dos números, que indicam, respectivamente, sintomas depressivos e de ansiedade, também buscamos ouvir essas pessoas e, por meio de seus relatos, conhecer suas próprias percepções sobre eventuais diagnósticos. A escala e o inventário fornecem um retrato, amiúde utilizado por profissionais da saúde, que não é capaz de captar nuances de uma vida em movimento.

Assim, mais do que quaisquer doenças ou sintomas imputados a essa população, interessava conhecer suas vivências e estratégias de enfrentamento à Covid-19. Na segunda etapa, foi, então, feita uma etnografia, por meio de entrevistas semiestruturadas, com aquelas pessoas que apresentaram um *score* que sugeriu depressão e/ou ansiedade.

Todos os aspectos éticos concernentes a pesquisas científicas foram observados e respeitados. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CAAE: 39022820.7.0000.0023).

OS DADOS REFERENTES À DEPRESSÃO E À ANSIEDADE DE PESSOAS IDOSAS EM BRASÍLIA

Na primeira etapa, foram, então, coletados dados de sessenta idosos, sendo 47 mulheres e treze homens. Entre os participantes, seis pessoas idosas (cinco mulheres e um homem) apresentaram um *score* que indicou depressão e/ou ansiedade.¹

¹ Os dados referentes à etapa quantitativa da pesquisa serão analisados com minúcias e posteriormente publicados em outro artigo.

Elas foram, assim, convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa, uma etnografia por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas virtualmente. Todavia, apenas quatro mulheres aceitaram o convite. As entrevistas e também conversas in-formais com essas quatro interlocutoras foram realizadas ao longo do ano de 2021 por meio de ligações de vídeo via WhatsApp.

As idosas são maioria no grupo pesquisado e apresentaram *scores* mais altos nas avaliações que mensuraram depressão e/ou ansiedade. Esse resultado traz de antemão algumas reflexões: as mulheres participam mais ativamente de grupos concernentes à saúde e ao (auto)cuidado? As mulheres apresentam mais sofrimento mental, sobretudo se considerada a atual situação de crise sanitária? Quais dimensões do sofrimento são abordadas por esses instrumentos e quais são por eles ignoradas? Como essas mulheres caracterizadas neste estudo como depressivas e/ou ansiosas efetivamente se veem e (re)significam suas existências?

Uma problematização do cuidado atrelado ao gênero é realizada por Marcia Longhi (2018). Em pesquisa feita na comunidade da Guia na Paraíba, ela confirma um dado trazido pela literatura: o espaço da saúde é predominantemente feminino, tanto quando falamos das profissionais, como quando falamos das usuárias. Já as idosas aparecem mais no lugar de cuidadoras do que no papel de quem recebe cuidado. Ora, se a noção de cuidado é culturalmente construída e atribuída a mulheres, que assumem essa função social de cuidadoras, quando são elas que necessitam de cuidados, quem delas cuida? Ficam esquecidas?

Segundo Heloísa Ferreira (2021), em estudo no contexto pandêmico sobre a população idosa usuária da *internet* no Brasil, a saúde mental de mulheres idosas foi mais afetada por suas crenças sobre a Covid-19 do que a saúde mental de homens idosos. Elas seriam mais propensas do que eles a desenvolver depressão diante da pandemia.

Por sua vez, Sônia Maluf e Ana Paula Andrade (2017), ao explorar as dimensões de gênero nas políticas de saúde mental, mostram que, quando tratadas, as mulheres são medicalizadas em excesso, e as políticas públicas voltadas para elas são centralizadas em estratégias fármaco-médicas baseadas em um modelo biologicista-fisicalista. Há, portanto, uma psiquiatrização e medicamentação do sofrimento e da vida cotidiana, sobretudo quando os alvos dessas políticas são mulheres de camadas populares e periféricas.

Feitas essas observações iniciais, dois eixos argumentativos despontaram da etnografia com as idosas cujo *score* indicou depressão e/ou ansiedade: 1) *a solidão provocada pelo distanciamento social e o medo do adoecimento e da morte* e 2) *o silenciamento da dor*. Explorar as narrativas dessas mulheres a partir dessas dimensões

do sofrimento significa evitar reduzir suas aflições ao aspecto biológico, tal como a escala e o inventário sugerem.

Embora a EDG-15 e o GAI tenham sido ponto de partida para este estudo, por terem uma validação no país e, mais particularmente, entre os profissionais da saúde de que atuam na clínica-escola lócus desta pesquisa, não nos ativemos a eles, por conhecer suas limitações. Entendemos que a pesquisa qualitativa tem o potencial de complementar dados numéricos e, assim, aprofundar, alargar e enriquecer essa análise preliminar.

Para adentrarmos nos resultados da etnografia, atribuímos às interlocutoras desta pesquisa pseudônimos relacionados a nomes de árvores: Aroeira, Castanheira, Oliveira e Seringueira. As árvores representam a vida, seus ciclos e a relação com o meio, a alteridade e os diferentes momentos dessa vivência.

A SOLIDÃO PROVOCADA PELO DISTANCIAMENTO SOCIAL E O MEDO DO ADOECIMENTO E DA MORTE

As quatro idosas que participaram desta etnografia moram em regiões administrativas localizadas no entorno de Brasília. Pertencem a um grupo de baixa renda. Duas têm o Ensino Fundamental incompleto; uma tem o Ensino Fundamental completo; e uma tem o Ensino Médio incompleto. Duas são viúvas; uma é solteira; e outra é casada. Todas apresentam comorbidades² ou doenças crônicas (FLEISCHER; FRANCH, 2015). Fazem parte, portanto, de um grupo em situação de vulnerabilidade, seja pelos marcadores geracional e de gênero, seja pela situação econômico-social e pelas condições de saúde.

Embora o distanciamento social associado a outras estratégias, como a higienização das mãos e o uso de máscaras (CHU et al., 2020), além da vacinação, ainda sejam a base da prevenção da Covid-19, os relatos dessas mulheres são ambíguos em relação a essas medidas sanitárias, sobretudo quanto ao isolamento domiciliar. Há um distanciamento entre o reconhecimento da necessidade delas e sua efetiva adoção. Questões práticas do cotidiano, assim como uma demanda pelo resgate de redes de apoio, que se mostraram abaladas durante a pandemia, foram apresentadas como justificativa para burlar essas medidas e mesmo para ampliar a própria noção de cuidado.

² A pandemia de Covid-19 trouxe à baila essa terminologia, difundida nos diversos meios de comunicação. Grosso modo, comorbidades são doenças prévias que, em razão da gravidade, podem potencializar os riscos à saúde das pessoas que as possuem, caso haja uma infecção por algum agente patogênico, como o SARS-CoV-2. Assim, são consideradas prioritárias para tomar vacina contra o novo coronavírus aquelas pessoas com comorbidades.

Foi difícil ficar dentro de casa, e ainda tem um agravante que eu tenho que ir no mercado, eu tenho que pagar conta... Meus filhos não moram tão perto... Também eles não podiam ficar indo... Se eles também corriam risco de levar para mim, era o mesmo risco que eu estava correndo de ir no mercado fazer uma comprinha... Eu tenho um marido que é deficiente, né?! Naverdade, eu tive que sair além da conta, sabe? Porque a gente tem que sair, a gente tem que viver, a gente tem que comer, tem que pagar as contas. Não tem quem faça. Tem muitas coisas que se pagam hoje pela *internet*... Mas a gente não dá conta. Tem que ir na boca do caixa, tem que ir no balcão, entendeu? Então, a gente saía naquele medo, naquela preocupação, sabe? (Oliveira, 2021).

Às vezes, a [amiga] vinha me buscar. Eu ficava na casa dela, passava uma semana na casa, mas só na casa dela. Não ficava na casa de ninguém (Castanheira, 2021).

A solidão é muito ruim. Tem hora que eu saio daqui, vou ali nas vizinhas, alina calçada. Tem muitos anos que elas moram aqui. Às vezes, vou para lá e sento no chão. Fico conversando com elas até dar a hora de eu dormir porque eu não gosto mais de televisão... Televisão só fala em morte (Aroeira, 2021).

Se o distanciamento social e o consequente isolamento domiciliar foram incertos, algo se apresentou como certo em relação à Covid-19: a solidão e o medo do adoecimento e da morte.

A gente fica com o sentimento de que a gente é indefesa, de que a gente é inútil, de que as pessoas estão se acabando do lado da gente e que a gente não pode fazer nada e que a gente está no mesmo caminho, na mesma correnteza, né?! E medo também de contrair a doença, né?! Então, é um sentimento de desespero, na verdade, de desespero. A gente quer trabalhar, quer visitar as pessoas, [...] e a gente não pode mais fazer isso. Isso faz falta para a gente. Então, é um sentimento de solidão, de abandono, sabe? [...] O sentimento que a pandemia deixou para nós foi este: um sentimento de impotência total, total (Oliveira, 2021).

É ruim só ficar vendo falar em morte, morte... Vai mexendo com a cabeça da gente, né?! Mexeu muito... Eu tenho muito medo, muito medo da morte! (Castanheira, 2021).

A privação de liberdade como medida de saúde pública deve ser tratada com seriedade, mas também com prudência. Se o sentido do cuidado é efetivamente polissêmico (TRONTO, 2009), um dos aspectos dessa prática que transparece nas narrativas dessas mulheres idosas – e que poderia refrear os efeitos da solidão e do medo do adoecimento e da morte durante esse momento de crise – é justamente o fortalecimento de vínculos sociais.

A realização de ligações para familiares e amigos, a manutenção e/ou a criação de redes sociais e grupos virtuais (BROOKS et al., 2020), além do contato distante com “as vizinhas”, conforme relatou Aroeira, podem contribuir para atenuar a solidão. Um olhar atento para a realidade dessa população, suas singularidades, e o estímulo ao fortalecimento de redes de apoio podem reduzir casos de ansiedade,

depressão e outros agravos (SANTOS; BRANDÃO; ARAÚJO, 2020).

A ansiedade melhora quando a gente conversa com alguém (Seringueira, 2021).

A campanha “Fique em casa”, que ainda hodiernamente é levada a cabo em alguns estados brasileiros, deve ser acompanhada de políticas de cuidado com a saúde mental da população. Além da solidão provocada pelo distanciamento social e do medo do adoecimento e da morte, muitas pessoas efetivamente adoeceram e morreram. Algumas das idosas que participaram desta pesquisa perderam familiares e amigos. A dor da perda foi silenciada na pandemia. O som desse silêncio insistiu em aparecer em algumas entrevistas.

O SILENCIAMENTO DA DOR

Está sendo difícil... Eu sou do tipo que sou muito grudada nos irmãos. Às vezes, pareço um carrapato, que não desgrudo de ninguém. Mas aí as pessoas saem de perto da gente, né?! Ele [o irmão] morreu na Ceilândia. Fizemos um vídeo com ele... Acho que ele se emocionou muito. Aí, ele teve uma parada, e eles não conseguiram ressuscitá-lo. É muito triste esta pandemia. Está nos destruindo! [Choro]. Também perdi muitos amigos, sabe? O pai e a mãe da minha nora... A gente é mais de 40 anos vizinhos. Eles morreram, os dois, com uma diferença de seis dias de um para o outro, sabe? A gente era muito amigo também... É difícil demais! A gente que é mais velho fica muito sensível, né?! A gente fica mais sensível com a velhice. A gente tenta transparecer para as pessoas que estão ao nosso redor que a gente é forte, que a gente está sorrindo, que a gente está vivendo, mas na verdade a gente está igual a uma vela, derretendo aos poucos, derretendo aos poucos... (Oliveira, 2021).

A metáfora da vela em chamas para o tempo que se esvai e a morte que se aproxima situa as nossas interlocutoras diante da dor. Para além da perda em si, que por si só já é muito difícil, a impossibilidade da despedida transparece como mais um motivo de sofrimento. No caso de Oliveira, ela pôde fazer uma última ligação de vídeo com o irmão; no entanto, esse contato, distante do habitual (a interlocutora se descreve grudada como um “carrapato”), teria, segundo ela, emocionado seu irmão, motivado uma “parada [cardíaca]” nele e o levado a óbito. Em relação aos pais de sua nora, seus vizinhos e amigos de longa data, e em outros casos citados a seguir, nem mesmo um vínculo virtual pôde ser estabelecido com os entes queridos durante a internação que precedeu o óbito.

Assim, para além da solidão provocada pelo distanciamento social, anteriormente mencionada, há a solidão no hospital, no imaginário da morte causada pela Covid-19. O processo de morrer devido a complicações provocadas por essa doença é solitário, e esse isolamento também é assustador.

Eu tenho medo de morrer por qualquer que seja a razão. Pela Covid, tem a solidão, tem o isolamento... Você fica lá [no hospital]... Não pode ver ninguém... (Oliveira, 2021).

Ademais, a morte de familiares e amigos não foi acompanhada de representações e práticas funerárias usuais. Houve ainda o silenciamento da dor dessas perdas.

É uma dor sem limites... A gente não pode ver seu parente ali naquele caixão. Parece que a gente é uma mercadoria, que eles embalam e botam em uma caixa. Você não tem despedida... (Oliveira, 2021).

Eu acho muito doloroso porque a gente quer viver... Para ela foi difícil, a minha irmã... Ela pegou Covid, o marido pegou. E quem morreu foi ele. Ela ficou... Não sei. Eu não consigo absorver a morte. Eu não consigo. Não sei se é porque também perdi dois maridos, né?! E a gente acaba ficando meio debilitada quanto à morte... Não sei se todo mundo é assim. É um sentimento que me deixa muito angustiada, falando da morte. [Também] perdi uma tia e um primo. Minha filha pegou, meu genro pegou. Meu genro quase morreu. [...] Perdi três pessoas. [Com a morte] do meu cunhado eu sofri mais porque ele era mais próximo da gente. [...] Ele pegou e ficou uma semana lutando em casa [...], só que começou a agravar o quadro dele. Ele foi para o hospital... Ficou acho que 15 dias. Aí, começou a complicar os rins, pegou uma superbactéria no hospital... Sei que foi complicando, complicando até ir a óbito. Aí, eu passei muito mal. Cheguei a ser internada porque eu fiquei muito... Eu não quis ir no enterro. A minha irmã ficou cobrando muito para eu ir no enterro, por que eu não ia... Eu falei “não, eu não vou porque é aglomeração, né?! [...] Deixe eu sofrer de cá mesmo sozinha”... Fiquei muito sobrecarregada emocionalmente. Tem a carga aqui do meu filho mais velho [que é dependente químico]. Aí, juntou a da minha irmã. Eu fui parar na UTI. Fiquei 12 dias... por causa da sobrecarga (Aroeira, 2021).

[Perdi] meu enteado. [Choro]. Eu sofri... Me faltam muitas coisas que queria que tivesse e não tenho... Eu tenho uma família longe, que mora longe de mim. Até mesmo as pessoas que já se foram, as pessoas queridas que já não estão mais entre nós [além do enteado, perdeu recentemente dois irmãos, uma prima e o filho dela devido a outras doenças]... Para mim é tristeza... Eu não tenho coragem de reagir. Eu fui na chácara... Todo mundo dançando e brincando. Eu brincava, mas aquilo me apertava por dentro... Sempre faltando alguma coisa... (Castanheira, 2021).

Ainda, a morte do outro escancara a possibilidade da própria morte. Esse espelhamento foi gritante durante a crise sanitária provocada pela Covid-19 diante da possibilidade iminente de morrer, sobretudo para as pessoas idosas. Como, então, (re)significar a finitude no atual mundo pandêmico?

Sabe aquela sensação de que a qualquer hora eu posso morrer? [...] Aquele angústia? Chega a ter palpitação... Sabe esse negócio de eu não dormir direito? Sabe? É como se eu tivesse perdido a esperança (Aroeira, 2021).

O ADOECIMENTO, A MORTE E O LUTO NA PANDEMIA DE COVID-19

Érica Quinaglia Silva (2019, 2021), uma das autoras deste trabalho, traça ainda um breve histórico da relação com a morte e os mortos na sociedade ocidental e, mais especificamente, no Brasil. Ao citar Ariosto Diniz (2001), em *A iconografia do*

medo, afirma que até o século XVIII não havia uma separação radical entre a vida e a morte, sendo esta assunto doméstico: uma “boa morte” significava estar cercado de entes queridos, com cerimônia aberta à comunidade e sepultamento na igreja ou em cemitério próximo.

A partir do século XIX, ainda segundo Diniz (2001), com o advento do Iluminismo e das revoluções burguesas – e, portanto, com o avanço do pensamento racional, a laicização das relações sociais e a secularização da vida cotidiana –, o óbito deixou de ser socialmente partilhado, chegando ao fim a morte solene, em família. Passou-

-se a morrer no hospital. Os mortos foram, então, apartados dos vivos e confinados na periferia das cidades. Se, até esse século, faziam parte da vida, passaram a pairar sobre eles o silêncio civilizado e a atitude racional que visa a remover da vida o peso da morte (QUINAGLIA SILVA, 2019, 2021).

No século XX e início do século XXI, houve o silenciamento da dor, a diminuição da duração do luto, o desaparecimento do cortejo fúnebre, das visitas e das últimas homenagens, a neutralização dos ritos funerários e a economia dos sentimentos e das emoções. A invenção do hospital como lugar que resguarda a morte é contemporânea do desenvolvimento da ideologia higienista: o hospital protege as famílias da doença, o doente das pressões emocionais e a sociedade da morte. A morte deixou de ser considerada natural e passou a ser vista como acontecimento acidental, falha humana ou atraso da ciência (QUINAGLIA SILVA, 2019, 2021).

Especificamente no Brasil, Quinaglia Silva (2019, 2021) refere-se a Mauro Guilherme Pinheiro Koury (2006 in FREIRE, 2006) para mostrar que o processo de privatização da morte e do morrer instalou-se paulatinamente no século XIX e aprofundou-se nas últimas três décadas do século XX. Até os anos 1970, ainda era tradição velar os mortos publicamente, mas, a partir de então, uma nova economia de afetos, caracterizada pelo controle das emoções, teria emergido na sociedade urbana brasileira.

Koury (ibidem) afirma que a morte e sua relação com o mundo dos vivos passaram a ser apreendidas por códigos mais individualistas e não mais por expressões de uma sociabilidade relacional características da década de 1980, como havia sugerido Roberto DaMatta (1997), em *A casa e a rua*, para quem os sistemas modernos se preocupariam com a morte, enquanto os sistemas relacionais se preocupariam com os mortos. Naqueles, de sociedades individualistas, as práticas tentariam destruir os mortos, deles não devendo ficar nem mesmo uma memória, pois pensar sistematicamente neles e falar constantemente deles seria uma atitude classificada como patológica. DaMatta (1997) considera que o Brasil estaria incluído no segundo grupo (QUINAGLIA SILVA, 2019, 2021).

A reflexão de Koury compõe a obra de Milena Freire (2006), *O som do silêncio*, na qual ela também demonstra que no país passou a existir um distanciamento dos mortos: o convívio familiar passou a ser substituído pela medicalização em hospitais e posterior sepultamento em locais afastados da cidade, o luto público passou a ser reprovado, e os sentimentos e as emoções começaram a ser economizados. O Brasilestaria, assim, segundo Freire (2006), transitando para o grupo que DaMatta (1997) define como individualista (QUINAGLIA SILVA, 2019, 2021).

Não obstante, a partir de 2020, Quinaglia Silva (2021) defende que esses sentidos da morte e do morrer, que pareciam ser lineares no Ocidente, em geral, e no Brasil, em particular, dos sistemas relacionais para os sistemas modernos ou individualistas, sofreram uma ruptura. A pandemia de Covid-19 parece ter desarranjado esse caminho certo. Segundo essa autora, estaríamos a percorrer uma terceira via, fenômeno tão único quanto paradoxal.

Por um lado, se o novo coronavírus atinge, de antemão, países e populações de modo igualitário, considerando se tratar de uma pandemia global, os efeitos deletêm raça/cor, classe e gênero, sobretudo quando o Estado age discricionariamente na distribuição de direitos. Por conseguinte, há desigualdade no reverso da vida, na vivência da perda e do luto (QUINAGLIA SILVA, 2021).

Por outro lado, tem havido uma mobilização social e um luto coletivo que extrapolam contextos locais e mesmo nacionais, atingindo proporções globais. No Brasil, apesar dessa ambivalência constitutiva do Estado em sua relação com a sociedade, despontam agenciamentos, saberes e práticas constituídos por diferentes atravessamentos, cruzados por variadas linhas de força, que tensionam essas relações de poder (QUINAGLIA SILVA, 2021).

Há, por exemplo, memoriais virtuais, como o “Inumeráveis” (2020), dedicado à história de cada uma das vítimas do novo coronavírus. Também no país, há no Instagram o “Reliquia.rum”, um perfil que guarda relicários, memórias, de uma epidemia no Brasil.

Ainda, outro perfil no Instagram é o “Travessias.pandemia”, que busca trocar experiências sobre a pandemia, com o objetivo de ressignificar nossas travessias neste momento desafiador (QUINAGLIA SILVA, 2021). Outro mecanismo coletivo de amparo é a “Rede de apoio às famílias de vítimas fatais de Covid-19 no Brasil”, que criou o “Memorial das vítimas do coronavírus no Brasil” (REDE, 2020). Trata-se de um portal no qual é preservada a memória de cada pessoa que veio a óbito durante a pandemia. Essa terceira via, entre os sistemas relacionais e os modernos, apontados por DaMatta (1997), sugere, segundo Quinaglia Silva (2021), que, embora algumas pessoas e grupos sociais tenham arcado com os efeitos mais nocivos da pandemia de Covid-19, em uma necropolítica (MBEMBE, 2019), tem havido ao mesmo tempo e paradoxalmente

te uma resistência social geral, uma comoção coletiva, como resposta a esse momento. Nessa esteira, a Fiocruz (2020) desenvolveu uma cartilha intitulada “Processo de luto no contexto da Covid-19”, na qual são redesenhados rituais em torno da morte. Com o intuito de dar significado às perdas, são trazidas estratégias remotas de despedida, como ligações por vídeo ou mensagens de voz, além de cartas, e-mail e mensagens escritas para a expressão de sentimentos e emoções. A organização de um livro de visitas on-line, para amigos e familiares oferecerem suas condolências, o desenvolvimento de cultos, missas, entre outras homenagens virtuais, e o fortalecimento de vínculos religiosos e/ou espirituais, além de redes de apoio, como já mencionado, são outras medidas citadas. Ora, a noção de cuidado também recai sobre os mortos e o processo de luto e elaboração da perda desses entes queridos.

Os rituais fúnebres fazem parte das vivências individual e social da finitude. Com a chegada do novo coronavírus, expressões da morte foram abreviadas, e certas fases dos ritos funerários, suprimidas. Essas mudanças no ciclo ritual trazem dificuldades para a elaboração da perda, com repercussões futuras para os enlutados e desdobramentos para a coletividade. O impacto da falta de aproximação, do toque e da visualização das pessoas que partiram tem o potencial de gerar um processo de luto desordenado e complicado, pela recusa a aceitar a perda, por incapacidade de se adaptar a ela (SILVA; RODRIGUES; AISENGART, 2021) e mesmo por uma reificação do ser humano, tratado como uma “mercadoria”, conforme relato de Oliveira.

Conforme afirmam Maria Eduarda Giamattey et al (2022), a ritualização da morte é indissociável do processo de elaboração da perda. A ausência de rituais fúnebres na pandemia de Covid-19, aliada ao distanciamento social, tem repercussões desafiadoras para a sociedade. Essas autoras propõem igualmente estratégias não presenciais de demonstração de afeto e elaboração da perda para amenizar o isolamento imposto pela pandemia, como velórios virtuais, orações por aplicativo e grupos de apoio on-line. Ainda, em uma abordagem sobre o papel desempenhado por cuidadores, Hiroko Toyama e Akiko Honda (2016) sustentam que a narrativa em si pode ajudar a expressar e organizar emoções oscilantes, gerenciar e aceitar a perda, dar sentido às experiências dos sujeitos e quicá devolver a eles, tal como relatou Aroeira, a esperança perdida.

Além da dimensão física da doença, a morte de familiares e amigos e os atravessamentos no processo usual de luto potencializam o risco de agravar o sofrimento mental, individual e coletivo. Assim, ações de prevenção e promoção da saúde devem abarcar a saúde mental. Necessário é cartografar agenciamentos sociais, como os citados, e atentar para essas estratégias coletivas de (re)significação da morte.

REFLEXÕES PÓSTUMAS: O PRINCÍPIO DO FIM – DO FIM O PRINCÍPIO³

A pandemia de Covid-19 transformou o mundo de maneira aterradora. O cenário pós-pandemia ainda é incerto. Todavia, alguns efeitos do contexto de crise que se instalou globalmente já são vistos a olho nu.

As pessoas idosas, particularmente as mulheres interlocutoras deste trabalho, externaram um compêndio das possíveis reverberações na saúde biopsicossocial dessa população. Concomitantemente, iluminaram o caminho para a implementação de ações concretas e possíveis a fim de amenizar tanto sofrimento.

Entendemos que o paradigma metodológico que sustenta a elaboração de políticas na área da saúde, e especificamente da saúde mental, é a pesquisa epidemiológica, de caráter quantitativo. A pesquisa etnográfica provoca o Estado, ao apresentar, como relevantes para suas políticas, os dados qualitativos (MALUF; ANDRADE, 2017).

Nesta pesquisa, ao resgatar saberes e práticas e apresentar vivências do adoecimento, da morte e do luto entre mulheres idosas, intentou-se contribuir para o conhecimento da realidade dessa população e, quiçá, para o campo mais amplo das políticas públicas de saúde mental voltadas para ela. Confrontar essas políticas com as experiências sociais, das mulheres usuárias ou potenciais usuárias dos serviços, poderia contribuir para uma avaliação qualitativa das próprias políticas públicas (MALUF; ANDRADE, 2017). Essas mulheres podem enunciar outras verdades que não a dodiagnóstico presente na escala e no inventário?

Ao ampliar a noção de cuidado, elas nos mostraram a importância do fortalecimento de grupos de apoio e de outros vínculos sociais. Chamadas de vídeo, redes sociais e encontros virtuais, a realização de rituais de despedida por meio de funerais on-line e memoriais virtuais são também estratégias de enfrentamento à Covid-19. Resgatar esses rituais de despedida foi igualmente uma demanda apresentada por essas mulheres. Cabe não somente ao Estado, mas às pessoas em geral a incumbência de promover a responsabilidade social e fortalecer o compromisso com a coletividade, a fim de que sejamos capazes de sobrepujar essa dor sem limites.

³ Este subtítulo foi inicialmente usado como subcapítulo da dissertação de mestrado de uma das autoras (QUINAGLIA SILVA, 2008).

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Estela M. L et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, Suppl. 1, p. 2.423-2.446, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- BROOKS, Samantha K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, p. 912-920, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext). Acesso em: 1º dez. 2021.
- CHRISTOFFEL, Marialda Moreira et al. Children's (in)visibility in social vulnerability and the impact of the novel coronavirus (Covid-19). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, Suppl. 2, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0302>. Acesso em: 11 ago. 2021.
- CHU, Derek K. et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and Covid-19: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, p. 1.973-1.987, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>. Acesso em: 6 dez. 2021.
- CORDEIRO, Renata Cavalcanti et al. Perfil de saúde mental de idosos comunitários: um estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191>. Acesso em: 13 ago. 2021.
- DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- DINIZ, Ariosvaldo da Silva. A iconografia do medo: imagem, imaginário e memória da cólera no século XIX. In: KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro (Org.). **Imagem e memória**: ensaios em antropologia visual. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 113-149.
- FERREIRA, Heloísa Gonçalves. Gender differences in mental health and beliefs about Covid-19 among elderly internet users. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 31, p.1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/dy4VwxbgQbvbFgbXrXbmRMf/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 6 dez. 2021.
- FIOCRUZ. **Boletim Observatório Covid-19**. Semanas epidemiológicas 33 e 34, de 15 a 28 de agosto de 2021. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_33-34b-red.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.
- FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: Processo de luto no contexto da COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022.
- FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mônica. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. **Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho**, João Pessoa, v. 1, n. 42, p. 13-28, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/25251>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FREIRE, Milena Carvalho Bezerra. **O som do silêncio**: isolamento e sociabilidade no trabalho de luto. Natal: Editora UFRN, 2006.

GARCIA FILHO, Carlos; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; SILVA, Raimunda Magalhães da. Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à Covid-19 no Brasil: descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 1-6, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5123/](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300011)

[S1679-49742020000300011](https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300011). Acesso em: 12 ago. 2021.

GIAMATTEY, Maria Eduarda Padilha et al. Rituais fúnebres na pandemia de Covid-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26 (spe), p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>. Acesso em: 24 mar. 2022.

GOIÁS. (Superintendência de vigilância em saúde/ Gerência de Vigilância Epidemiológica). **Boletim Epidemiológico Covid-19 nº 19** – 12/08/2020 – situação epidemiológica (04/02 a 08/08/2020). Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/epidemiologicos/BoletimEpidemiologicoCOVID-19N1908082020.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2022.

GULLICH, Inês; DURO, Suelle Manjourani Silva; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev. Bras. de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54972016000400001>. Acesso em: 4 set. 2021.

HÄMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; SANTANA, Rosimeire Ferreira. Saúde do idoso em tempos de pandemia de Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

INUMERAVEIS. **Memorial dedicado à história de cada uma das vítimas do coronavírus no Brasil**. 2020 [s. l.]. Disponível em: <https://inumeraveis.com.br>. Acesso em: 22 mar. 2022.

KALACHE Alexandre et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>. Acesso em: 13 ago. 2021.

LONGHI, Marcia Reis. 'Eu tô fazendo certo, tô não?': envelhecimento, políticas de saúde e relações de cuidado. In: MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVA, Érica (org.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde**: etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-033-9>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 171-182, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168331>. Acesso em: 15 mar. 2022.



MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan et al. Ansiedade e depressão e a relação coma desigualdade social entre idosos. **Psicologia, saúde & doenças**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 209-219, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200117>. Acesso em: 16 out. 2021.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2019.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al. Como o Brasil pode deter a Covid-19. **Epidemiol Serv. Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Acesso em: 12 ago. 2021.

QUINAGLIA SILVA, Érica. Mundo pandêmico y (re)significaciones de la muerte: pérdida, luto y memoria. In: TINANT, Eduardo Luis (org.). **Anuario de Bioética y Derechos Humanos**. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Internacional de Derechos Humanos, Capítulo para las Américas, 2021.

QUINAGLIA SILVA, Érica. Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica. **Revista Bioética**, Brasília, v.

27, n. 1, p. 38-45, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/bioet/a/](https://www.scielo.br/j/bioet/a/NPvQ3WfCzbCZpZM9JpYz4TR/?lang=pt&format=pdf)

[NPvQ3WfCzbCZpZM9JpYz4TR/?lang=pt&format=pdf](https://www.scielo.br/j/bioet/a/NPvQ3WfCzbCZpZM9JpYz4TR/?lang=pt&format=pdf). Acesso em: 22 mar. 2022.

QUINAGLIA SILVA, Érica. **O presente de Prometeu**: contribuição a uma antropológica da morte (e da vida). 116 p. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

REDE de apoio às famílias de vítimas fatais de Covid-10 no Brasil. **Memorial das vítimas do coronavírus no Brasil**. Página no Facebook, [s. l., s. a., s. p.] 2020.

Disponível em: <https://bit.ly/3k2kBTn>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SANTOS, Stephany da Silva; BRANDÃO, Gisetti Corina Gomes; ARAÚJO, Kleane Mariada Fonseca Azevedo. Social isolation: a look health elderly mental during the Covid-19 pandemic. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4244>. Acesso em: 1º dez. 2021. -

SILVA, Andreia Vicente da; RODRIGUES, Claudia; AISENGART, Rachel. Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Revista Nupem**, Campo Mourão, v. 13, n. 30, p. 214-234, 2021. Disponível em: <http://revistanupem.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/877/523>. Acesso em: 22 mar. 2022.

TOYAMA, Hiroko; HONDA, Akiko. Using narrative approach for anticipatory grief among family caregivers at home. **Global Qualitative Nursing Research**, San Francisco, v. 3, p. 1-15, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316637405_Using_Narrative_Approach_for_Anticipatory_Grief_Among_Family_Caregivers_at_Home. Acesso em: 24 de março de 2022.

TRONTO, Joan. **Un monde vulnérable**: pour une politique du care. Paris: Éditions la découverte, 2009.

Recebido em: 28/03/2022

Aceito para publicação em: 19/07/2022

Anexo 5- Comprovante de submissão do artigo na Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde

Prezado(a) Karla Roberta Mendonça de Melo,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "A A prevalência de ansiedade e depressão em idosos durante a pandemia da Covid-19" para Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Os manuscritos submetidos à RESS passam por um processo de avaliação preliminar. Logo que esta avaliação estiver concluída, iremos comunicá-lo (a) a respeito do encaminhamento de seu manuscrito.

É possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

