



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO  
SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS  
SOCIAIS VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA  
AMBIENTAL**

**Eixo 12: Velhice e processos de envelhecimento.**

**Pandemia da Covid-19 e os rebatimentos na saúde da  
população idosa: um olhar na direção das políticas públicas**

Patricia valeria Canuto de Moraes<sup>1</sup>  
Djane Araújo da Silva Pacheco<sup>2</sup>  
Andrea Pacheco de Mesquita<sup>3</sup>  
Adriely dos Santos Almeida<sup>4</sup>  
Elias Lourenço de Souza<sup>5</sup>

**Resumo:** O trabalho discute os impactos na saúde da população idosa durante a pandemia da Covid-19, no Brasil, buscando um olhar aproximado das Políticas Públicas de Saúde. Para tanto, partiremos de uma exposição acerca do envelhecimento populacional e da política de atenção à saúde da pessoa idosa, analisando como a pandemia impactou na sua saúde, frente ao déficit assistencial no Sistema Único de Saúde. A discussão se divide em duas seções, que resultam de uma pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa, a qual permitiu identificar que o Governo Federal adotou uma política negacionista como política pública válida e socialmente aceita.

**Palavras-Chave:** Covid-19; Pandemia; Saúde; Pessoa Idosa; Política Pública.

**Abstract:** This paper discusses the impacts on the health of the elderly population during the Covid-19 pandemic in Brazil, seeking a closer look at Public Health Policies. To this end, we will begin with an exposition on population aging and the policy of care for the elderly, analyzing how the pandemic impacted the health of the elderly, given the assistance deficit in the Unified Health System (SUS). The discussion is divided into two sections, resulting from bibliographic and documentary research, with a qualitative approach, which allowed us to identify that the federal government adopted a denialist policy as a valid and socially accepted public policy.

**Keywords:** Covid-19, Pandemic; Health; Elderly; Public Policies.

<sup>1</sup> Assistente Social do Serviço de Acolhimento Cidade da Pessoa Idosa da Prefeitura de Maceió. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso e Mestranda pela Universidade Federal de Alagoas. E-mail: [patriciacanutomoraes05@gmail.com](mailto:patriciacanutomoraes05@gmail.com)

<sup>2</sup> Assistente Social e Coordenadora Geral do Serviço de Acolhimento Cidade da Pessoa Idosa da Prefeitura de Maceió. Especialista em Políticas Públicas e Projetos Sociais. E-mail: [djanepacheco191@gmail.com](mailto:djanepacheco191@gmail.com)

<sup>3</sup> Assistente Social. Professora Titular da Universidade Federal de Alagoas do curso de graduação e pós graduação. Líder do grupo Frida Kahlo. E-mail: [andreapacheco@fssoufal.br](mailto:andreapacheco@fssoufal.br)

<sup>4</sup> Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. E-mail: [adriely.almeida@fssoufal.br](mailto:adriely.almeida@fssoufal.br)

<sup>5</sup> Assistente Social do Serviço de Acolhimento Cidade da Pessoa Idosa da Prefeitura de Maceió. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia Saúde da Família. E-mail: [eliaslourencodesouza@gmail.com](mailto:eliaslourencodesouza@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 apresentou-se como um dos maiores desafios sanitários dos últimos tempos em termos globais. Em um país como o Brasil, de dimensões continentais, os desafios impostos são ainda maiores, “[...] num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração” (Werneck e Carvalho, 2020, p.1).

No decurso da pandemia, foi identificado que algumas pessoas/grupos possuem um risco maior de desenvolver a forma mais grave da doença, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRGA). Os idosos estão entre os chamados grupos de risco da Covid-19. “O número de comorbidades, como diabetes mellitus e problemas cardíacos, tendem a aumentar com a idade e, com isso, também cresce a vulnerabilidade às mais diversas condições” (Santos, et al, 2021, p.1).

Tanto as pessoas idosas, como indivíduos que possuem doenças crônicas, segundo as autoridades sanitárias, possuem um risco mais elevado de contraírem os vírus que causam problemas respiratórios, como por exemplo, o vírus da gripe. “Dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), apontam que até o dia 3 de junho de 2020 ocorreram 35.126 óbitos de pessoas idosas, o que corresponde a 71% do total de óbitos por COVID-19” (Romero et al, 2021, p. 2).

Pesquisas preliminares realizadas por vários países, consideram a pessoa idosa um dos grupos mais afetados por complicações de saúde e com maior risco para agravamento da infecção causada pela COVID-19. Trazendo para a realidade brasileira, a partir dos dados epidemiológicos do SIVEP-Gripe, já acima mencionados, tem-se evidenciado alta mortalidade e complicações na população idosa, em decorrência da infecção pelo vírus do Sars-cov-2.

Em tempos pandêmicos, é notória a mudança em diversos aspectos da vida cotidiana, o que inclui o modo como a população idosa e o envelhecimento é percebido dentro da sociedade. O que antes era visto como a *melhor idade* transita para uma percepção dos idosos e da velhice como um grupo de risco (Debert e Felix, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Mesmo diante desta estimativa, “[...] ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social” (Organização Mundial da Saúde, 2005).

A longevidade do ser humano se projeta na sociedade como uma conquista social, no entanto, esse fenômeno advém dos processos de desenvolvimento na ciência e nas

políticas públicas de proteção à saúde e ao conjunto da vida social da pessoa idosa, que corroboram diretamente na qualidade do envelhecimento dos cidadãos. No contexto brasileiro, as disparidades econômicas, políticas e culturais perpassam o cotidiano da população idosa, visto que o Estado segue uma lógica articulada e funcional ao modo de produção capitalista. Silva (2013, p. 105) afirma:

No Brasil e nos demais países latino-americanos a construção do Estado Social teve a sua conformação articulada ao modelo de desenvolvimento econômico que caracterizou a sociedade capitalista na sua especificidade neste continente, cuja realidade foi marcada historicamente por processo de exclusão social e desigualdade no acesso às riquezas socialmente produzidas.

Apesar dos avanços alcançados por meio da Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à Política Nacional do Idoso (PNI), Lei n ° 8.842, o Brasil mantém uma política estatal insatisfatória destinada à comunidade idosa.

De acordo com Silva, esse cenário, tanto no âmbito nacional, quanto no latino-americano, é consequência da ineficácia dos órgãos governamentais no que tange aos serviços públicos garantidores de direitos à longevidade de vida dos cidadãos:

Os programas, serviços e equipamentos sociais disponibilizados pelo poder público nos diferentes níveis de gestão em âmbito federal, estadual e municipal, embora representando avanços institucionais, são ainda insuficientes diante das necessidades crescentes. Esta é uma realidade presente nos demais países do continente latino-americano, o que passa a exigir o planejamento e a adoção de medidas com amplitude de cobertura nas áreas da educação, saúde, assistência social, segurança alimentar, habitação, trabalho e emprego, mobilidade e acessibilidade que possam atender a urgência desse segmento social em buscar qualificar a trajetória de sua longevidade para esta e para as futuras gerações. (SILVA, 2013, p. 109).

Seguindo a linha de pensamento da autora, pode-se constatar que os programas e serviços sociais destinados para as pessoas idosas devem incluir o acesso à educação, saúde, assistência social, segurança alimentar, habitação, mobilidade urbana acessível e empregabilidade digna. Entretanto, em uma sociedade capitalista, os interesses se desdobram em prol do capital e do incentivo às políticas neoliberais, contrapondo-se a ampliação do Estado como um agente garantidor de direitos, intensificando as desigualdades existentes e estimulando o incentivo ao individualismo e a mercantilização dos serviços e políticas sociais.

Quanto à desresponsabilização do Estado no Brasil sob a lógica neoliberal, é possível exemplificar o Sistema Único de Saúde, considerado o maior sistema público de saúde no mundo e altamente utilizado pela população idosa brasileira, especialmente durante a pandemia. O SUS após as contrarreformas ocorridas na década de 1990 passou a ser amparado por redes filantrópicas vinculadas ao setor privado, tais mudanças fragilizou

a saúde pública do Brasil e expandiu os ensejos do capital. Para Correia, essa é uma forma que o mercado privado encontrou para subordinar o fundo público de saúde:

A contratualização de serviços privados filantrópicos, ditos complementares ao sistema público de saúde, constitui-se em uma das formas de captura do fundo público, pelo setor privado. O volume de recursos públicos, alocados na compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público, especialmente, nos procedimentos hospitalares, demonstra que a referida complementaridade está invertida. Entre os anos de 2008 a 2014, foram alocados, no setor privado filantrópico, em média, 57% dos recursos do SUS destinados aos procedimentos hospitalares, enquanto que no setor público essa média não passou os 43%. Evidenciam-se também, que nos procedimentos em que os valores da tabela do SUS são mais altos, acontece um repasse muito maior de recursos públicos para o setor privado. Os valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os serviços de diálise ilustram essa realidade, já que, enquanto a rede pública (municipal, estadual e federal) recebe 5,74% do total de recursos públicos destinados a esses serviços, rede privada filantrópica absorveu 94,27% desses recursos, em 2013. (CORREIA, 2017, p. 07).

Esses sucateamentos no fundo público além de revelar como o setor privado filantrópico monta estratégias para capturar recursos públicos, também evidencia a desigualdade estrutural que perdura na realidade brasileira.

Além desses aspectos citados anteriormente, no capitalismo, outro ponto intensificador da exclusão social estruturalmente formada, também incentivada pelas políticas e ideologias neoliberais, é o individualismo. No período pandêmico, a vida humana foi reduzida a economia, “[...] para este modelo de subjetivação, tudo que fazemos na vida deve ser percebido como um investimento econômico” (RUIZ, 2020, p. 30). Esse discurso essencialmente neoliberal e negacionista estendeu-se na pandemia como afirma Ruiz:

Outro aspecto que a pandemia está evidenciando ser falacioso é o axioma do *homo economicus* de que o indivíduo tem um valor absoluto, sendo a relação com o outro um desdobramento utilitário do interesse individual. Este princípio antropológico do *homo economicus* tem solidificado a cultura do individualismo como sendo o modo natural de existirmos no atual momento. (Ruiz, 2020, p. 36).

O autor explica que apesar dos discursos individualistas propagados de forma tendenciosa em favor do ideário econômico, para atingir principalmente grupos de riscos, especialmente pessoas idosas, o que se obteve foi uma resposta contrária, tendo em vista que “[...] a pandemia evidenciou o princípio da responsabilidade coletiva que todos temos em relação aos demais” (Ruiz, 2020, p. 38).

Tratando-se de pessoas idosas, principalmente na pandemia da Covid-19, a ascensão de discursos individualistas mostrou-se como um fator mercadológico da vida, e também desumanizador de corpos que do ponto de vista capitalista não são mais considerados úteis para produzir porque são considerados envelhecidos, conseqüentemente descartados.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional<sup>6</sup> é algo que tem ocorrido de maneira globalizada. “A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do em que qualquer outra faixa etária no mundo todo. Em 2050, estima-se que a população mundial terá 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais” (Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA–SUS, 2021).

Trazendo para o cenário nacional, dados apontaram que, “[...] a partir de 1970, a população brasileira passou por um envelhecimento contínuo da estrutura etária, com perspectiva de aumento ainda maior da população idosa nas próximas décadas” (Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA–SUS, 2021).

É possível comprovar tal situação, através de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. “Em 2020, os idosos já representam 14,2% da população brasileira – 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2060, estima-se que esse número chegue a 73 milhões – 32% da população” (IBGE, 2020).

Diante de tais projeções, torna-se inegável o aumento na procura do grupo populacional supracitado, aos serviços públicos de saúde.

A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

De acordo com Veras (2009), uma das repercussões da transição demográfica e epidemiológica vivida pelo país nas últimas décadas é a maior procura dos idosos pelos serviços de saúde. A demanda pelo atendimento terciário cresce e o tempo de internação nas unidades hospitalares torna-se mais prolongado em faixas etárias mais elevadas. Reforça esse aspecto:

Nota-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que provoca grandes desafios à Saúde Pública, tendo em vista a dificuldade de adequação dos serviços a essa nova demanda, tanto quanto à disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, quanto à escassez de profissionais capacitados a trabalhar com idosos, assim como devido ao universo fisiopatológico e psicossocial singular que esse público representa. Configura-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde (BRITO. *et al*, 2013, p.163)

---

<sup>6</sup> “O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, com o aumento da proporção de pessoas idosas em relação às demais faixas etárias” (Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA–SUS, 2021).

Segundo Cruz *et al.* (2010), com a mudança na pirâmide etária e conseqüentemente, um maior número de idosos, assim como o aumento da expectativa de vida, o perfil de saúde da população se altera. As doenças agudas<sup>7</sup> dão espaço para o predomínio das doenças crônicas e suas complicações que resultam em ampla utilização dos serviços de saúde.

Desta maneira, com o envelhecimento populacional e uma carga maior de doenças que traz consigo tal processo, é inevitável um aumento na demanda de procura dos serviços de saúde pública. Haja vista a realidade social do Brasil, marcada por uma grande desigualdade econômica que repercute nas condições de vida e por consequência, na saúde da população.

## 2.2 Política Pública de Saúde e Atenção à Saúde do Idoso no Brasil

A política de saúde no Brasil percorreu um longo caminho até o modelo unificado atual. Segundo Bravo (2000), a assistência no século XVIII era responsabilidade de instituições filantrópicas e de cunho privado, como o médico da família para os mais abastados. No século XIX, mudanças econômicas e políticas abriram espaço para ações de saúde pública incipientes, como campanhas sanitárias limitadas. No início do século XX, iniciaram-se ensaios de organização no setor, aprofundados na década de 1930.

Um marco fundamental foi à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, pela Lei Elói Chaves. O serviço era contributivo e organizado pelas empresas, conforme descreve Bravo (2000, p. 3): “[...] os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral”.

A partir de 1930, a industrialização ampliou a massa trabalhadora urbana em condições precárias de higiene. A política de saúde dividiu-se nos subsetores de saúde pública e medicina previdenciária. Segundo Bravo (2000, p. 4), “[...] o subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966”. Em 1933, as CAPs foram unificadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com gestão tripartite. Em 1953, a criação do Ministério da Saúde, segundo Poliagnano (2001), foi apenas um desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, sem assumir nova postura governamental.

---

<sup>7</sup> Doença aguda é caracterizada por início súbito de evolução rápida e curta duração, já doença crônica apresenta uma progressão lenta e duração prolongada.

A unificação dos IAPs em 1960 evidenciou a dicotomia entre prevenção e assistência. O sistema era excludente, focando em trabalhadores formais; os rurais só foram integrados em 1963 com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Para gerir a sobrecarga do sistema, o governo alocou recursos na iniciativa privada, gerando um complexo sistema médico-industrial e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. Em 1975, o regime instituiu o Sistema Nacional de Saúde que, segundo Poliagnano (2001, p. 16): “[...] reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde”.

A década de 1970 marcou o nascimento do Movimento da Reforma Sanitária. Diante da crise econômica e do modelo hospitalocêntrico, a insatisfação popular cresceu. Roncalli (2003, p. 33) afirma que “[...] a VIII Conferência criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro a serem defendidas na Assembleia Nacional Constituinte”. A Constituição Federal de 1988 materializou o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196). O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/1990, baseando-se na descentralização, atendimento integral e participação comunitária (RONCALLI, 2003).

O envelhecimento populacional demandou políticas específicas, como a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003). Em 2006, a Portaria nº 2.528 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de: [...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O resgate histórico demonstra que, apesar das falhas, o Brasil consolidou políticas públicas que asseguram atenção a toda a população e visibilidade a segmentos anteriormente negligenciados. Contudo, sabemos que ainda temos muito a caminhar em direção às lutas pelo direito à saúde conforme definidos nos princípios do SUS e Constituição Federal de 1988.

### **2.3 Covid – 19 e os impactos na saúde da pessoa idosa**

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

As autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus denominado de SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19. A Organização Mundial de Saúde, no ano de 2020, declarou no final do mês de janeiro do ano supracitado, um alerta global de nível três, tornando a Covid-19 uma emergência de saúde pública de importância internacional.

Em nível de Brasil, o novo coronavírus chegou oficialmente no pós-carnaval, em março de 2020. “Por onde o vírus anteriormente tinha passado, chegou-se a um consenso que um grupo particular de pessoas corria mais riscos: os idosos/as e pessoas com comorbidades” (MATOS, 2021, p.26).

Considerando o Boletim Epidemiológico nº 27, que trata da semana 33 (8 a 15 de agosto), vemos que 104.065 pessoas vieram a óbito em decorrência da covid-19 no Brasil. Nesse quadro, o percentual de óbitos de idosos no Brasil é de 72,6% (75.588) – número alarmante e que pode ser muito maior dada a subnotificação de casos e o *plateau* em que nos encontrávamos em agosto (Mazuchelli et al. 2021, p, 2).

Perante o exposto, pôde-se comprovar que as pessoas idosas formam um dos grupos de risco mais suscetíveis à infecção pela Covid-19, estando expostos a maior número de agravos e maior mortalidade. A infecção pelo vírus pode causar um quadro clínico mais severo em pessoas com 60 anos ou mais, ou em pessoas que vivem com doenças crônicas como diabetes, hipertensão e asma, que estão mais propensas a desenvolver complicações causadas pelo vírus, podendo inclusive, levá-los a óbito.

Aproximadamente, 72% dos pacientes internados em UTI por COVID-19 apresentavam doenças crônicas pregressas em comparação àqueles que não necessitaram desses cuidados intensivos (37%). Uma metanálise com oito estudos e dados de mais de 46.000 pacientes chineses mostrou que hipertensão (17%), diabetes (8%), doenças cardiovasculares (5%) e doenças respiratórias crônicas (2%) eram as morbidades mais presentes e com risco aumentado, essa população mais presente em UTIs costumam ser idosos por causa que a maioria dessas morbidades provém da idade avançada (COSTA et al.,2020, p. 2).

Diante da necessidade de controle da propagação da Covid-19, foi necessária a adoção de diversas medidas para mitigar o número de contaminados.

Entre as principais medidas estabelecidas pelos órgãos governamentais e pelas organizações de saúde, tem-se a utilização de máscara, higienização das mãos com álcool em gel e o distanciamento social. A adoção de novos hábitos e medidas protetivas apresenta grande impacto na vida da população, principalmente no que diz respeito à saúde física e mental dos idosos (BRASIL, 2020).

Muito se evidenciou os fatores biológicos e genéticos que podem levar ao agravamento da infecção pelo vírus do Sars-cov2, porém, os fatores sociais que contribuem imensamente para uma maior exposição à contaminação, foram sendo esquecidos e

deixados de lado. “Com a pandemia da COVID-19, é possível que observemos, nos próximos anos, alterações no perfil de morbimortalidade das pessoas idosas” (Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA–SUS, 2021).

Com o avanço da pandemia e a evidente sobrecarga do Sistema Único de Saúde, levando em consideração o aumento exponencial do número de casos e dos idosos serem considerados grupo de risco para complicações e agravos da covid-19, “Além da grande ameaça à vida, a pandemia pode colocar pessoas idosas em maior risco de pobreza, perda de suporte social, trauma de estigma, discriminação e isolamento” (ROMERO et al, 2021, p. 2).

Por se tratar de uma doença recente, pouco se sabe sobre os impactos da COVID-19 a longo prazo, acerca dos desfechos em saúde da população idosa e formas de se conter a propagação do vírus, além dos protocolos básicos de segurança fortemente reforçados.

Ainda em 2020, ano em que os números de casos foram aumentando significativamente em todo o mundo, passaram a ser desenvolvidas vacinas para controlar os casos positivados e principalmente o número de mortes. No Brasil, o início da imunização foi tardio comparado a outros países do mundo, entretanto, as prioridades foram para profissionais da saúde e para idosos. Ainda existe grande desconfiança em relação as vacinas por parte da população idosa, entretanto, essa resistência pode ser parcialmente explicada por disputas políticas e ideológicas fomentadas por discursos midiáticos sem embasamento científico (ARAUJO et al., 2021, p, 8).

Ressalta-se que, a adoção de políticas negacionistas por parte do Governo Federal, a demora no início da vacinação, a falta de estrutura do Sistema de Saúde, implicou em um aumento exponencial dos casos positivados, além do número de mortes. Utilizando o recorte geracional da população idosa, percebe-se que os impactos a médio e longo prazo na saúde dos idosos tendem a se agravar à medida que ficam evidentes as sequelas deixadas pelas complicações e agravos da infecção pelo vírus.

## **RESULTADOS E CONCLUSÕES**

O percurso usado permitiu refletir e compreender com maior nitidez, conforme o objetivo proposto, a situação pandêmica, os desafios enfrentados pela população brasileira, bem como a postura do Estado Brasileiro e suas falhas em relação às políticas públicas adotadas durante o período pandêmico, além da gritante ineficiência do governo federal em agir de maneira assertiva e eficaz para mitigar as complicações provenientes da Covid-19.

Através das estatísticas acima mencionadas no texto, percebe-se que o número de idosos afetados durante a pandemia que vieram a óbito, poderia ser reduzido se houvessem

investimentos direcionados ao setor Saúde. O desmonte do nosso Sistema Público de Saúde não é algo atual, porém, foi evidenciado com a pandemia e o número alarmante de mortes. Todavia, é reconhecível o papel importante desempenhado pelo SUS, durante a pandemia para a população.

Em contraponto, ficou explícito a necessidade de investimento no Sistema Único de Saúde, a fim de termos efetivamente uma Política Pública de Saúde integral, tendo em vista o Brasil ser um país de vasto território, e alarmantes desigualdades sociais, que sem o suporte do SUS, a Covid-19 teria deixado um rastro ainda maior de destruição principalmente entre as camadas mais pauperizadas da sociedade. Além do que, com o crescente envelhecimento da população, emerge a necessidade urgente de políticas públicas que atendam às necessidades de tal recorte geracional, torna-se indispensável.

Outro elemento que precisa ser analisado é a dimensão de raça/etnia, de gênero e de classe social. No Brasil, as mortes de Covid tiveram alvos preferenciais: pessoas idosas, negras, indígenas, pobres e mulheres estavam mais suscetíveis ao vírus. As pessoas pobres e periféricas tiveram sua situação agravada pela falta de saneamento básico e de água potável, pela falta de alimentação digna, dentre outros elementos que dificultavam o isolamento social. As mulheres que historicamente estão na função de cuidadoras, estavam muito mais expostas ao vírus, uma vez que continuavam com o trabalho de cuidado tanto dentro da família como fora dela. Não foi por acaso que a primeira vítima de covid foi uma mulher negra e periférica que trabalhava como empregada doméstica.

Corroborando com reflexões de Mesquita, Ferreira e Leôncio (2021), verifica-se que a pandemia não se manifesta de forma isolada, mas atua como um catalisador das opressões estruturais de classe, raça e gênero. As autoras argumentam que o impacto da crise sanitária é profundamente assimétrico, atingindo com maior severidade os segmentos historicamente subalternizados — como a população negra, periférica, LGBTQIA+, povos tradicionais e idosa —, o que agrava as expressões da questão social e aprofunda a vulnerabilidade socioeconômica desses grupos.

Assim, podemos afirmar que analisar os rebatimentos da covid na população idosa requer dizer que esses impactos não se deram de forma homogênea, porque as pessoas idosas tem classe social, tem gênero, tem cor/raça/etnia. Apesar de não ser o objeto de análise deste texto, é preciso deixar essa dimensão explícita.

Reforça-se como sugestão final, que deve haver uma atenção à saúde adequada e digna para as pessoas brasileiras e que garanta uma qualidade de vida que englobe os determinantes e condicionantes de Saúde. Materializando assim, o que está preconizado nos mais diversos marcos legais brasileiros que versam sobre o assunto.

Os impactos causados pela pandemia da Covid-19 se materializam pelo grande número de mortes, além de estarem diretamente relacionados à piora da saúde física e

mental dos idosos, assim como, à agudização das desigualdades sociais, de classe, de gênero e raça/etnia.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Gustavo Baroni *et al.* **Impacto da pandemia de covid-19 na saúde do idoso: um estudo a partir de artigos originais da brazilian journal of geriatrics and gerontology.** Revista Científica Multidisciplinar, [s. l.], v. 2, ed. 9, 2021. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/780/635>. Acesso em: 15 nov. 2025.
- BRASIL. **LEI nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [S. l.], 4 jan. 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 5 dez. 2025.
- BRASIL. **LEI nº 10.741, de 1 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [S. l.], 1 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 5 dez. 2025.
- BRASIL. **LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [S. l.], 19 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 5 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA–SUS. 2021.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **As Políticas de Seguridade Social Saúde.** In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000.
- BRITO, M.da C.C., FREITAS, C.A.S.L., MESQUITA, K.O.de & LIMA, G.K. **Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica.** Revista Kairós Gerontologia, 2013, p.161-178.
- CORREIA, Maria. **Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde.** In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M dos (Org.) Reforma Sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2017.
- DEBERT, G. G.; FÉLIX, J. **Dilema ético, os idosos e a metáfora da guerra.** Folha de S.Paulo, São Paulo, 19 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/04/dilema-etico-os-idosos-e-a-metaphora-da-guerra.shtml>. Acesso em: 24 jan. 2026.
- MATOS, Maurílio Castro de. **O NEOFASCISMO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE BOLSONARO EM TEMPOS PERIGOSOS DA PANDEMIA DA COVID-19.** Revista Humanidades e Inovação, [s. l.], v. 8, ed. 35, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5340>. Acesso em: 2 jan. 2026.

MAZUCHELLI, Larissa Picinato; SORAES, Maria Francisca de Paula; NORONHA, Diana Oliveira; OLIVEIRA, Marcus Vinicius Borges. **Discursos sobre os idosos, desigualdade social e os efeitos das medidas de distanciamento social em tempos de covid-19.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 30, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2021.v30n3/e200885/>. Acesso em: 11 abr. 2025.

MESQUITA, Andréa Pacheco de; SILVA, Gildete Ferreira da; LEÔNCIO, Ana Karolliny Sarmiento. A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA: REATUALIZANDO A CAÇA ÀS BRUXAS. **Humanidade & Informação: Política de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19 (Edição Especial)**. v. 8 n. 35, Palmas-TO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS – OMS (Brasília/DF – Brasil). **ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE.** [S. l.: s. n.], 2005. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 14 dez. 2021.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Belo Horizonte: UFMG, 2001. (Cadernos do Internato Rural).

ROMERO, Dalia Elena *et al.* **Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho.** Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2025.

RONCALLI, A. G. **A Odontologia Social no Brasil: transição epidemiológica e modelos de atenção.** São Cristóvão: Editora UFS, 2003. 218 p.

RUIZ, C. M. M. B. **Os direitos humanos, a mercantilização da vida e a pandemia.** In.: Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos. Bauru, v. 8, n. 2, p. 27-39, 2020. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/8>. Acesso em: 18 fev. 2026.

SANTOS, Pedro Otávio & NINOMIYA, Vitor Yukio & CARVALHO, Ricardo Tadeu. **Envelhecimento e covid-19: O impacto das comorbidades nos idosos e a relação como o novo coronavírus.** Blog Coronavirus, 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/166-envelhecimento-e-covid-19>. Acesso em: 26 de set. 2025.

SILVA, M. R. F. YAZBEK, M. C. **Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil.** In.: Scielo Brasil. 06 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000100011>. Acesso em 18 fev. 2026.

Veras, R. (2009). **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev Saúde Pública, 43(3), 548-554. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>. Acesso em: 31/05/2025.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada.** Cadernos de saúde pública - CSP, [s.

l.], 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n5/e00068820/pt>. Acesso em: 14 dez. 2025.