RGe ISSN: 2177-3246

CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADES DE PESSOAS IDOSAS COM COVID-19

VULNERABILITY CONDITIONS OF OLDER PEOPLE WITH COVID-19

CONDICIONES DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES CON COVID-19

10.56238/revgeov17n5-102

Aline Martinelli Piccinini
Doutora
Instituição: Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)
E-mail: alinepiccinini@unochapeco.edu.br

Lucimare Ferraz
Pós-doutorado
Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
E-mail: lucimare.ferraz@udesc.br

Fátima Kremer Ferretti
Doutora em Saúde Coletiva
Instituição: Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ)
E-mail: ferrettifisio@yahoo.com.br

RESUMO
Estudo com o objetivo de descrever as condições de vulnerabilidades de pessoas idosas com covid-19. Trata-se de um estudo qualitativo e que utilizou como método a história oral temática, realizado em uma cidade [eliminado para efeito de revisão por pares], com seis idosos com 65 anos ou mais. A análise temática de conteúdo revelou 11 categorias agrupadas em dimensões individual, social e programática. A pandemia intensificou vulnerabilidades como desinformação, baixa adesão vacinal (individual); escolaridade, idadismo e afastamento familiar (social); e diagnóstico/tratamento tardios e fragmentação do cuidado (programática). Essas vulnerabilidades resultaram em declínio cognitivo, comprometimento funcional e riscos psicossociais. O estudo conclui que a experiência da COVID-19 expôs múltiplas camadas de vulnerabilidade. O enfrentamento requer fortalecimento da Atenção Primária, qualificação profissional e políticas públicas intersetoriais para um cuidado digno e equitativo, em crises e normalidade.

Palavras-chave: Vulnerabilidades. Pessoas Idosas. Covid-19.

ABSTRACT
This study aimed to describe the vulnerabilities of elderly people. It is a qualitative study that used thematic oral history as a method, conducted in a city [removed for peer review], with six elderly individuals aged 65 years or older. The thematic content analysis revealed 11 categories grouped into individual, social, and programmatic dimensions. The pandemic intensified vulnerabilities such as misinformation and low vaccination adherence (individual); education level, ageism, and family

ISSN: 2177-3246

estrangement (social); and delayed diagnosis/treatment and fragmentation of care (programmatic). These vulnerabilities resulted in cognitive decline, functional impairment, and psychosocial risks. The study concludes that the experience of COVID-19 exposed multiple layers of vulnerability. Addressing these vulnerabilities requires strengthening Primary Health Care, professional training, and intersectoral public policies for dignified and equitable care, both during crises and in normal times.

Keywords: Vulnerabilities. Aged. Covid-19.

RESUMEN

Este estudio describió las vulnerabilidades de personas mayores durante la pandemia. Investigación cualitativa con historia oral temática, realizada en una ciudad [eliminado para efectos de la revisión por pares], con seis participantes de 65 años o más. El análisis temático identificó vulnerabilidades en dimensiones individuales, sociales y programáticas. La pandemia intensificó la desinformación, la baja adherencia a la vacunación, el bajo nivel educativo, la discriminación por edad y el distanciamiento familiar, además del retraso en diagnóstico y tratamiento y la fragmentación de la atención. Estas condiciones generaron deterioro cognitivo, discapacidad funcional y riesgos psicosociales. El estudio concluye que la COVID-19 expuso múltiples capas de vulnerabilidad y destaca la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud, la formación profesional y políticas públicas intersectoriales que garanticen atención digna y equitativa en contextos de crisis y en períodos de normalidad.

Palabras clave: Vulnerabilidades. Personas Mayores. COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de vulnerabilidade surgiu no final do século XX, inicialmente associado a grupos de risco na epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)[1] e, posteriormente, ao comportamento de risco, mais relacionado às atitudes individuais[2]. Atualmente, considera-se que fatores biológicos, individuais e sociais interagem com o meio, configurando-se em condições que expõem as pessoas a quadros de diferentes tipos de vulnerabilidade[3,4]. Essa vulnerabilidade se expressa em três dimensões — individual, social e programática — que analisam a exposição de indivíduos ou grupos a agravos à saúde[3,5].

O diagnóstico de covid-19 em pessoas idosas evidenciou vulnerabilidades que vão além do âmbito clínico, abrangendo dimensões físicas, emocionais e sociais. Estudos demonstram que o isolamento social contribuiu para o aumento de ansiedade, depressão, solidão e piora da qualidade do sono, comprometendo o bem-estar psicológico dessa população[6,7].

Ademais, viver enquanto pessoa idosa durante a pandemia foi associado à aceleração de cerca de 5,5 meses no envelhecimento cerebral, com efeitos mais expressivos em homens e grupos socioeconomicamente desfavorecidos, o que potencializa os quadros de vulnerabilidade[8]. Embora apenas os infectados tenham exibido declínio cognitivo mensurável, a ausência de estímulos físicos e sociais favoreceu o declínio funcional, enquanto a atividade física demonstrou efeito protetor ao reduzir sintomas como confusão, fadiga e tensão[7]. Essas condições, em conjunto, evidenciam uma vulnerabilidade multidimensional, marcada por riscos psicossociais, fragilidade cognitiva e limitações no acesso e continuidade do cuidado em saúde. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo retratar as vulnerabilidades vivenciadas pelos idosos no processo de se descobrir com covid-19 em tempos de pandemia.

2 METODOLOGIA

Neste estudo, a metodologia se configurou como o caminho para responder aos objetivos de retratar as vulnerabilidades de pessoas idosas diagnosticadas com Covid-19 durante a pandemia. Optamos por uma abordagem qualitativa e descritiva, que destaca a importância de explorar significados, crenças e experiências por meio da narrativa oral. Ao “dar voz” aos participantes, permitimos que compartilhassem suas perspectivas sobre o acesso aos serviços de saúde, identificando entraves e potencialidades. O método adotado, a história oral temática, que considera a fonte oral como primária para a construção do conhecimento, desde que os critérios utilizados confiram legitimidade científica, sistematizando e organizando as narrativas de forma profissional.

A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir explorar significados, valores, crenças e experiências, considerando a complexidade das narrativas[11,12] .

Participaram seis idosos (três homens e três mulheres), com média etária de 73,1 anos (DP = 4,5) e renda média de R$ 5.020,00 (variação de R$ 1.600,00 a R$ 12.000,00). Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 60 anos, diagnóstico confirmado de covid-19 entre 2020 e 2022, acesso a serviços de saúde para tratamento e função cognitiva preservada, avaliada pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM). A seleção foi intencional e complementada pela técnica bola de neve[13], sendo interrompida por saturação teórica, conforme Minayo[11].

A coleta ocorreu entre dezembro de 2023 e maio de 2024, em três etapas: visitas de observação, em número suficiente para estabelecer vínculo de confiança, com registros em diário de campo; entrevistas em profundidade, semiestruturadas; devolutiva e validação das transcrições. O roteiro foi elaborado com base na teoria de vulnerabilidade[14] e os procedimentos seguiram os princípios da história oral temática[10].

As entrevistas foram transcritas integralmente, textualizadas e transcritas, preservando o "tom vital" das narrativas[12]. A análise temática de conteúdo[11] foi conduzida manualmente em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa [eliminado para efeitos de revisão por pares]. Para preservar a sua identidade das pessoas idosas os participantes foram substituídos por pseudônimos inspirados em pedras preciosas, sendo elas: Ametista, Turmalina-paraíba, Água-Marinha, Topázio-Imperial, Esmeralda e Citrino.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise temática emergiram 11 categorias que refletem as condições de vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas idosas que serão apresentadas e discutidas a seguir.

3.1 VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS DAS PESSOAS IDOSAS NA COVID-19

A análise temática revelou que, durante a pandemia, pessoas idosas com COVID-19 enfrentaram vulnerabilidades individuais marcadas por limitações no acesso, compreensão e uso de informações em saúde. Essa dimensão abrangeu baixo conhecimento sobre a doença, desvalorização de sintomas iniciais, dificuldade de acesso a exames e hesitação vacinal.

Tais fatores, ligados a aspectos cognitivos, informacionais e socioculturais, comprometeram a autonomia e o autocuidado, tornando o envelhecimento mais suscetível aos efeitos da crise sanitária. As narrativas do Quadro 1 evidenciam como a desinformação, a baixa literacia em saúde e as limitações estruturais influenciaram a experiência dos idosos com a COVID-19 em um contexto de incertezas e desigualdades.

A vulnerabilidade individual dos idosos na COVID-19 decorreu da dificuldade em acessar e compreender informações confiáveis, do baixo letramento em saúde e da falta de estratégias educativas. A infodemia, com informações falsas, prejudicou a adesão a medidas protetivas e gerou medo e insegurança[15,16]. A carência de estratégias de comunicação acessíveis, adequadas ao nível educacional e cultural desse grupo, reforçou tais fragilidades, sobretudo entre idosos com baixa escolaridade e limitado acesso a recursos digitais[17].

A baixa literacia em saúde repercutiu negativamente sobre a prevenção e o manejo da COVID-19, refletindo-se em adesão parcial às medidas de proteção e uso inadequado de medicamentos, o que contribuiu para o agravamento de quadros clínicos e aumento de riscos[15].

A hesitação vacinal em idosos foi impulsionada por desinformação, crenças, influência social e desconfiança em instituições, revelando uma vulnerabilidade informacional e simbólica que comprometeu a adesão preventiva[18,19]. O acesso restrito a informações qualificadas afetou diretamente a autonomia e a capacidade de autocuidado, intensificando a vulnerabilidade individual[17].

A dificuldade em reconhecer os sintomas iniciais da COVID-19 constituiu outra expressão dessa vulnerabilidade. A desvalorização de sinais clínicos precoces e a atribuição de manifestações inespecíficas a outras condições crônicas retardaram o diagnóstico e a adoção de condutas terapêuticas[20-24]. Evidências demonstram que pessoas idosas frequentemente apresentam sintomas atípicos, o que dificulta o reconhecimento precoce da infecção e o manejo clínico oportuno[21,25]. Essa característica reforça a necessidade de protocolos sensíveis à idade e de maior vigilância clínica nessa população.

A dificuldade de acesso a exames diagnósticos gratuitos revelou a intersecção de vulnerabilidades individuais e estruturais, levando a diagnósticos tardios, subnotificação de casos e enfraquecimento das políticas de saúde[26-28]. As desigualdades socioeconômicas agravaram o risco de infecção e mortalidade, com maior impacto sobre grupos populacionais desfavorecidos[29]. A sobrecarga da Atenção Primária à Saúde e a ausência de fluxos diagnósticos estruturados dificultaram a detecção precoce, evidenciando fragilidades na capacidade de resposta do sistema de saúde.

A não adesão completa à vacinação entre idosos revelou uma vulnerabilidade individual influenciada por fatores socioculturais, como desinformação, falta de confiança em instituições e discursos ideológicos/conspiratórios que descredibilizaram a ciência[19,29-33]. Essa condição ilustra como o ambiente informacional e político pode repercutir sobre decisões de saúde, especialmente em contextos de medo e incerteza.

Sob a perspectiva de Ayres[3], a vulnerabilidade individual dos idosos na pandemia decorreu da dificuldade em interpretar informações e transformá-las em práticas de cuidado. A baixa literacia em saúde, a desinformação e a desconfiança institucional comprometeram a autonomia, expondo-os a

maiores riscos e evidenciando a natureza multifatorial (cognitiva, sociocultural e comunicacional) dessa vulnerabilidade em crises sanitárias.

As vulnerabilidades individuais dos idosos na COVID-19 resultaram da interação entre fragilidades informacionais, cognitivas e estruturais. Baixo conhecimento da doença, atraso no reconhecimento de sintomas, dificuldade de acesso a exames e hesitação vacinal revelam uma vulnerabilidade complexa, não apenas biomédica. Para combatê-la, são necessárias políticas públicas que promovam letramento em saúde, comunicação eficaz e autonomia do idoso em emergências sanitárias.

3.2 VULNERABILIDADES SOCIAIS DAS PESSOAS IDOSAS COM COVID-19

As vulnerabilidades sociais dos idosos na pandemia da COVID-19 refletiram desigualdades estruturais. Baixa escolaridade, renda limitada, isolamento familiar, discriminação em serviços de saúde e falta de corresponsabilidade coletiva interagiram, criando exclusão, solidão e desproteção. O Quadro 2 apresenta as categorias temáticas e evidências empíricas que expressam essas vulnerabilidades, revelando como a pandemia intensificou desigualdades e fragilizou vínculos familiares, comunitários e institucionais que sustentam o envelhecimento digno e protegido.

A vulnerabilidade social dos idosos na COVID-19, impulsionada por desigualdades históricas, limitou seu acesso a informações, saúde e proteção, comprometendo sua segurança e autonomia[14,34]. A interação entre baixa escolaridade, fragilidade das redes familiares e negligência institucional evidenciou a sobreposição entre dimensões sociais e programáticas na produção das condições que expuseram os idosos as condições de vulnerabilidade.

A baixa escolaridade dos idosos dificultou a compreensão de informações de saúde, exames e tratamentos, tornando-se um marcador central de sua vulnerabilidade durante a pandemia. Essa limitação comprometeu a capacidade de manejo autônomo do adoecimento e de tomada de decisão informada, como discutem Paakkari e Okan[16] e Verney[17] et al., ao associarem a baixa alfabetização em saúde à maior exposição a riscos e desinformação.

A dificuldade de acesso crítico às informações veiculadas pela mídia e às plataformas digitais intensificou os efeitos da infodemia, caracterizada pela circulação de notícias falsas e contraditórias, que impactou de forma expressiva a população idosa[18].

A baixa familiaridade com tecnologia e as desigualdades econômicas, somadas à baixa escolaridade, dificultaram o acesso dos idosos a teleatendimento, plataformas digitais e aquisição de itens essenciais como equipamentos de proteção e medicamentos, expondo a intersecção entre educação e condições socioeconômicas descrito por Gleeson[28] et al. e Agyemang[29] et al. Essa sobreposição de fatores reforça a concepção de vulnerabilidade proposta por Lima[35], entendida como fenômeno multidimensional e interdependente de idade, renda, escolaridade, raça e território.

O afastamento familiar durante a pandemia e internação hospitalar aumentou a vulnerabilidade social e emocional de idosos, intensificando solidão e abandono, especialmente para aqueles com menos suporte. O contato virtual, embora útil, não substituiu o apoio afetivo e a segurança da convivência familiar, essenciais para um envelhecimento saudável[11].

Ainda, a quarentena e a ruptura de rotinas sociais ampliaram o sofrimento psíquico, conforme apontado por Narciso[36] et al., evidenciando a necessidade de estratégias institucionais de suporte psicossocial. A fragilidade das políticas públicas voltadas ao sofrimento mental tornou-se evidente em hospitais e instituições de longa permanência, revelando o despreparo do Estado em mitigar os efeitos da solidão[37]. Essa lacuna reforça a importância de modelos de atenção baseados em direitos humanos, que conciliem proteção à vida e preservação da dignidade[38].

A baixa corresponsabilidade social e a escassa empatia coletiva durante a pandemia contribuíram para agravar as vulnerabilidades sociais. A fragilidade da solidariedade intergeracional e o relaxamento das medidas de prevenção ampliaram o risco de contágio e o sofrimento simbólico, configurando falhas éticas e políticas na proteção da vida[39,40]. A ausência de empatia e de valorização do envelhecimento gerou sentimentos de exclusão e indignidade, expressando o enfraquecimento do pacto social de proteção aos mais velhos[41,42]. Essa negligência coletiva manifestou-se na resistência ao uso de máscaras e no descumprimento das recomendações sanitárias, o que reafirma os desafios de adesão identificados por Szepietowski[43] et al. O enfrentamento dessa realidade demanda políticas educativas e comunicacionais que promovam empatia intergeracional e justiça social, ancoradas em valores de solidariedade e ética pública[44].

A vulnerabilidade social dos idosos é acentuada pela baixa priorização de suas demandas de saúde e pelo ageísmo institucional. Atendimentos negligentes, descrédito de suas queixas e falta de escuta qualificada são exemplos de práticas discriminatórias que marginalizam o envelhecimento e deslegitimam o sofrimento dessa população nos serviços de saúde[19,40,45]. Essa forma de preconceito articula-se com desigualdades de classe, raça, etnia e gênero, condicionando o acesso e a qualidade da atenção[46]. O medo da exclusão e o estigma associados à infecção potencializaram o sofrimento emocional, conforme destaca Costa[41].

A negligência institucional e o despreparo profissional durante a pandemia evidenciaram a banalização de mortes e a ausência de medidas protetivas para idosos, expondo falhas estruturais no cuidado. Para superar isso, é crucial implementar políticas públicas que reconheçam idosos como sujeitos de direitos, combatendo o etarismo na formação em saúde e nos serviços, garantindo atendimento ético, digno e interprofissional[44].

As vulnerabilidades sociais de idosos com COVID-19 decorreram de fatores educacionais, econômicos, familiares, culturais e institucionais, como baixa escolaridade, renda, isolamento, falta de empatia e ageísmo nos serviços. Essas desigualdades exigem políticas intersetoriais, focadas em

proteção social, comunicação acessível e valorização do envelhecimento, pautadas em equidade, solidariedade e justiça geracional.

3.3 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DE PESSOAS IDOSAS COM COVID-19

A vulnerabilidade programática de idosos com COVID-19 na pandemia expôs as deficiências das políticas públicas e serviços de saúde. Isso incluiu demora no diagnóstico, fragmentação assistencial e falta de orientações pós-COVID-19 na Atenção Primária. Tais fragilidades institucionais indicam um sistema sobrecarregado, com respostas insuficientes e falhas na equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Quadro 3 sintetiza essas expressões da vulnerabilidade programática, evidenciando a necessidade de fortalecer a rede de atenção, qualificar as equipes e implementar políticas intersetoriais voltadas à continuidade e humanização do cuidado em contextos de crise sanitária.

A vulnerabilidade programática refere-se às limitações das políticas públicas, programas e serviços de saúde em assegurar proteção, cuidado e direitos sociais às populações, agravando a exposição a riscos e desigualdades[3,5]. Na pandemia de COVID-19, a vulnerabilidade dos idosos foi agravada por deficiências pré-existentes na Atenção Primária, como cuidado fragmentado e falta de estratégias para grupos de risco. Apesar dos esforços de reorganização, as respostas institucionais foram insuficientes diante da crise e das complexas necessidades dessa população[47,48].

O diagnóstico tardio de COVID-19 em idosos, marcado pela escuta clínica limitada e minimização de sintomas, expôs falhas sistêmicas no reconhecimento da gravidade e especificidades do envelhecimento, refletindo uma vulnerabilidade real. Essa desarticulação entre necessidade e resposta institucional reflete o que Cecílio[49] define como ruptura da integralidade, quando o sistema de saúde não reconhece as necessidades como eixo estruturante do cuidado. O modelo centrado na queixa-conduta, descrito por Ayres[50], perpetua práticas mecanizadas e reducionistas que desconsideram os determinantes sociais e subjetivos do adoecimento, tornando o atendimento mais vulnerável e excludente.

Essas falhas foram agravadas pela sobrecarga dos serviços e pela escassez de recursos humanos e materiais. Marcolin[51] já observava que, mesmo antes da pandemia, pessoas idosas de baixa renda enfrentavam dificuldades de acesso, continuidade e resolutividade no cuidado. No contexto pandêmico, a ausência de protocolos específicos e o despreparo técnico das equipes acentuaram o diagnóstico tardio e o tratamento inadequado. Conforme Mendes[52], a carência de diretrizes sensíveis e de escuta qualificada reforça a exclusão programática dos grupos vulneráveis. Em resposta à lentidão do sistema público, muitos recorreram à rede privada em busca de diagnóstico e assistência mais ágeis, o que ampliou desigualdades históricas[53].

A pandemia evidenciou a fragmentação do sistema de saúde, intensificando a vulnerabilidade programática. A falta de coordenação, falhas de comunicação e descontinuidade do cuidado nos percursos terapêuticos revelaram fragilidades pré-existentes, agravadas pela crise sanitária. Ros[54] et al. e Menéndez[55] ressaltam que o modelo vigente destinava à APS o manejo de casos leves e moderados, encaminhando os casos graves à rede hospitalar, sem mecanismos efetivos de articulação, o que resultou em sobrecarga e desassistência.

Situações relatadas, como a ausência de filas preferenciais e o não reconhecimento das prioridades etárias, revelam o descumprimento do princípio da equidade, basilar ao SUS e reiterado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária[56]. Estudos internacionais confirmam que a letalidade da COVID-19 foi significativamente maior entre pessoas idosas[57], motivo pelo qual diretrizes éticas globais recomendaram sua priorização[58]. Entretanto, as deficiências estruturais, a precariedade na gestão de recursos e as falhas comunicacionais persistiram, configurando um cenário de negligência programática[59,60].

A vulnerabilidade dos idosos foi agravada pela desinformação e negacionismo na pandemia, com políticas de comunicação e educação em saúde insuficientes. Isso prejudicou a adesão a medidas preventivas e a confiança na ciência, refletindo falhas éticas e institucionais[61,63]. Esses fenômenos ultrapassam o plano individual, configurando uma vulnerabilidade programática resultante da ausência de estratégias estatais robustas de enfrentamento à desinformação e promoção da literacia em saúde.

A escassez de orientações específicas no período pós-COVID-19 revelou outra dimensão crítica dessa vulnerabilidade. A falta de protocolos estruturados de acompanhamento, reabilitação e educação em saúde comprometeu o princípio da integralidade e a recuperação funcional das pessoas idosas. Revisão de escopo realizada por Curvelo, Ribeiro e Uehara[64] apontou que o cuidado pós-COVID manteve-se centrado em sintomas físicos, com pouca atenção às repercussões sobre a funcionalidade, a saúde mental e a qualidade de vida. Embora o Ministério da Saúde tenha publicado protocolos clínicos voltados à fase aguda[65], as diretrizes negligenciaram o seguimento e o cuidado prolongado. Para Mendes[66] e Ayres[67], a efetivação do cuidado centrado na pessoa requer articulação entre os diferentes pontos da rede e práticas orientadas pela longitudinalidade e pela integralidade.

A pandemia expôs a vulnerabilidade programática dos idosos, revelando falhas sistêmicas como fragmentação, desinformação e falta de cuidado contínuo. Para futuras crises, é crucial fortalecer a Atenção Primária, integrar setores e criar políticas de saúde baseadas em literacia, reabilitação e acompanhamento longitudinal, garantindo dignidade e proteção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas idosas acometidas pela COVID-19 vivenciaram condições de vulnerabilidades em níveis individual, social e programático. A desinformação, a baixa literacia em saúde e a hesitação

vacinal dificultaram o reconhecimento precoce de sintomas e o acesso ao diagnóstico. Paralelamente, fatores como baixa escolaridade, limitação tecnológica e enfraquecimento das redes de apoio acentuaram o isolamento e o sofrimento emocional, evidenciando desigualdades estruturais e fragilidade da corresponsabilidade social.

Deficiências institucionais, expressas em diagnósticos tardios, escuta clínica insuficiente e ausência de protocolos de acompanhamento, revelaram a vulnerabilidade programática e o enfraquecimento da integralidade do SUS. Enfrentar essas fragilidades requer o fortalecimento da Atenção Primária, qualificação permanente das equipes e políticas intersetoriais centradas na comunicação acessível, na proteção social e no cuidado ético e humanizado às pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Malagón Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface. 2015; 19(3): 237-49.

2. Timerman A, Magalhães N. Histórias da AIDS. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.

3. Ayres JR. Vulnerabilidade, direitos humanos e Cuidado: aportes conceituais. In: Barros S., Campos PFS, Fernandes JJS, organizadores. Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis. Barueri: Manole; 2014. p. 375-417.

4. Benedetto ES, Silveira E. Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança. Textos & Contextos. 2013; 12(1): 68-84.

5. Dimenstein M, Cirilo Neto M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. Pesqui prát. Psicossociais. 2020; 15(1):e2935.

6. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. J Nutr Health Amp Aging. 2020. 24(9): 938-47.

7. Andrade A, D'Oliveira A, Santos KM, Bastos ACRF, Corrado S, Vilarino GT, et al. Impact of social isolation caused by the COVID-19 pandemic on the mood profile of active and sedentary older adults: physical activity as a protective factor. Front Health. 2023; (11): 1221142.

8. Mohammadi-Nejad AR, Craig M, Cox EF, Chen X, Jenkins RG, Francis S, et al. Accelerated brain ageing during the COVID-19 pandemic. Nat Commun. 2025; 16(1): 6411.

9. Nunes et al. (2016),

10. Meihy (2005),

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

12. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2018.

13. Baldin N, Munhoz EM. Bagatin. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). REMEA. 2011; 24: 46-60.

14. Ayres JRC, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

15. Meftahi GH, Jangravi Z, Sahraei H, Bahari Z. The possible pathophysiology mechanism of cytokine storm in elderly adults with COVID-19 infection: the contribution of "inflame-aging". Inflamm Res. 2020; 69(9): 825-39.

16. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. Lancet Public Health. 2020; 5(5):e249-e50.

17. Verney SP, Gibbons LE, Dmitrieva NO, Kueider AM, Williams MW, Meyer OL, et al. Health literacy, sociodemographic factors, and cognitive training in the active study of older adults. Int J Geriatr Psychiatry. 2019; 34(4): 563-70.

18. Cardoso RSS, Pereira JM, Santana AB, Sá APC, Lindolpho MC, Chrizostimo MM, et al. Letramento em saúde na pessoa idosa em tempos de pandemia e infodemia do COVID-19: um desafio mundial. In: Santana RF, organizador. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19 - 3. Brasília, DF: Editora ABEn; 2021. p. 145-50.

19. Silva JV, Reis RD, Nascimento MC, Melo JLL, Vieira RA, Lima TAD, et al. Dificuldades encontradas pelas pessoas idosas em tempo de pandemia pela COVID-19. Enferm Bras. 2022; 21(3): 302-17.

20. Guo T, Shen Q, Guo W, He W, Li J, Zhang Y, et al. Clinical Characteristics of Elderly Patients with COVID-19 in Hunan Province, China: A Multicenter, Retrospective Study. Gerontology. 2020; 66(5): 467-75.

21. Liu K, Fang YY, Deng Y, Liu W, Wang MF, Ma JP, et al. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. Chin Med J (Engl). 2020; 133(9):1025-31.

22. Nascimento VA, Oliveira JA, Moreira MNG, Oliveira JB, Gonzaga VR, Haddad MF. Características clínicas e efeitos do Covid-19 nos pacientes idosos: uma revisão integrativa. Arch Health Investig. 2020; 9(6): 617-22.

23. Nikpouraghdam M, Farahani AJ, Alishiri G, Heydari S, Ebrahimnia M, Samadinia H, et al. Epidemiological characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients in IRAN: A single center study. J Clin Virol. 2020;127: 104378.

24. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, et al. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. Arch Gerontol Geriatr. 2020;89:104058.

25. Zhao M, Wang M, Zhang J, Gu J, Zhang P, Xu Y, et al. Comparison of clinical characteristics and outcomes of patients with coronavirus disease 2019 at different ages. Aging. 2020; 12(11): 10070-86.

26. Liu K, Zhang W, Yang Y, Zhang J, Li Y, Chen Y. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. Complement Ther Clin Pract. 2020;39:101166.

27. Embrett M, Sim SM, Caldwell HA, Boulos L, Yu Z, Agarwal G, et al. Barriers to and strategies to address COVID-19 testing hesitancy: a rapid scoping review. BMC Public Health. 2022; 22(1): 750.

28. Gleeson H. et al. The costs for these exams may have been one of the factors that affected testing, especially for the most needy population. Journal Compilation, 2023.

29. Agyemang C, Richters A, Jolani S, Hendriks S, Zalpuri S, Yu E, et al. Ethnic minority status as social determinant for COVID-19 infection, hospitalisation, severity, ICU admission and deaths in the early phase of the pandemic: a meta-analysis. BMJ Glob. Health. 2021; 6(11): e007433

30. Sardinha DM, Silva MJA, Bispo SKS, Silva APO, Lima KVB, Ferreira IP, et al. Prevalence of COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2025; 13: 1622247.

31. Law MC, Chiu PKF. Global COVID-19 vaccine hesitancy among elderly: a systematic review. Vaccine X. 2024; 21: 100584.

32. Seara-Morais GJ, Avelino-Silva TJ, Couto M, Avelino-Silva VI. The pervasive association between political ideology and COVID-19 vaccine uptake in Brazil: an ecologic study. BMC Health. 2023; 23(1): 1606.

33. Camargo ELS, Ribeiro CJN, Santos GRS, Almeida VS, Carvalho HEF, et al. Belief in Conspiracy Theories about COVID-19 Vaccines among Brazilians: A National Cross-Sectional Study. COVID. 2024; 4(4): 518-30.

34. Ayres, JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 375-417.

35. Lima KC. O envelhecimento e as múltiplas faces das desigualdades no Brasil. Scielo Perspect: Humanas. 2020; 23(6).

36. Narciso I, Oliveira F, Andrade SN, Coelho KR. O isolamento social no contexto da pandemia covid-19 e a saúde mental: perspectivas de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2024; 27:e230172.

37. Jaccoud L. Idosos em situação de isolamento social: uma abordagem macrossetorial: Texto para Discussão. Brasília, DF: IPEA; 2024.

38. Viegas LL, Ventura DFL, Ventura M. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. Cad. Saúde Pública. 2022; 38(1):e00168121.

39. Viana SAA, Silva ML, Lima PT. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença COVID-19: uma revisão literária. Diálogos Saúde. 2020;3(1):1-16.

40. Sousa CR, Coutinho JF, Freire Neto JB, Barbosa RGB, Marques MB, Diniz JL. Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2022; 75(2): 20200399.

41. Costa FB. A saúde mental em meio à pandemia COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 2024 maio 20]. Disponível em: https://dac.unb.br/images/DASU/PANDEMIA/Nota_informativa_-_A_Sade_Mental_e_a_Pandemia_COVID19.pdf

42. Viana MMO, Duarte LS, Escuder MML, Garcia MT, Fernandez M, Costa MIS, et al. Organização da Atenção Primária paulista no enfrentamento da COVID-19: análise segundo porte populacional. Cienc saúde Coletiva. 2023;28(12):3471-82.

43. Szepietowski J, Matusiak L, Szepietowska M, Krajewski P, Białynicki-Birula R. Face Mask-induced Itch: A Self-questionnaire Study of 2,315 Responders During the COVID-19 Pandemic. Acta Derm Venereol. 2020; 100(10): adv00152.

44. Lima ABL, Chicone MC. O impacto da pandemia na saúde e vida diária do idoso. Anais do 1 Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG; 2020. Igarassu, 2020.

45. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. Ciênc. Saúde Coletiva. 2021; 26(1): 77-88.

46. Costa PHA, Mendes KT. Saúde Mental em Tempos de Crise e Pandemia: Um Diálogo com Martín-Baró. Rev. Psicol. Saúde. 2021; 13(1): 217-31.

47. Carneiro JLS, Ayres JRCM. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. Rev. Saúde Pública. 2021; 55:29.

48. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. Rev Esc Enferm USP. 2019;53: 03429.

49. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO; 2001. p. 113-126.

50. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Interface. 2004; 8(14): 73-92.

51. Marcolin SMS. A pessoa idosa no contexto da pandemia da COVID-19: vulnerabilidades se enfrentam com direitos e políticas públicas sociais [trabalho de conclusão de curso]. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul; 2022.

52. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2297–2305.

53. Pereira DAG, Oliveira LC, Poeiras PTC, Nogueira TD, Ferreira FR. Autocuidado apoiado remoto para pessoas com doença arterial periférica. Rev Bras Extensao Univ. 2021;12(3):387-96.

54. Ros CD, Peres AM, Kalinowski CE, Souza MAR, Straub M, Montenegro LC, et al. Modelo assistencial na atenção primária à saúde: acesso e integralidade do cuidado durante a pandemia covid-19. Cogitare Enferm. 2023; 28: 89671.

55. Menéndez EL. Hegemonic medical model: possible trends, and more or less imaginary trends. Salud colectiva. 2020; 16: e2615.

56. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n. 04/2020 [Internet]. Brasília: ANVISA, 2021 [citado 2023 Jul 29]. Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf

57. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, Mckee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. BMJ. 2020; 368: m1052.

58. White DB, Lo B. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. JAMA. 2020; 323(18): 1773-4.

59. Rodrigues JLSQ, Villar VCFL, Duarte SDM, Corrêa CDTSO, Reis EC, Janotti L. Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. Saúde debate. 2022; 46(spe1): 165-80.

60. Veiga TFSO, Estrela MNF, Sobral LPF, Sousa JTA, Oliveira FIL, Silva AFP, et al. SUS: uma revisão bibliografica sobre o Sistema Único De Saúde durante a pandemia da Covid-19. Braz J Dev. 2022; 8(4): 27896-908.

61. Marques R, Raimundo JA. O negacionismo científico refletido na pandemia da covid-19. Bol. Conjuntura. 2021; 7(20): 67-78.

62. Giron MEVS, Cavalaro JD, Marques FRDM, Gallo AM, Baccon WC, Santos GA, et al. Vivência da internação hospitalar em idosos com Covid-19. Rev Eletronica Acervo. 2024; 24(1): e14001.

63. Faleiros VP, Caetano MJP. Repercussões da irrresponsabilidade, do negacionismo e da necropolítica na saúde mental durante a pandemia da covid-19. Soc. Estado. 2024; 39(3): e53580.

64. Curvelo RD, Ribeiro AC, Uehara SCSA. Assistência à saúde de pacientes com COVID longa: uma revisão de escopo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2024; 58: e20240056.

65. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 6. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

66. Mendes EV, editor. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

67. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2001; 6(1): 63–72.