



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maria Alice de Freitas

**PERCORRENDO O CAMINHO DA PERDA E DO LUTO EM PESSOAS IDOSAS:
TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA**

Florianópolis
2023

Maria Alice de Freitas

**Percorrendo o Caminho da Perda e do Luto em Pessoas Idosas: Teoria
Fundamentada nos Dados Construtivista**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Enfermagem

Linha de atuação de Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr^a Angela Maria Alvarez.

Coorientador: Prof. Dr Daniel Alan Nagel.

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Freitas, Maria Alice de
PERCORRENDO O CAMINHO DA PERDA E DO LUTO EM PESSOAS
IDOSAS: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA /
Maria Alice de Freitas ; orientador, Angela Maria
Alvarez, coorientador, Daniel Alan Nagel, 2023.
261 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Saúde da Pessoa Idosa. 3. Perda. 4.
Luto. 5. Enfermagem. I. Alvarez, Angela Maria . II. Nagel,
Daniel Alan. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Maria Alice de Freitas

**Percorrendo o Caminho da Perda e do Luto em Pessoas Idosas: Teoria
Fundamentada nos Dados Construtivista**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 08 de agosto de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. José Luis Guedes dos Santos, Dr.
PEN/UFSC

Profa. Maria Ribeiro Lacerda Dra
PEN/UFPR

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa
PEN/UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Prof. (a). Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dr. (a)
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Angela Maria Alvarez, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2023.

Este trabalho não poderia ser dedicado a outras pessoas: Vô, Vó, Mãe, Pai e Irmã, que com suas vidas me ensinaram a perseguir meus sonhos e com suas partidas tornaram possível que eu compreendesse a perda e o luto de outras pessoas.

AGRADECIMENTOS

Não caberiam nestas páginas os nomes de todas as pessoas as quais eu deveria agradecer por estar agora na minha "linha de chegada" do doutorado. Sozinho não se faz nem as pequenas coisas, quanto mais coisas tão importantes quanto um doutorado. Admitindo a culpa por saber que muitos não estarão citados aqui, tento agradecer agora aqueles que, junto comigo, são protagonistas dessa história.

Agradeço aos meus pais, Riolando (*in memorian*) e Neuza (*in memorian*), que desde que lembro de minha existência me ensinaram que a educação é o maior dos tesouros, um privilégio e a única fonte verdadeira de empoderamento. Obrigada por terem feito muito mais do que podiam para que eu estudasse nos melhores lugares, por considerarem desde cedo minhas inquietações e dúvidas como legítimas, me tornando assim uma criança curiosa e interessada, características que, tenho certeza, me tornaram pesquisadora. Vocês são os maiores responsáveis pelo caminho que trilhei, mais que isso, vocês são parte de quem eu sou, a parte que nunca cogitou desistir, que foi incansável mesmo em meio às inúmeras dificuldades, dentre as quais, despedir-me de vocês foi a maior delas. Em honra a memória de vocês, comprometo-me a manter o meu amor pela educação sempre vivo, e independente de ter chegado a esse momento tão especial da minha carreira, sei que meu desejo de aprimoramento continuará pulsando em mim, graças a vocês. Eterna gratidão aos meus maiores incentivadores!

Agradeço ao meu querido esposo, Taiã, que está do meu lado desde o meu primeiro ano como universitária. Você já acreditava em mim desde que era uma enfermeira em formação e me viu subir cada pequeno degrau. Você acompanhou cada dificuldade que enfrentei e nunca duvidou que eu chegaria até aqui, na verdade, em muitos momentos, acreditou mais em mim do que eu mesma. Seu amor, bom humor, alegria e leveza me inspiram e a nossa vida tão leve, alegre e especial, me deram a estabilidade necessária para me dedicar ao doutorado da forma como essa fase merecia. Sei que uma enorme parcela da minha saúde mental se deve a sorte de ter te encontrado. Sorte sim, no nosso encontro, mas tudo o que veio depois foi mérito da dedicação, respeito e carinho sem medidas, que você tem demonstrado nestes quinze anos juntos. Eu te amo, obrigada!

Sou grata a minha irmã, Queila (*in memorian*), que além de ter sido uma das pessoas mais doces e amáveis que passaram por minha vida, e de ter me dado amor,

suporte e apoio incansáveis, desde o meu nascimento, ainda me permitiu entender, acompanhando a sua finitude, as consequências que o luto pode acarretar. Você despertou em mim uma inquietação ainda maior sobre as consequências da perda de quem amamos, e na época de sua partida, eu jamais imaginava tudo o que viria a descobrir sobre esse fenômeno. Você estará sempre presente em mim!

Agradeço ao meu irmão, João Paulo, minha referência de esforço, foco e inteligência, durante toda a minha vida. Sem o seu exemplo eu não teria escolhido essa trajetória. Você me ensinou a honrar a confiança daqueles que nos amam, dando o nosso melhor no que fazemos. Você também esteve ao meu lado e sentiu as mesmas dores que as minhas, sem nunca desistir, e isso me inspirou, me deu as ferramentas necessárias para seguir em frente. Que orgulho tenho de você por também ter concluído o seu doutorado, depois de tudo o que vivemos e ainda dedicar tempo à criação das suas filhas, que são os nossos maiores tesouros. Eu amo você, enquanto eu viver estarei do seu lado e como é reconfortante saber que também posso contar contigo.

Agradeço a minha Tia, Cleusa, que sempre esteve ao meu lado. Que pagou a inscrição do meu primeiro vestibular e que sempre acreditou que eu seria uma boa enfermeira, ainda antes do início dos meus estudos universitários. A cada passo que eu dava na minha carreira você me incentivava, e sempre me lembrou que eu chegaria até aqui, além de ser um exemplo de educadora e profissional comprometida. Muito obrigada, amada Tia!

Agradeço às minhas sobrinhas, que são minha fonte de alegria e que me fazem aprender a cada dia que a vida se renova e que é sempre possível reinventar quem somos, para seguir em frente por aqueles que ainda estão aqui e precisam de nós.

Agradeço aos meus avós, que com sua amorosidade e generosidade, me ensinaram a respeitar e ouvir as pessoas idosas, desde muito pequena. Obrigada por todas as histórias, obrigada por terem compartilhado comigo toda a sua sabedoria, fatores que definitivamente fizeram com que eu me interessasse tanto pela vida das pessoas que viveram mais que eu, e que me levaram a descobrir o que vim fazer nesse mundo: estudar a saúde das pessoas idosas e contar suas histórias.

Agradeço a uma querida amiga, que foi a primeira pessoa que me pegou pela mão e me fez acreditar que a carreira acadêmica na UFSC era um lugar que eu poderia ocupar. Adri, nossa parceria me motivou inúmeras vezes. Seu foco,

determinação, empoderamento e ombro amigo não foram só especiais, foram, na verdade, um divisor de águas na minha história. Sei que aquele dia que nos conhecemos e que compartilhamos nosso desejo de fazer mestrado, foi um marco definidor da minha trajetória profissional. O resto todo que se passou depois disso é história, a nossa história de amizade, que está dentre as coisas mais bonitas que me aconteceram. Obrigada!

Seria muito injusta se tentasse citar aqui todas as outras amigadas que estiveram ao meu lado nesses anos de formação, que me deram apoio, me fizeram sorrir, me fizeram acreditar que era possível, seguraram as pontas no trabalho, abriram algumas portas da vida acadêmica, tornaram tudo mais leve, entenderam minhas ausências e se alegraram com cada etapa que eu venci. Amigos queridos, vocês sabem quem são, obrigada!

Agradeço a todas as pessoas idosas com as quais já aprendi, desde a minha infância, na convivência com meus avós e familiares mais velhos, até todos aqueles que já cuidei como enfermeira, ou que já compartilharam suas histórias para compor minhas pesquisas de iniciação científica, TCC, mestrado e doutorado. Que me receberam em suas casas e abriram o que tinham de mais precioso: as suas histórias. Quanta generosidade em compartilhar seus relatos, que não me permitiram apenas entender fenômenos de pesquisa, mas também entender sobre a vida, especialmente sobre a minha própria existência. Serei eternamente grata!

Agradeço a Prefeitura Municipal de Joinville e ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC) que me permitiram conciliar o trabalho com a pós-graduação e agradeço a todos os pacientes e alunos que convivi em decorrência do meu trabalho e que me fizeram entender o mundo da forma como entendo hoje.

Agradeço a todos os meus professores, desde o meu primeiro dia na escola até o último dia do doutorado, sem o incentivo de vocês e conhecimento compartilhado, os passos necessários para estar aqui hoje não teriam sido dados. Em especial a Prof^a Dra Angela Alvarez, que desde o mestrado confiou no meu potencial e me incentivou a ir sempre mais longe do que eu conseguiria imaginar. Agradeço também ao Prof^o Dr. Daniel Nagel, que além de aceitar ser coorientador deste trabalho, aceitou me receber no seu país e me proporcionou uma das mais incríveis experiências de aprendizado que eu poderia sonhar.

Agradeço ainda aos profissionais da atenção primária, especialmente às enfermeiras das unidades e às agentes comunitárias de saúde, sem as quais essa pesquisa não teria sido possível.

Agradeço aos professores membros da banca por suas generosas contribuições, desde o momento da qualificação do projeto, até agora. Foram escolhidos por representarem em sua trajetória profissional toda a potencialidade, comprometimento e conhecimento científico da enfermagem. Muito obrigada!

Agradeço ao Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas (GESPI), seus professores, alunos e membros participantes, que me acolheram desde o meu primeiro dia e não mediram esforços para contribuir com as minhas necessidades durante todos os anos de formação.

Finalmente, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e à Universidade Federal de Santa Catarina, por ter transformado completamente a minha história, por ter me permitido realizar sonhos, descobrir quem sou, firmar meus valores e definir meu propósito. E por me permitir dizer com orgulho que estudei em um dos melhores programas de pós-graduação de enfermagem do país.

RESUMO

Introdução: Uma perda significativa pode agravar problemas de saúde existentes e gerar demandas nos mais variados aspectos da vida de pessoas idosas. Existem poucos estudos e nenhuma teoria que aborde especificamente a perda e o luto em idosos para orientar a prática de enfermagem. **Objetivo:** construir teoria sobre os processos pelos quais as pessoas idosas passam quando perdem uma pessoa próxima e vivenciam o luto. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, de caráter explicativo, orientada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista. Participaram do estudo 24 pessoas idosas que tinham perdido uma pessoa próxima há mais de 30 dias, pertencentes aos territórios de três Unidades Básicas de Saúde da Família. Os dados incluíram entrevistas com as pessoas idosas, registros em memorandos e construção de diagramas a partir da amostragem teórica e comparação constante dos dados. A codificação dos dados foi realizada com o auxílio do *software* NVIVO® e as proposições foram oriundas dos dados e refletidas na perspectiva do Interacionismo Simbólico. O estudo atendeu as recomendações da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo CEPESH/UFSC – Parecer favorável nº 46870421.9.0000.0121. **Resultados:** a presente tese de doutorado é composta por quatro resultados: 1) um manuscrito intitulado: "Ressignificação do Processo de Luto da Pessoa Idosa no Território: Revisão Integrativa.", na qual foram identificadas as estratégias de resignificação do processo de luto, utilizadas por pessoas idosas no território, a partir das evidências científicas. 2) Uma teoria, denominada: "Percorrendo o Caminho da Perda e do Luto em Pessoas Idosas: Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista", a qual explicou os processos pelos quais passam as pessoas idosas quando perdem um próximo. Um manuscrito intitulado 3) "Cuidado em Saúde às Pessoas em Situação de Perda e Luto", que explorou os fatores relativos a relação entre as pessoas idosas em luto e os profissionais e instituições de saúde, e outro manuscrito intitulado 4) "Experienciando a Perda e o Luto Durante a Pandemia por Covid-19", que analisou os efeitos da vivência pandemia em idosos que perderam seus próximos. **Considerações Finais:** neste estudo foi possível identificar como as vivências dos idosos no período de pandemia de Covid-19 repercutiram no seu processo de perda e luto, sendo influenciados por fatores, como a interrupção do cuidado, ausência dos ritos funerários, impossibilidade de dizer adeus e isolamento social. Se destaca, também, que os aspectos envolvidos no cuidado de idosos que perderam próximos são caracterizados por uma cultura institucional de baixa valorização do luto como um fator condicionante de saúde e doença. Notou-se que esse é um fenômeno complexo, composto pelo estabelecimento de uma relação terapêutica e permeado por dualidades, em que espaços de poder ainda são majoritariamente ocupados pelos profissionais de saúde. Evidências aqui apresentadas podem orientar as organizações a desenvolver políticas para identificar indivíduos que sofreram perdas e facilitar a continuidade dos cuidados no luto. Sustenta-se, finalmente, que todas as pessoas idosas que participaram deste estudo definiram a perda e o luto como processos centrais do fenômeno e que os dados aqui apresentados sustentam a tese de que as pessoas idosas passam pela perda de seus próximos e vivenciam o luto por meio de interações sociais, buscando por apoio e reinventando seu self enquanto percorrem esse caminho.

Palavras-chave: Luto, Pessoa Idosa, Saúde da Pessoa Idosa, Enfermagem; Covid-19; Cuidado Universal de Saúde, Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: A significant loss can aggravate existing health problems and generate demands in the most varied aspects of the lives of elderly people. There are few studies and no theory that specifically addresses loss and grief in the elderly to guide nursing practice. **Objective:** to build theory about the processes that elderly people go through when they lose a close person and experience grief. **Methodology:** qualitative, explanatory research, guided by the theoretical-methodological framework of the Grounded Theory on Constructivist Data. The study included 24 elderly people who had lost a close person more than 30 days ago, belonging to the territories of three Basic Family Health Units. The data included interviews with the elderly, records in memos and construction of diagrams from theoretical sampling and constant comparison of data. Data coding was carried out with the aid of the NVIVO® software and propositions were derived from the data and reflected from the perspective of Symbolic Interactionism. The study complied with the recommendations of Resolution 466/12 and was approved by CEPESH/UFSC - Favorable Opinion No. 46870421.9.0000.0121. **Results:** this work is composed of four results: 1) a manuscript entitled: "Re-signification of the Grief Process of the Elderly in the Territory: Integrative Review.", in which the strategies for re-signification of the mourning process, used by elderly people in the territory, based on scientific evidence. 2) A theory, called: "Walking the Path of Loss and Grief in Elderly People: Constructivist Grounded Theory", which explained the processes that elderly people go through when they lose a neighbor. A manuscript entitled 3) "Health Care for People in Situations of Loss and Grief", which explored the factors related to the relationship between elderly people in mourning and health professionals and institutions, and another manuscript entitled 4) "Experiencing the Loss and Grief During the Covid-19 Pandemic", which analyzed the effects of the pandemic experience on elderly people who lost their loved ones. **Final Considerations:** in this study, it was possible to identify how the experiences of the elderly during the Covid-19 pandemic period had repercussions on their process of loss and grief, being influenced by factors such as interruption of care, absence of funeral rites, impossibility of saying goodbye and social isolation. It is also noteworthy that the aspects involved in the care of elderly people who have lost loved ones are characterized by an institutional culture of low appreciation of grief as a conditioning factor for health and illness. It was noted that this is a complex phenomenon, consisting of the establishment of a therapeutic relationship and permeated by dualities, in which spaces of power are still mostly occupied by health professionals. Evidence presented here can guide organizations to develop policies to identify individuals who have suffered loss and facilitate the continuity of care in the bereavement. Finally, it is argued that all elderly people who participated in this study defined loss and mourning as central processes of the phenomenon and that the data presented here support the thesis that elderly people go through the loss of their close ones and experience mourning through social interactions, seeking support and reinventing their self as they walk this path.

Keywords: Mourning, Elderly Person, Health of the Elderly Person, Nursing; Covid-19; Universal Health Care, Health Services for the Elderly.

RESUMEN

Introducción: una pérdida significativa puede agravar problemas de salud existentes y generar demandas en los más variados aspectos de la vida de las personas mayores. Existen pocos estudios y ninguna teoría que aborde específicamente la pérdida y el duelo en las personas mayores para guiar la práctica de enfermería. **Objetivo:** construir teoría sobre los procesos que atraviesan las personas mayores cuando pierden a una persona cercana y experimentan duelo. **Metodología:** investigación cualitativa, explicativa, guiada por el marco teórico-metodológico de la Teoría Fundamentada en Datos Constructivistas. El estudio incluyó a 24 personas mayores que habían perdido a un ser querido hace más de 30 días, pertenecientes a los territorios de tres Unidades de Salud de la Familia. Los datos incluyeron entrevistas con ancianos, registros en memorandos y construcción de diagramas a partir de muestreo teórico y comparación constante de datos. La codificación de datos se llevó con la ayuda del software NVIVO® y las proposiciones se derivaron de los datos y se reflejaron desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico. El estudio cumplió con las recomendaciones de la Resolución 466/12 y fue aprobado por CEPESH/UFSC - Opinión favorable n° 46870421.9.0000.0121. **Resultados:** esta tesis doctoral se compone de cuatro resultados: 1) un manuscrito titulado: "Resignificación del proceso de duelo de las personas mayores en el territorio: revisión integradora", en el que se analizan las estrategias de resignificación del proceso de duelo, utilizadas por las personas mayores en el territorio, con base en evidencia científica 2) Una teoría, denominada: "Recorriendo el Camino de la Pérdida y el Duelo en las Personas Mayores: Teoría Basada en Datos Constructivistas", que explicaba los procesos que atraviesan las personas mayores cuando perder un vecino. Un manuscrito titulado 3) "Atención a la salud de personas en situación de pérdida y duelo", que exploró los factores relacionados con la relación entre las personas mayores en duelo y los profesionales e instituciones de salud, y otro manuscrito titulado 4) "Vivir la pérdida y el duelo durante the Covid-19 Pandemic", que analizó los efectos de la experiencia pandémica en las personas mayores que perdieron a sus seres queridos. **Consideraciones Finales:** fue posible identificar cómo las vivencias de las personas mayores durante el período de la pandemia repercutieron en su proceso de pérdida y duelo, siendo influenciadas pela interrupción de cuidados, ausencia de ritos funerarios, imposibilidad de decir adiós y aislamiento social. Se destaca que los aspectos involucrados en el cuidado de las personas mayores que han perdido a sus seres queridos se caracterizan por una cultura institucional de baja valoración del duelo como factor condicionante de la salud. Se constató que es un fenómeno complejo, en el establecimiento de una relación terapéutica y permeado por dualidades, en los cuales los espacios de poder son ocupados mayoritariamente por profesionales de la salud. La evidencia puede guiar a las organizaciones a desarrollar políticas para identificar a las personas que han sufrido una pérdida y facilitar la continuidad de la atención en el duelo. Se argumenta que todas las personas mayores que participaron en este estudio definieron la pérdida y el duelo como procesos centrales del fenómeno y que los datos aquí presentados apoyan la tesis de que las personas mayores atraviesan la pérdida de sus seres queridos y experimentan el duelo a través de interacciones sociales. , buscando apoyo y reinventándose a medida que recorren este camino.

Palabras clave: Duelo, Anciano, Salud del Anciano, Enfermería; COVID-19; Atención Universal de Salud, Servicios de Salud para el Adulto Mayor.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de busca nas bases de dados	48
Figura 2 - Percurso metodológico da pesquisa.....	90
Figura 3 - Diagrama sobre os Aspectos, Atores e Cenários de "Percorrendo o Caminho da Perda e do Luto em Pessoas Idosas"	105
Figura 4 - Modelo de "Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas", colorida e legendada	155
Figura 5 - Modelo de "Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas" em preto e branco, não legendada	156
Figura 6 - Diagrama representativo da interação das categorias com o fenômeno, Brasil, 2023	213

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais teorias sobre o processo de luto	32
Quadro 2 - Caracterização dos artigos selecionados	50
Quadro 3 – Características diferenciais das três vertentes da TFD.....	68
Quadro 4 - Elementos Conceituais do Interacionismo Simbólico	72
Quadro 5 - Cobertura de ESF no município de Joinville	77
Quadro 6 - Modelo de guia para a redação de memorandos utilizados na pesquisa	86
Quadro 7 - Dados demográficos	100
Quadro 8 - Caracterização dos aspectos relacionado à perda e ao luto	101
Quadro 9 - Resumo das propriedades decorrentes dos subprocessos e processos de "caminhando pelo caminho da perda e do luto"	102
Quadro 10 - Síntese da categorização ampliada, o cuidado de saúde recebido pela pessoa idosa em condição de luto por uma pessoa próxima, Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2023.....	185
Quadro 11 - Implicações da pesquisa para a área da enfermagem	224

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CEPESH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DECS	Descritores em Saúde
EAC	Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GESPI	Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano de Longevidade
IS	Interacionismo Simbólico
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<i>MeSH</i>	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PI	Pessoa Idosa
SC	Santa Catarina
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
TFDCon	Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná
UofM	University of Manitoba

SUMÁRIO

	APRESENTANDO O TRABALHO.....	17
1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2.3	TESE.....	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	A MORTE, O LUTO E A PERDA DURANTE O ENVELHECIMENTO E AS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA.....	27
3.1.1	A Morte e o Luto	27
3.1.2	A Perda de Entes Queridos na Fase do Envelhecimento, O Luto e O Cuidado De Enfermagem.....	37
3.2	MANUSCRITO 1 - RESSIGNIFICAÇÃO DO PROCESSO DE LUTO DA PESSOA IDOSA NO TERRITÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	45
4	APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	63
4.1	ABORDAGEM QUALITATIVA	63
4.2	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	64
4.3	INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	69
5	APRESENTANDO O PERCURSO METODOLÓGICO	75
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	75
5.2	LOCAL DO ESTUDO	75
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	78
5.4	COLETA DOS DADOS E CODIFICAÇÃO.....	79
5.4.1	Codificação Inicial.....	81
5.4.2	Codificação Focalizada.....	81
5.4.3	Entrevista Semiestruturada.....	82
5.4.4	Saturação dos Dados, Proposição e Validação da Teoria.	83
5.4.5	Memorandos	85
5.4.6	Diagramas	86
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	87
5.5.1	Percurso Metodológico.....	89

6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
6.1	TEORIA – PERCORRENDO O CAMINHO DA PERDA E DO LUTO EM PESSOAS IDOSAS: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA	91
6.2	MANUSCRITO 2 – CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PERDA E LUTO	179
6.3	MANUSCRITO 3 - EXPERIENCIANDO A PERDA E O LUTO DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19	200
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
7.1	LIMITAÇÕES	223
7.2	IMPLICAÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM.....	224
7.3	RECOMENDAÇÕES	225
	REFERÊNCIAS	227
	APÊNDICE A – RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE DOUTORADO SANDUÍCHE	245
	APÊNDICE B – ROTEIRO INICIAL PARA ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS	250
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	251
	APÊNDICE D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA ..	255
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE	260

APRESENTANDO O PESQUISADOR E O TEMA DO TRABALHO

É preciso durante toda a vida aprender a viver e, o que talvez cause maior admiração, é que é preciso durante toda a vida aprender a morrer.
(Sêneca 4 a.C. - 65 d.C)

Os fenômenos explicados nesta pesquisa de tese são a perda e o luto vividos por pessoas idosas. Este estudo está vinculado ao Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas (GESPI) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN/UFSC). A temática da saúde da pessoa idosa me despertou interesse ainda na Graduação em Enfermagem, que realizei pela Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná (UNICENTRO), na qual desenvolvi iniciação científica na área de gerontologia, por dois anos. Àquela época o envelhecimento já era um território conhecido desde a minha infância, por ter tido minha criação compartilhada com meus avós, que eram pessoas que tinham uma rede de convivência ampla com pessoas de sua idade. Dessa forma, os diálogos sobre as questões que cercam o envelhecimento, eram cotidianos para mim, nas longas conversas que gostava de ter com meus avós e com todas aquelas pessoas que tinham tantas histórias para contar.

Após a minha formação inicial como enfermeira, nunca me distanciei dos estudos gerontológicos, pela oportunidade de prestar cuidados as pessoas idosas em todos os locais em que atuei na assistência. Ao perceber essa demanda cada vez mais frequente, busquei na Pós-graduação em Saúde da Pessoa Idosa aprofundar meus conhecimentos. O desejo de estudar a área mais profundamente e de pesquisar cientificamente me levaram até o mestrado, no qual investiguei as melhores práticas desenvolvidas por enfermeiros da atenção primária à saúde para pessoas idosas.

O conhecimento que me trouxe o mestrado levou-me a compreender a maneira como certos enfermeiros se dedicavam ao cuidado do idoso na atenção primária em saúde, por meio da realização de ações humanizadas e muitas vezes inovadoras em termos de cuidados com a pessoa idosa. Esta aproximação por meio da pesquisa fez com que eu identificasse algumas áreas essenciais para a saúde da pessoa idosa que ainda não estão dentre as prioridades em saúde, como a desassistência relacionada aos processos de perda familiar e luto, que sem dúvidas

está entre os momentos mais difíceis que o ser humano pode vivenciar. Este foi uma das principais forças motrizes que me levaram a dar continuidade aos estudos e iniciar a jornada do doutorado, investigar as histórias das pessoas idosas, contar suas dores e compreender o que a perda e o luto ocasionam em suas vidas.

Chegando ao final desta caminhada, cheia de ânimo para prosseguir nos estudos que ajudem as pessoas idosas em suas necessidades e contribuindo para a proposição de práticas de cuidados mais efetivas à essas pessoas num momento tão especial de suas vidas, apresento a tese intitulada: *Percorrendo o Caminho da Perda e do Luto em Pessoas Idosas: Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista*.

Tendo em vista o fenômeno apresentado, a disposição sequencial dos capítulos desta tese contempla uma revisão de literatura narrativa e outra integrativa, sobre os temas adjacentes à perda e o luto de pessoas idosas e o cuidado de saúde. Declara-se que essa primeira parte de estudo e revisão foi fundamental para o preparo da pesquisa e dos procedimentos para a coleta de dados. Na sequência está exposta a metodologia do trabalho, que descreve como se chegou aos resultados, os quais apresentam-se no formato de um capítulo completo que traz a teoria, a qual optou-se por ser apresentada na íntegra e intitula-se : "Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas: teoria fundamentada nos dados construtivista", e outros dois manuscritos, oriundos dos dados, que complementam o fenômeno desta tese com os títulos "Cuidado em Saúde às pessoas em situação de perda e luto" e "Experienciando a Perda e o Luto Durante a Pandemia por Covid-19". Ao final poderão ser apreciadas as considerações finais, limitações e recomendações propostas a partir dos resultados desta tese.

Ressalto nesta apresentação a importância que o desenvolvimento do Doutorado Sanduíche no *College of Nursing da University of Manitoba, Winnipeg, Canadá*, teve para este estudo (APÊNDICE A). O supervisor de tal experiência foi o Professor Doutor Daniel Nagel, pesquisador com experiência na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados e que também é coorientador deste trabalho. Esse período forneceu importante suporte para a condução teórico metodológica do fenômeno, assim como contribuiu para o desenvolvimento da minha formação pessoal, profissional e acadêmica.

1 INTRODUÇÃO

Investigar os aspectos relacionados ao processo de luto em pessoas idosas diz respeito a um tema de grande relevância, uma vez que este público possui particularidades que o difere das demais faixas etárias, sobretudo, em se tratando de um dos momentos mais delicados da vida humana: a perda de uma pessoa próxima. Somado a isso, as estimativas são para que a população com mais de sessenta anos aumente exponencialmente nos próximos anos, em decorrência da mudança no perfil demográfico brasileiro, o que reforça a demanda por investigações científicas sobre suas vivências. Cabe ressaltar que o aumento da expectativa de vida é uma das mais importantes conquistas sociais de um país, no entanto, esta deve estar acompanhada de melhorias na qualidade de vida, políticas econômicas e de saúde da população idosa (VERAS; OLIVEIRA, 2018; ISHIKAWA, 2020; KASHI; MIRZAZADEH; SAATCHIAN, 2023).

A transformação demográfica mais significativa da América Latina iniciou há 40 anos, influenciada pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade. A queda destas taxas elevou a expectativa de vida das populações latinas, seguindo a tendência europeia. A velocidade que isso ocorreu, entre os anos de 1990 e 2013 elevou a expectativa de vida global em 5,3 anos (em homens) e 5,7 anos em mulheres. Esse aumento é fruto de um avanço nas políticas públicas de saúde e da redução das desigualdades sociais e acesso a tratamentos (GBD, 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018; MACINKO *et al.*, 2019).

O Brasil acompanha o aumento da expectativa de vida global. A população idosa do país já ultrapassou os 30 milhões no ano de 2017, com destaque para o seguimento das pessoas com mais de 80 anos, que é o que mais cresce. Lembrando que, no Brasil, considera-se idosos pessoas com 60 anos completos ou mais. Destas, 70% ainda são consideradas autônomas, embora boa parte possua fragilidades ou doenças crônicas. De qualquer forma, essa é uma população que contribui para a manutenção de sua família, na maior parte dos casos, e muitos continuam com alguma atividade laboral. Os últimos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirmam que a expectativa de vida da população brasileira é de 76 anos (LIMA-COSTA *et al.*, 2018; MINAYO, FIRMO, 2019; IBGE, 2020).

Nos anos recentes, houve um progresso sem precedentes nas investigações sobre o envelhecimento, a partir da observação de que existem formas diferentes de envelhecer ao redor do mundo. Apesar de tais esforços ainda há muito a ser descoberto nessa área, numa tentativa de compreender de maneira profunda o processo de envelhecimento e todas as implicações que compõem as diversas camadas de tal fenômeno, sejam essas de ordem biológica, genética, social, cultural e mental (CAI *et al.*, 2022).

Ressalvadas as diferenças sócio geográficas, o estudo de Baltes e Smith, realizado na Europa, aponta para a tendência de que a população idosa, quando em condições oportunas de saúde e assistência, tende a melhorar sua qualidade de vida por faixas de idade cada vez mais longínquas. Essa qualidade de vida, segundo os autores, expressa-se através da melhoria de habilidades físicas e mentais, acúmulo de inteligência emocional e sabedoria, sensação de bem-estar pessoal e emocional, amadurecimento na forma com que encara ganhos e perdas na vida e melhoria na capacidade de superar impactos negativos em sua caminhada (BALTES, SMITH, 2006; MINAYO; FIRMO, 2019).

O processo de luto por perdas durante o envelhecimento humano merece atenção por parte dos profissionais de saúde, pois gera grande impacto na qualidade de vida destas pessoas e de seus familiares. Sendo o envelhecimento um tema complexo, qualquer discussão precisa estar alicerçada no contexto social e considerar os aspectos biopsicosociológicos e culturais em que cada pessoa idosa se encontra. Tomando-se da premissa de que o processo de envelhecimento é multideterminado e vivido de maneira particular, é imprescindível que se investigue os sistemas de valores e crenças dessa população, para que seja possível traçar políticas e planejamentos eficazes para o restabelecimento de sua saúde global após a ocorrência de um luto (BEAUVOIR, 1990; KREUZ, FRANCO, 2017; ISHIKAWA, 2020; LI *et al.*, 2023).

As pessoas idosas naturalmente caminham por um território de perdas relativas ao seu próprio envelhecimento, resultantes das transformações do corpo, da mente e da configuração familiar. Além disso, estão mais expostas a perda de pessoas próximas como amigos, cônjuges e familiares em decorrência do avançar da idade daqueles com os quais convivem. Assim, apesar das possibilidades positivas de aprendizado e melhoria da qualidade de vida, quem encontra-se na fase do

envelhecimento enfrentará inevitavelmente o luto (BEAUVOIR, 1990; STROEBE, SCHUT, 1999; KREUZ, FRANCO, 2017; LI *et al.*, 2023).

Apesar de a temática que envolve a morte e morrer ser estudada há muitos anos dentro da área da saúde, os estudos sobre o luto em si, são mais restritos. Sabe-se da relevância de se estudar a respeito do processo de morte e morrer daqueles que estão partindo, mas buscar descobertas sobre o processo de luto, ou seja, daqueles que ficam, e qual o impacto da morte em suas vidas, é essencial para se prevenir agravos de saúde mental e física, sobretudo entre pessoas idosas. As teorias encontradas nas revisões narrativa e integrativa, realizadas para este trabalho, que versam sobre luto, não foram desenvolvidas especificamente para pessoas idosas, além de não estarem inseridas no contexto brasileiro (BOWLBY 1980; BROWN 1983; PARKES 1998; STROEBE; SCHUT, 1999; FREUD, 2001; KLUBER-ROSS, 2017; WORDEN, 2018).

Investigações científicas sobre o luto em pessoas idosas são necessárias, não só pelo crescimento acelerado desta população, mas também pelas características da vivência de um luto durante o envelhecimento, que engloba transformações emocionais, físicas, cognitivas e comportamentais mais delicadas. Sabe-se que o enfrentamento saudável do luto é influenciado pela rede de apoio da pessoa, por sua situação de saúde, sua disponibilidade a adaptação e suas possibilidades para a construção de uma nova rotina. Estes fatores diferem consideravelmente entre os ciclos de vida humana (WORDEN, 2018; FUSTINONI, CANIATO, 2019; WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020).

Dada a complexidade em se reconhecer a acolher as demandas oriundas da situação de luto em pessoas idosas, salienta-se a importância de se trabalhar essas necessidades no local mais próximo aos idosos: o território. Assim, são necessárias pesquisas que investiguem os fenômenos da perda e do luto em idosos para que estas orientem a articulação de serviços para a atenção integral à saúde da pessoa idosa (ACIOLE, BERGAMO, 2019).

Para os profissionais de saúde, o estudo sobre o cuidado a pessoa enlutada deve iniciar desde a formação acadêmica, apesar de o processo formativo de saúde ainda não estar voltado para o cuidado de uma família enlutada, sendo, inclusive, um tema evitado em alguns ambientes educacionais, por ser considerado tabu. Dentre os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS), o enfermeiro é o que passa maior tempo ao lado das pessoas idosas, seja na consulta de

enfermagem, procedimentos, visitas domiciliares e atividades grupais (BORGES; MENDES, 2012; DUPLANTIER, WILLIAMSON, 2023).

Além das implicações já discutidas sobre a perda e o luto em pessoas idosas, nos últimos três anos as pessoas têm vivenciado o luto em meio a um cenário pandêmico, em decorrência do vírus da Covid 19. Apesar das investigações recentes, sabe-se que o luto em meio ao cenário da Covid 19 está associado a probabilidades significativamente maiores em pessoas idosas. Nessa fase da vida, apesar de ser aparente uma crise e enlutamento coletivos, as pessoas idosas que estão passando pelo luto precisam particularmente de atenção em saúde (WANG; VERDERY; MARGOLIS; SMITH-GREENAWAY, 2022)

Cabe ressaltar que nem sempre os enfermeiros encontram-se capacitados para estabelecer uma relação de empatia e fortalecimento de vínculo com os enlutados, sendo muitas vezes, exigidos quanto a uma postura inflexível frente ao luto. Portanto, o intuito de gerar conhecimento a respeito do processo de perda e luto em pessoas idosas pode fornecer escopo teórico para que a enfermagem e para toda a área da saúde, no sentido de ajudar a amenizar traumas sofridos pelos idosos e sua família. Estudos que expliquem tal fenômeno podem orientar os profissionais sobre o preparo e o equilíbrio emocional que a situação exige. O luto em idosos requer profissionais competentes para atuar no território, de maneira que possam conduzir a uma resignificação de sua dor (SOUZA, SOUZA, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2021 BASTOS *et al.*, 2017; DUPLANTIER, WILLIAMSON, 2023).

Com vistas a contemplar o fenômeno exposto, opta-se neste trabalho por um referencial teórico metodológico que para além de compreender, também explique o fenômeno do luto em pessoas idosas: a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) na vertente construtivista de Charmaz (2009). Na TFD acredita-se que os significados dos fenômenos surgem dos dados e são explicados através de uma teoria baseada na linguagem, ações e símbolos compartilhados pelos grupos pesquisados. Assim, compreender e explicar os princípios da atividade humana e seus processos leva a solução de problemas na prática das pessoas e dos profissionais, perfazendo um importante princípio da investigação científica (GLASER, 1992; CHARMAZ, 2009a, p. 21; GIRARDON-PERLINI, SIMON, LACERDA, 2020).

A TFD construtivista tem como base filosófica o Construtivismo e o Interacionismo Simbólico (IS), este último, foi escolhido neste trabalho, também como referencial teórico que guiará a análise dos dados. A escolha se baseia no fato de que

o IS é potencialmente uma das abordagens mais adequadas para explicar processos sociais e para se estudar a mobilização de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais. Além disso, esse referencial reconhece o potencial das pessoas de lançar mão de símbolos para interpretar e adaptar-se a situações (CARVALHO, BORGES, REGO, 2010; DERHUN *et al.*, 2022).

A morte é um fenômeno que nos coloca perplexos diante de sua realidade, mesmo tratando-se de um acontecimento comum e tão antigo quanto a própria vida humana. Prevenir complicações do luto, além de restabelecer qualidade de vida ao enlutado, previne custos de saúde e fortalece o ser humano. Existe uma importante lacuna de pesquisa no que diz respeito ao luto e suas consequências a longo prazo (GHESQUIERE, SHEAR, DUAN, 2013; DAKURAH, KANWETUU, BODOMO, 2023).

A este ponto justifica-se o presente trabalho apropriando-se do referencial teórico metodológico da TDF Construtivista, na busca por respostas sobre a perda e o luto na pessoa idosa, bem como ações e interações que envolvem essa fase da vida. Partindo do que foi apresentado é importante explicar como tal fenômeno afeta a saúde destas pessoas. Compreende-se que o luto em idosos, quando malconduzido, pode gerar diversos problemas de saúde e agravar os já existentes. Somado a isso, os profissionais de saúde, quando não estão munidos de conhecimento para lidar com esse público, podem ter dificuldades de estabelecer vínculo com as pessoas idosas num dos momentos em que elas mais precisam de assistência de qualidade: o luto pela perda de alguém significativo.

Apesar de ser uma queixa comum entre os enfermeiros da APS, a identificação de complicações emocionais decorrentes de suas perdas familiares, não se tem conhecimento de nenhum grupo comunitário ou de educação em saúde na APS que acolha idosos enlutados. A escolha do foco deste estudo foi motivada ainda pela ausência de estudos similares no país e pelas vivências das pesquisadoras, que no decorrer dos anos vem assistindo pessoas idosas em grupos de apoio e percebem o quanto a população idosa necessita de cuidado em seus processos de perda e luto e do quão pouco se sabe explicar sobre a forma que estas pessoas conseguem enfrentar tais processos na tentativa de retomar um viver com significado.

Acredita-se que este é um fenômeno que merece reflexões e ações visando a melhoria da qualidade de vida dos idosos que enfrentam perdas de pessoas próximas, bem como a valorização do trabalho do enfermeiro através de uma assistência humanizada e cientificamente embasada a este público. Para tanto,

questiona-se neste estudo: como as pessoas idosas que perderam pessoas próximas percorrem a perda e o luto?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir teoria sobre os processos pelos quais as pessoas idosas passam quando perdem uma pessoa próxima e vivenciam o luto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado de saúde recebido durante a perda de uma pessoa próxima e a vivência do luto;
- b) Compreender como as pessoas idosas experienciam o luto pela perda de pessoas próximas durante a pandemia de Covid 19.

2.3 TESE

Sustentamos a tese de que as pessoas idosas passam pela perda de seus próximos e vivenciam o luto por meio de interações sociais, buscando por apoio e reinventando seu self enquanto percorrem esse caminho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo da revisão de literatura fundamentou a pesquisa a partir do estado da arte sobre a vivência das perdas e o luto pelas pessoas idosas, por meio de uma Revisão Narrativa, que abordou a morte e o luto e, a perda de entes queridos na fase do envelhecimento, o luto e o cuidado de enfermagem. Com a finalidade de maior aprofundamento teórico sobre o tema foi realizado também uma Revisão Integrativa de Literatura que evidenciou a ressignificação do processo de luto da pessoa idosa no território.

Na revisão narrativa a seguir buscou-se descrever e discutir o estado atual do fenômeno pesquisado, diversas fontes foram consultadas e selecionadas a partir de sua relevância do ponto de vista teórica que esse trabalho propõe.

3.1 A MORTE, O LUTO E A PERDA NO ENVELHECIMENTO E AS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA

3.1.1 A Morte e o Luto

O conceito de morte evolui ao longo da história e sofre influência do contexto social e cultural de cada época. Dessa maneira, o modo como determinada sociedade vive pode demonstrar a forma como morre e encara a terminalidade. Muito embora a morte seja um acontecimento natural e comum a todos os povos este é um tema pouco discutido no âmbito familiar, educacional e das instituições de saúde em muitos países (GRIFFITHS, 2022; ARIÈS, 2003; MATTEDI, PEREIRA, 2007).

Em uma perspectiva histórica partindo da idade média, a morte era vista como o fim de um ciclo natural. As pessoas costumavam manter-se atentas aos vestígios da aproximação da morte e, de maneira gradual, tinham mais facilidade de aceitar quando os entes partiam. O receio nesta época não era a morte em si, mas o morrer solitário, longe dos familiares. Dessa maneira o trabalho dos funcionários domésticos e dos profissionais de saúde enfocava o preparo do doente e sua família para uma partida pacífica (ARIÈS, 2003; BASTOS *et al.*, 2017).

Ainda na Idade Média, existia proximidade dos vivos com o processo de morte e morrer. O cemitério era o núcleo da vida social e com as igrejas constituíam praças, hospedavam o comércio e os discursos públicos e informes coletivos das

comunidades. Era comum ser ainda espaço de passeios, lazer e recreação. Os rituais fúnebres eram vistos como uma oportunidade de reunir familiares e amigos. Dessa maneira a morte era pública e comunitária (RODRIGUES, 2006).

No século XVIII a vida e a morte ainda eram pertencentes a um mesmo ciclo, portanto, não havia segregação entre elas. A morte acontecia dentro do ambiente doméstico e uma morte bem conduzida era aquela que acontecia cercada de familiares e amigos. A partir do final deste século a morte começa a ganhar uma proporção dramática e os sentimentos de dor, culpa e saudade passam a estar mais presentes e conseqüentemente, o luto torna-se mais doloroso. Na tentativa de evitar a dor causada pela morte, nesta nova forma de vê-la o assunto começa a tornar-se um tabu no meio familiar e social (SILVA, 2019; BASTOS *et al.*, 2017).

Apesar de tal mudança é somente no século XIX que o ambiente hospitalar passa a ser considerado, pela sociedade e para os profissionais de saúde, como o melhor lugar para se morrer. Com tal advento, o processo de morte e morrer adquire um aspecto técnico, onde a responsabilidade da família e do próprio indivíduo diminuem frente a finitude, à medida que a morte passa a ser tratada como assunto médico. Os mortos passam a ser afastados dos vivos, iniciando um processo de silêncio acompanhando de atitudes mais racionais e práticas que podiam aparentar certa indiferença, mas que tinham como objetivo retirar da vida o peso da morte (ARIÈS, 2003; SILVA, 2019).

Atrelado a mudança do *locus* da morte o cemitério migrou para as regiões mais afastadas das cidades e medidas sanitárias mais rígidas foram implantadas, como caixões individuais, classificação dos corpos e higienização dos meios de transportar os corpos, com o intuito de proteger os vivos de possíveis doenças provenientes dos corpos. Morrer passa a ser visto como impuro e perigoso. A vida começa a ser encarada como uma preparação para ganhar a salvação eterna e a morte já não é mais algo natural que pertence ao próprio processo de viver (RODRIGUES, 2006; SILVA, 2019).

A partir das mudanças na forma como a terminalidade era encarada, carregada de medo e impotência, os indivíduos passaram a enxergar outras formas de manter-se “vivos”, tentando estabelecer um certo controle sobre um futuro póstumo, através da vida eterna prometida pelas religiões ou então cercear o tempo através de tentativas de conservação da juventude. Tais ações nada mais são do que tentativas de vencer a morte. Mesmo após tais esforços a morte continuou sendo um

assunto evitado, até mesmo nas instituições de saúde, levando a morte e suas consequências para os familiares para longe da atuação dos profissionais (RODRIGUES, 2006).

Passou-se um longo período até que houvesse algum movimento significativo que lutasse pela desestigmatização da morte. Em meados da década de sessenta, Cecily Saunders, uma enfermeira inglesa iniciou estudos com vistas a elaborar alternativas de cuidado aos doentes fora das possibilidades de cura, posteriormente chamado de “cuidados paliativos”. Tal movimento foi o responsável por iniciar a humanização do processo de morte e morrer que envolvia não somente os pacientes e profissionais, mas também a família, considerando a finitude em meio a suas delicadas questões éticas e morais e dentro da dimensão física, emocional e psicológica dos envolvidos. Um dos grandes marcos desta trajetória foi a criação do St. Christophers Hospice, em Londres, no ano de 1967 (GOMES; OTHERO, 2016).

Influenciada pelo movimento europeu, já na década de setenta, Elisabeth Kübler-Ross traz os principais conceitos para a América e funda um *hospice* em Connecticut (EUA). A psiquiatra foi umas das principais responsáveis por disseminar o movimento de assistência durante o processo de morte e morrer e cria, posteriormente, uma das teorias sobre os estágios de luto mais utilizadas pelos profissionais da saúde até hoje (KUBLER-ROSS, 2017).

Apesar dos avanços nos tratamentos curativos, especialmente nas últimas décadas, e da busca constante da ciência por evitar doenças, curá-las e até mesmo prolongar a vida, jamais foi possível evitar de fato a finitude humana. Tal fato, infelizmente, ainda é encarado por muitos profissionais como uma limitação de sua prática, o que, não raramente, acarreta nestes profissionais sentimento de impotência e esgotamento (KOVACS, 2014).

O principal ensinamento da morte é que ela é algo que não se pode vencer. Apesar da intransigibilidade da morte, a desmistificação da mesma e de todos os estigmas que ela carrega ainda carecem de muitas discussões para que reflita em uma mudança cultural e, assim, transforme a forma com que leigos e profissionais encaram a finitude e tudo que dela deriva. Quando os profissionais passam a olhar para o usuário e sua família, para além da possibilidade de cura, os limites de aceitação mútua e alívio do sofrimento oriundo da doença ou do luto melhoram consideravelmente (KOVACS, 2014).

Acredita-se que o desenvolvimento de algumas habilidades e atitudes por parte dos profissionais de saúde podem ser o fundamento para a criação de uma educação para a morte. Tais atitudes concentram-se em três grandes eixos: 1) o avanço das discussões sobre morte/luto nas universidades a partir de eventos, projetos de pesquisa e extensão e diálogos com a comunidade abordando as dimensões emocional, social, espiritual e física da morte e do luto; 2) aproximação e vínculo com quem está morrendo, de forma a investigar e apoiar seus medos, alegrias, dores e necessidades; e, 3) aumento da divulgação de trabalhos realizados sobre os processos de morte, morrer e luto, não só na área da saúde, mas para toda a sociedade (SANTOS, BUENO, 2011; HAYASIDA; ASSAYAG; FIGUEIRA; MATOS, 2014).

Não há como separar o processo de morte e morrer do surgimento do processo de luto. O luto é tido como um processo singular e natural que varia consideravelmente de acordo com a duração e intensidade a depender de fatores como o contexto em que a perda aconteceu e as características prévias do enlutado e de sua relação com o ente que partiu. Tal processo não tem um padrão definido, apesar de ter características comuns e não deve ser interpretado como patológico apesar da dor e dos prejuízos que acarreta ao enlutado (PARKES, 1998; MARCOLINO, 1999).

São comuns ao processo de luto os sentimentos de solidão, vazio, tristeza e lembranças incômodas, que comumente são evitadas pela família, na tentativa de afastar também a dor. Tais sentimentos afetam diretamente a dificuldade de realizar tarefas cotidianas, interagir socialmente e até mesmo dificuldade de se permitir receber conforto e ajuda (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Cabe ressaltar que as mudanças desencadeadas pela morte de um familiar, não trazem somente prejuízos físicos e psicológicos aos enlutados, mas ocorrem também conflitos externos como dificuldades financeiras devido aos tratamentos prévios do falecido ou até mesmo das despesas do funeral ou conflitos familiares em decorrência de partilha de bens. Tais fatores podem gerar agravamento do luto e dificultar o enfrentamento dessa fase, que isoladamente, já é desafiadora (MARCOLINO, 1999; ACIOLE; BERGAMO, 2019).

É comum que os familiares que estiveram envolvidos quase que exclusivamente com o cuidado de uma pessoa que morreu, tenham despendido a maior parte do seu tempo e energia neste processo de finitude. A despedida de seu

ente somada ao próprio envelhecimento pode desencadear dificuldades em retomar o relacionamento com os demais membros da família e amigos, o que o deixa com uma frágil rede de apoio em um momento tão delicado (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

As características do luto ainda perpassam transformações emocionais, físicas, cognitivas e comportamentais. Algumas características têm forte influência no enfrentamento saudável do luto, a saber: narrar os acontecimentos e os sentimentos, instalar-se na realidade, que dissipa a tendência a acreditar que a morte pode não ter acontecido de fato, vivência da dor e do sofrimento sem utilização de subterfúgios para diminuir ou mascarar sentimentos negativos, busca por adaptação a nova vida, significando, muitas vezes, assumir novos papéis e realocação da pessoa que se foi, ou seja, encontrar meios de mantê-la nas memórias familiares de modo que exista a sensação de que ela continua incluída e assim, não haja culpa (WORDEN, 2018; FUSTINONI; CANIATO, 2019; WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020).

Existe ainda o luto complicado, que engloba o prolongamento ou intensificação do sofrimento que não melhora com o tempo e que acarreta sentimentos de sobrecarga no enlutado, afetando na maioria das vezes a vida diária. Neste caso o enlutado não consegue desenvolver comportamentos adaptativos à perda. Os principais indícios de um luto complicado envolvem: pensamento invasivos e persistentes sobre a morte ou sobre a pessoa que se foi, mesmo quando há esforço para não pensar nisso, tristeza profunda, isolamento ou diminuição de contato com outras relações e uma percebida falta de sentido de vida (WORDEN, 2018; CREPALDI *et al.*, 2020).

É importante dar destaque ao fato de que o luto natural não é patológico e precisa ser vivido no domicílio e no território, não deve ser escondido e não é motivo de vergonha. Os enlutados necessitam de espaços sociais onde possam compartilhar suas experiências e aprender com as experiências de outros, sempre na busca de retomar o prazer de viver e o reestabelecimento de uma rotina instalada na realidade e no tempo presente (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Os estudos sobre a morte e mais especificamente sobre o luto, tiveram maior sistematização no início do século passado e se estendem até o tempo presente. Na tentativa de elucidar as principais teorias sobre o luto, foi construído o quadro a seguir na qual encontra-se o conceito principal de cada teoria, autoria e ano em que foi proposta, descrição de como são vistas as fases do luto em cada teoria, além das principais contribuições e disciplina que deram origem às mesmas.

Quadro 1 - Principais teorias sobre o processo de luto

TEORIA	AUTOR/ ANO	CONCEITO	FASES	CONTRIBUIÇÕES	DISCIPLINA DE ORIGEM
Teoria do Trabalho de Luto (<i>Grief Work</i>)	Freud (1917)	Luto é um processo de diminuição gradual de energia, que liga o indivíduo enlutado ao objeto perdido ou à pessoa falecida. Culmina no enfrentamento da realidade da perda e na desvinculação do falecido.	Não descreve fases específicas.	Traz à tona a importância de quebrar laços com a pessoa falecida e incentiva que o enlutado se expresse sobre o falecido, sobre as circunstâncias da morte e emoções.	Psiquiatria/ Psicologia
Teoria da Vinculação	Bowlby (1980)	Conceitua vinculação como a relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço. Defende que os tipos de vinculação (seguro ou inseguro), vivenciados por uma pessoa na família associam-se a diferentes maneiras de reagir à perda.	1.Fase de entorpecimento; 2.Fase de saudade e de procura da pessoa falecida; 3.Fase de desorganização e desespero; 4.Fase de reorganização.	Reconhece as características individuais do processo de luto.	Psiquiatria
Teoria de Brown	Brown (1983)	O luto é um conjunto de sintomas somáticos, cognitivos e emocionais, em uma combinação altamente pessoal em cada indivíduo.	1.Fase inicial de choque; 2.Fase de ansiedade; 3.Fase de resolução.	Considera as características individuais de cada pessoa enlutada	Psicologia/ Psiquiatria
As etapas do luto de Kuber-Ross	Kluber-Ross (1997)	A superação saudável do luto passa por cinco fases e sofre variação de acordo com cada enlutado e com as circunstâncias de seu meio.	1.Negação; 2. Raiva; 3.Negociação; 4.Depressão; 5.Aceitação	Tornou-se um instrumento de compreensão e de gestão do luto amplamente difundida na área da saúde; Tornou o luto um assunto clínico e de investigação científica.	Psiquiatria
Tarefas de Worden	Worden (1998)	A superação do luto implica na tomada de ação por parte do enlutado a partir do estabelecimento da consciência de que está ao seu alcance fazer algo.	1.Aceitar a realidade da perda; 2.Trabalhar a dor do luto; 3.Adaptar-se ao ambiente no qual a pessoa falecida está ausente; 4.Recolocar, emocionalmente a pessoa	Coloca a pessoa enlutada como protagonista no processo de enfrentamento de luto, como ser propriamente ativo.	Psicologia

			falecida e continuar a viver.		
Processo Dual de Lidar com o Luto	Stroebe; Schut (1998)	Modelo que busca compreender as reações das pessoas frente à perda e identificar o processo de " <i>coping</i> " (adaptação ao luto) que estas desenvolvem.	1.Orientação para a perda; 2.Orientação para o restabelecimento; 3.Oscilação.	Enfoca o enfrentamento e desenvolvimento de estratégias para lidar com as mudanças que o luto acarreta. Orienta-se, portanto, para o futuro da pessoa enlutada e a superação da perda.	Psicologia
Teoria do Apego e Luto	Parkes (1999)	O luto é um conjunto de reações diante de uma perda. É um processo e não um estado, sendo uma vivência que deve ser devidamente valorizada e acompanhada.	1.Estágio de alarme em reação ao estresse; 2.Choque; 3.Apreensão; 4.Depressão; 5.Recuperação	Reconhece a variabilidade do luto, considerando-o um estágio e não um estado permanente.	Psiquiatria

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Embora o intuito final da tese seja a construção de uma teoria explicativa, esse levantamento de teorias prévias ajudou a compreender o estado da arte que contribuirá para o desfecho final desse estudo.

Dentre as teorias citadas no quadro acima, cabe aprofundar a discussão entorno da teoria mais utilizada dentre os profissionais de saúde, principalmente como norte para decisões clínicas no que tange a compreensão das fases do luto: a teoria de Elisabeth Kubler-Ross. Apesar da teoria ter sido criada para a compreensão do luto de uma pessoa ao descobrir uma doença sem possibilidades de cura, a mesma também é utilizada para ajudar na compreensão do luto dos familiares que perdem um ente querido (KUBLER-ROSS, 2005).

A psiquiatra foi pioneira em relatar as reações e atitudes de pessoas enlutadas a partir de estudos investigativos e de sua prática clínica (KUBLER-ROSS, 2005). Os estudos de Kubler-Ross identificam cinco estágios de luto que podem ser tanto vivenciados por familiares após a perda, mas principalmente pelos próprios pacientes frente a sua terminalidade ou ao diagnóstico de uma doença grave. A seguir as fases descritas na teoria:

Negação: Este é um período que pode também ser visto como uma defesa temporária, mas, em alguns casos, este sentimento pode acompanhar a pessoa por muito tempo. É comum que nesta fase a pessoa duvide seriamente do ocorrido, desconfie de uma troca de exames, desconfie da competência da equipe pela qual está sendo atendida. De forma a resumir esta fase o pensamento que mais acompanha a pessoa neste momento seria algo próximo do “não é verdade, não aconteceu” (KUBLER-ROSS, 2005; 2017a);

Raiva: Esta é a fase em que a pessoa se ressentida profundamente com o acontecimento, pois começa a dar-se conta que é definitivo. É comum sentimentos de ira, revolta e questionamentos a si mesmo e às suas crenças pessoais. É um momento delicado e que dificulta muito a atuação dos profissionais com a pessoa, pois a raiva pode desencadear até mesmo discursos ou atitudes violentas. É comum que a pessoa use frases como: “por que eu?” ou “por que na minha família”? (KUBLER-ROSS, 2005; 2017a);

Barganha: Neste momento a pessoa pode apresentar um lapso de esperança, faz promessas para evitar a dor ou a morte. Na maioria dos casos as barganhas são feitas com as divindades em que a pessoa acredite e não raramente este sente que possa “merecer” tal sofrimento, então, o sentimento de culpa pode

estar presente. Por isso a ideia de um possível “perdão” ou “milagre” tende a aparecer (KUBLER-ROSS, 2005; 2017a);

Depressão: Aqui inicia-se um processo de certa exaustão pelas tentativas frustradas de reverter a situação. A pessoa sente o vazio de uma grande perda e pode parecer alheia ao acontecido ou tristemente conformada. O entorno difícil, aliado muitas vezes ao tratamento ou hospitalizações podem ocasionar a depressão (KUBLER-ROSS, 2005; 2017a);

Aceitação: Finalmente, a pessoa começa a instalar-se em sua condição atual, em sua realidade. Nesta fase é importante o apoio aos familiares, além do paciente, para que consigam também compreender e possam estar sintonizados em uma fase de mais calma e paz (KUBLER-ROSS, 2005; 2017a);

Destaca-se que existem pessoas que mantêm o conflito com a terminalidade até o fim e nunca chegam ao estágio da aceitação. Há também os familiares que não superam o luto de maneira natural e podem desenvolver o luto patológico (KUBLER-ROSS, 2005; 2017a). Kubler-Ross salienta que nem sempre as fases acontecem na sequência descrita e tampouco há uma cronologia pré-determinada, uma vez que cada pessoa vive o luto de acordo com os recursos e habilidades que possui, que são completamente variáveis (AFONSO, MINAYO, 2013; KUBLER-ROSS, 2017).

As fases descritas nada mais são do que mecanismos de defesa para suportar o desconhecido comum a todos os seres: a morte. No entanto, os conflitos desencadeados, não provém unicamente da morte em si, mas das alterações emocionais, materiais, psicológicos, familiares, sociais e espirituais vivenciados frente a terminalidade (KUBLER-ROSS, 2005; AFONSO, MINAYO, 2013).

Conforme já descrito a teoria em destaque enfoca o luto frente a terminalidade do próprio paciente, portanto, é mais aplicável ao contexto de pacientes gravemente doentes do que aos familiares que lidam com a ausência em si. A respeito do enfoque no processo de luto de quem perde um ente querido a teoria denominada “Processo Dual de lidar com o luto”, proposta por Stroebe & Schut no ano de 1999 possui aplicabilidade ao luto por perdas e seu enfrentamento (STROEBE; SCHUT, 1999; 2003).

O processo dual propõe tarefas fundamentais no enfrentamento do luto com vistas a confrontar os sentimentos naturais e evitar possíveis estressores. O objetivo principal neste processo é o restabelecimento de um cotidiano saudável mesmo na ausência do ente querido que partiu. Para os proponentes desta teoria o luto é visto

como um processo natural e cognitivo, no sentido de aprendizado, no qual a pessoa precisa construir estratégia para gerenciar a nova situação (STROEBE; SCHUT, 1999; 2003; DAHDAH *et al.*, 2019).

No processo dual, quando acontece o enfrentamento adequado, os riscos e danos oriundos do luto são reduzidos. Tal enfrentamento se dá aos poucos e imerso no cotidiano do enlutado, que é justamente de onde surgem as memórias dolorosas (DAHDAH *et al.*, 2019).

Nesta teoria são enfatizados a construção de significados a partir de três perspectivas, conforme segue:

Enfrentamento orientado para a perda: enfoca-se a busca pela pessoa que se perdeu e centra-se nos aspectos e memórias relacionados ao ente que partiu, buscar por objetos e fotografias que rememorem a figura do falecido. É comum que se busque laços afetivos e pode também acontecer a negação da morte, ou um leve deslocamento da realidade da perda. Mais ao final desta fase acontece a aceitação da nova realidade e a elaboração do luto (STROEBE; SCHUT, 1999; 2003);

Enfrentamento orientado para a restauração: Este é o momento no qual ocorre a orientação para a busca por novas formas de viver, novos arranjos para que seja construído um novo cotidiano, sem a presença do ser amado, que não está mais presente. A vivência deste momento ainda envolve retomar as tarefas do dia a dia, a busca por novas atividades, e conseguir gozar de divertimento sem sentimento de culpa ou de traição contra o ente falecido (STROEBE; SCHUT, 1999; 2003);

Oscilação: Esta perspectiva nada mais é do que a alternância dos dois momentos descritos anteriormente. Como as demais a presente fase é natural e saudável para que possa existir a construção de uma nova realidade, ou de um novo mundo, sem a presença daquela pessoa que pode ter feito parte do dia a dia do enlutado por muito tempo. Lembra-se que as fases não são lineares, a Depender das características pessoais de cada enlutado (STROEBE; SCHUT, 1999; 2003).

Embora haja estudos que esclarecem o impacto da perda ao longo do tempo faltam-nos, ainda, modelos que esclareçam o luto numa perspectiva de ciclo de vida ou que aborde essa temática considerando as especificidades das pessoas idosas. A vivência do luto é algo singular e possui especificidades em cada idade em que se vivencia o processo (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

Desta maneira estudos que mensurem e aprofundem o processo de luto em pessoas idosas precisam estar nas agendas científicas das universidades e podem

contribuir para a reconstrução da vida de muitas pessoas idosas que sofrem as consequências naturais da elaboração do luto e daqueles que desenvolvem complicações, justamente por não conseguir chegar a essa elaboração sem apoio. O conhecimento do Processo Dual, por parte dos profissionais de saúde tem potencial para ser um importante instrumento clínico no apoio às pessoas enlutadas (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

3.1.2 A Perda de Entes Queridos na Fase do Envelhecimento, O Luto e O Cuidado De Enfermagem.

O envelhecimento é um processo carregado de multiplicidade a depender dos valores de cada pessoa e das experiências que viveu desde a infância. O passado de cada pessoa idosa só possui em comum o fato de não ser mutável, constituindo assim uma forma singular de interpretação da própria velhice e de outrem. No entanto, se é possível uma generalização, no Brasil as pessoas com mais de sessenta anos ainda apresentam um perfil de envelhecimento muito associado às condições crônicas, que acarretam uma série de perdas funcionais e isolamento, que por sua vez, levam as perdas sociais e perda de anos de vida com saúde, colocando essa população frente ao isolamento social precoce (KREUZ; FRANCO, 2017; BELEZA; SOARES, 2019; CAI *et al.*, 2022).

Concorda-se que o envelhecimento não é inequívoco e que perdas naturais são esperadas, mesmo em face de uma biologia saudável e de bons hábitos de vida. A existência humana é biologicamente limitada e não se espera de uma pessoa idosa a manutenção de determinadas características, entretanto o envelhecimento pode ser uma fase de aprendizado e desenvolvimento de habilidades e não unicamente um território de acúmulo de perdas (KREUZ; FRANCO, 2017; CAI *et al.*, 2022).

A visão cultural de que o idoso está propenso a maior número de perdas e de que, por ter vivido mais tempo, estaria mais bem preparado para perder é uma visão preconceituosa que afasta possíveis fontes de apoio. O envelhecimento em si, já carrega processos de luto que precisam ser reconhecidos e valorizados pelos profissionais de saúde e pela sociedade. Escutar, acolher e atribuir valor ao luto vivido por um idoso, seja referente ao envelhecimento do seu corpo e de sua mente ou em processos de luto mais complexos, como a perda de um ente querido, deve ser uma

prática imprescindível dentro dos serviços de atenção aos idosos (KREUZ; FRANCO, 2017).

O profissional deve oferecer caminhos para que a própria pessoa trabalhe seus lutos e consiga despojar-se daquilo que foi a sua vida, aceitando as marcas definitivas que cada perda acarreta e desenvolvendo novas habilidades que possibilitem uma nova forma de viver. Trabalhar com idosos enlutados é trabalhar com a elaboração do fato de que existe um restrito controle sobre a vida de quem convivemos e sobre nossa própria existência. Deve-se, dessa forma, situar a pessoa no presente com olhos para as possibilidades do futuro (KREUZ; FRANCO, 2017).

Dentre as perdas comuns do envelhecimento, a morte do cônjuge é um evento que gera notável desgaste ao idoso, sobretudo quando este não recebe amparo adequado. Outras perdas importantes e mais comuns que na fase adulta são as de familiares próximos como irmãos e de amigos que fizeram parte da vida da pessoa idosa por muito tempo. A perda de filhos e netos, pode ter um agravante a mais, por não ser o que se espera, naturalmente, e por estar por vezes associadas a mortes mais trágicas (FARINASSO; LABATE, 2015).

O enlutamento na pessoa idosa gera repercussões nos contextos sociais emocionais e de saúde. Apesar de ser um processo natural, nota-se que os idosos têm certa dificuldade em superar algumas perdas, justamente por sequer lembrar de uma rotina sem aqueles que se foram, os quais podem ter sido a companhia de uma vida toda. Tal fator pode levar a episódios de muito sofrimento emocional e pesar que quando malconduzidos desencadeiam o luto patológico (MENEZES; LOPES, 2014; FARINASSO; LABATE, 2015).

Cabe salientar que o histórico de perdas anteriores nem sempre pode contribuir para um bom enfrentamento, em outras palavras, nem sempre o idoso está mais preparado para o sofrimento somente pelo fato de ter tido mais perdas durante sua vida do que uma pessoa mais jovem, pois cada luto é singular. Para que a resiliência seja desenvolvida, o processo de luto demanda inúmeros fatores colaborativos a elaboração, que serão tratados adiante. A perda, por si só, não torna a pessoa idosa mais forte, mas sim o possível desenvolvimento de habilidades de enfrentamento a partir da morte de um ente querido (MENEZES; LOPES, 2014; FARINASSO; LABATE, 2015).

Quando ocorre uma perda existem mecanismos de defesa naturais já apresentados anteriormente nas fases do luto, mas a negação prolongada da perda e

o fato de dirigir a culpa e a raiva para si fazem com que a pessoa idosa fique propensa a desenvolver comorbidades. Portanto, tais sinais são um grande alerta para os familiares e profissionais que acompanham o processo de luto de uma pessoa idosa (FARINASSO; LABATE, 2015).

Haja vista a alta frequência de situações de luto entre pessoas idosas e a amplitude das necessidades emocionais, psicológicas e físicas que este processo demanda. Destaca-se a relevância do preparo dos profissionais de saúde para trabalhar com a junção de duas complexas e delicadas situações: o envelhecimento e o luto (MENEZES; LOPES, 2014; FARINASSO; LABATE, 2015).

Existe um despreparo geral para lidar com o luto, o que impede os profissionais de associarem as comorbidades para além dos exames laboratoriais. A associação de dor crônica e luto, por exemplo, é uma realidade pouco investigada que deveria ser campo de vasta pesquisa dada a prevalência deste tipo de queixa, por parte dos idosos, que nem sempre são explicadas por suas condições físicas ou menos ainda, resolvidas com o emprego de medidas farmacológicas (IMAZ; REYES, 2019).

Claramente o envelhecimento não se constitui apenas de perdas ou vivências dispendiosas à saúde física e mental. É fato que as experiências dos idosos podem influenciar positivamente na construção de uma vivência mais serena e realista da vida. O envelhecimento pode ser encarado pelo próprio idoso e pelos profissionais como um período em que ainda há espaço suficiente para construção de significados que farão o idoso elaborar tanto a partir de situações negativas, quanto de positivas, aprendizados para melhor viver (KREUZ; TINOCO, 2019).

Existe uma escassez de estudos que discutam estratégias ou serviços disponíveis para acolher o luto da pessoa idosa, embora exista preocupação com esse tema por parte dos profissionais de saúde. Essa necessidade faz parte do cotidiano dos serviços e merece olhar atento de gestores, profissionais e sociedade organizada, justamente para que o luto não resuma a vivência do envelhecimento que é um processo que deve extrapolar a perda e trazer satisfação, alegrias e crescimento às pessoas idosas (KREUZ; TINOCO, 2016).

O cuidado à pessoa humana, objetivo da prática de enfermagem envolve também a ação frente a uma situação de luto e os sentimentos oriundos de uma perda. A tristeza e dor própria do luto não são patologias, no entanto esse período precisa ser olhado com mais cautela por parte do enfermeiro e demais profissionais. Nem

todos os enlutados necessitarão de cuidados continuados, mas saber que existe um profissional com domínio do assunto e disponibilidade ajuda a fortalecer a confiança do enlutado e conseqüentemente a elaboração saudável deste período (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Pessoas que recebem cuidado no processo de luto, apesar do sofrimento vivenciado, têm maiores chances de ressignificar sua história e sair deste período livres de complicações. Neste cenário, a pessoa idosa, apesar de carregar o estigma de que esteja mais preparada para enfrentar a morte dos seus, apresenta dificuldades na elaboração do luto, sobretudo quando desassistido (ACIOLE; BERGAMO, 2019; SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

Apesar de ser comum que idosos percam o cônjuge ou familiares de mortes naturais ou esperadas, muitas das vezes possuem estas pessoas um vínculo maior com aqueles que se foram. O fato de terem uma maior disponibilidade em decorrência da aposentadoria torna os idosos, muitas vezes, os principais cuidadores de familiares que possuem doenças graves ou que necessitam de hospitalizações. O idoso pode passar meses ou anos cuidando desse familiar o que faz com que a morte cause um impacto significativo em suas rotinas (ACIOLE; BERGAMO, 2019; SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

As demandas oriundas da situação de luto precisam ser trabalhadas no local mais próximo aos idosos com a articulação dos serviços de maneira que a atenção ao luto seja parte da atenção integral à saúde da pessoa idosa. É importante ressaltar que entender essa dimensão do cuidado é romper com o atendimento convencional e precisa de formalização por meio de protocolos ou linhas de cuidado que transformem os processos de trabalho (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

A importância do cuidado a pessoa enlutada deve ter início desde a formação do profissional, entretanto, o processo acadêmico formativo dos profissionais de saúde ainda não está voltado a capacitação para o cuidado de uma família enlutada e em alguns ambientes educacionais este ainda é um tema evitado. Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é o que passa maior tempo ao lado do paciente, portanto é também o que mais convive com o binômio vida/morte. Estes profissionais, não são motivados a desenvolver a empatia e fortalecimento de vínculo com os enlutados, sendo muitas vezes, cobrados quanto a uma postura rígida frente a tais situações (BORGES; MENDES, 2012)

A falta de preparo para lidar com o tema não afeta somente os enlutados, como também os próprios profissionais. As equipes de enfermagem que lidam diretamente com a morte apresentam um predomínio de fatores estressores no trabalho, bem como tensão e sofrimento físico e emocional. São relatados ainda sentimento de impotência e insegurança, demonstrando a falta de gerenciamento voltado para o amadurecimento profissional em relação ao fator inevitável que é a morte de pacientes e suas consequências para os familiares (BASTOS *et al.*, 2017).

Habilidades como comunicar-se satisfatoriamente, criar vínculos, possuir treinamento voltados para a prática que somem segurança às ações da equipe de enfermagem e desenvolver inteligência emocional para lidar com situações desgastantes, tornam o ambiente saudável e conseqüentemente tornam o trabalho mais eficiente. Todos estes fatores permitem o reconhecimento profissional e o autorreconhecimento que trazem segurança ao fazer da enfermagem (BASTOS *et al.*, 2017).

No caso de pessoas enlutadas, especificamente, torna-se patente a relevância de um plano de ação profissional que ilustre as possibilidades e as restrições destas pessoas. Ressignificar a vida de quem fica com uma perda irrevogável é uma tarefa longa e que só pode ser realizada através de vínculo estreito. A abordagem clínica deve estar voltada para a compreensão do luto (que é um processo individual e variável) e após um mergulho profundo na realidade da pessoa cuidada. O profissional auxilia no processo de lançar a luz para a restauração de sua autonomia, retomada do papel de protagonista de sua própria vida e no planejamento de uma nova realidade e de ações futuras (MICHEL; FREITAS, 2019).

Promover espaços de expressão e de contato com outras pessoas que estão vivenciando a mesma situação para compreender a naturalidade de suas reações parece ser uma estratégia efetiva. Mesmo em face de estratégias de baixo custo que podem ser desempenhadas por enfermeiros ainda se nota uma demanda de famílias enlutadas sem assistência nos serviços de saúde (MICHEL; FREITAS, 2019; SILVA; VILELA; SILVA; BOERY, 2020).

Apesar de ser emergente a necessidade de assistência padronizada às pessoas enlutadas, ainda existe uma lacuna em estudos relacionados as dimensões físicas, psicológicas e espirituais nos processos de morte e sobretudo, de luto e também das formas de enfrentamento que essa população desenvolve frente a este processo (SILVA; VILELA; SILVA; BOERY, 2020).

Avaliar e cuidar de forma segura de uma pessoa que possui uma dor relacionada a perda recente, deve ser algo inerente a prática do profissional de enfermagem. A equipe de enfermagem, pela maior proximidade com o paciente, precisa expandir sua prática para intervenções terapêuticas que enfoquem aspectos globais do luto, bem como toda a equipe de saúde (SILVA; VILELA; SILVA; BOERY, 2020).

Portanto, o intuito de gerar conhecimento a respeito do processo de ressignificação do luto em pessoas idosas pode fornecer escopo teórico para que a enfermagem ajude a amenizar traumas sofridos pelos idosos e sua família. Ainda é possível detectar falhas na formação acadêmica dos estudantes de enfermagem no que diz respeito a assistência a famílias enlutadas, o que se reflete em profissionais sem o preparo e o equilíbrio emocional que a situação exige. O processo de morte e luto demanda enfermeiros competentes para ajudar a conduzir o enlutado de volta ao seu cotidiano, a partir de uma ressignificação de sua dor, e sobretudo, de maneira humanizada e baseada na ciência (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

O período de luto varia de acordo com cada um e a superação dessa fase também. O fato é que para que um momento tão dolorido seja transcendido o indivíduo precisa mudar. Dificilmente se supera o luto sem abrir mão de comportamentos ou adquirir novas habilidades. Tais recursos são conhecidos como estratégias de enfrentamento (equivalente ao termo em inglês “*coping*”), resiliência ou resiliência psicológica (ANTONIAZZI; DELLÁGLIO; BANDEIRA, 1998).

A resiliência está associada ao fato da pessoa, apesar das perdas decorrentes do envelhecimento e morte, continue permitindo-se, por meio de adaptações manter uma vida funcional, cuidar de sua saúde física, cognitiva e social. Desenvolver enfrentamento durante o luto, que levem a superação deste, está, portanto, atrelada a uma certa flexibilidade do indivíduo em lidar com novas situações, podendo ainda acionar com maior frequência recursos relativos a sua espiritualidade (LERNER; BRENTANO; DOWLING; ANDERSON, 2002).

Em se tratando da espiritualidade, esta é um recurso particularmente motivador, no período do luto. Quando se lança mão da espiritualidade, sem negar a responsabilidade individual que cada enlutado tem no enfrentamento, esta dimensão humana pode ser uma aliada no desenvolvimento da resiliência (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

As perspectivas religiosas não são o único recurso que levam a pessoa a encontrar real significado na perda ou no sofrimento. O encontro com o significado marca o início da verdadeira superação de um evento negativamente marcante. Resumidamente, a espiritualidade é um fator de proteção em momentos de estresse, mas não garantem o sucesso do enfrentamento, cabendo ao indivíduo aceitar e fortalecer sua própria realidade para a elaboração mental da nova realidade, entretanto, o enfrentamento é posterior a isso e exige uma nova postura (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

O enfrentamento permite que o conflito seja ultrapassado, o que não significa esquecer o acontecido, mas fazer adaptações cotidianas que permitam dar andamento à sua vida. Algumas características interferem consideravelmente neste processo, como é o caso do gênero do enlutado, da relação prévia com a pessoa falecida, da idade que tinha o familiar que se foi (no caso de perdas de pessoas mais jovens, que contrariam a ordem natural), mortes repentinas ou violentas e suicídio são considerados fatores agravantes do luto (PARKES, 1998).

Além dos fatores já apresentados, o apoio familiar e a rede de apoio social que o enlutado desenvolveu ao longo de sua vida, são fundamentais na superação do luto. Cabe ressaltar que o ser humano é social por natureza e o sentimento de pertencimento a determinados grupos é necessário mesmo em condições não adversas (CAMARA; BASSINI, 2019).

As estratégias de enfrentamento, na maior parte das vezes está associada a atitudes de esperança, superação e de novas possibilidades, para que seja possível vislumbrar caminhos que permitam um cotidiano feliz e satisfeito. Apesar das perdas que um idoso pode colecionar durante sua vida tais estratégias poderão diferir em cada um dos processos (LEVIN, 2003; CAMARA, BASSINI, 2019).

Cabe ressaltar que o processo de luto geralmente afeta um grupo de pessoas de uma só vez, e saber que outras pessoas próximas também terão que mudar sua vida em decorrência daquela perda, gera certo conforto a todos os membros de uma família. As ações tomadas após a morte de alguém do convívio gera mudanças inevitáveis e os caminhos que se tomam para a readaptação a partir de tais mudanças são variáveis (DOMINGUES; DESSEN; QUEIROZ, 2015).

Portanto, as condições gerais de saúde e a energia de cada pessoa interferem no enfrentamento do luto, além do repertório de vida prévio de vivências e habilidades que cada enlutado carrega, por isso os processos de luto podem diferir até entre os

membros da mesma família. As pessoas idosas, por já estarem expostas a condições crônicas de saúde, em comparação a outras faixas etárias, estão mais expostas a dificuldades de estabelecer o enfrentamento (DOMINGUES; DESSEN; QUEIROZ, 2015).

A partir da construção da presente revisão notou-se que as descobertas que englobam os fenômenos de morte, perda e luto durante o envelhecimento são escassas e isso gera inúmeros reflexos na sociedade em que vivemos, afetando inclusive a assistência em saúde durante esse frágil momento da vida humana. Tal escassez também reflete a falta de prioridade de tais temas dentro das investigações e publicações científicas.

3.2 MANUSCRITO 1 - RESSIGNIFICAÇÃO DO PROCESSO DE LUTO DA PESSOA IDOSA NO TERRITÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: conhecer as estratégias de ressignificação do processo de luto, utilizadas por pessoas idosas, no território a partir das evidências científicas. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura que percorreu as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa, elaboração de protocolo de busca junto a bibliotecária de uma universidade federal, busca nas bases de dados, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento produzido. **Resultados:** foram encontrados 96 artigos e ao final, seis artigos compuseram a amostra sendo todos na língua inglesa. A partir da análise dos dados presentes nos artigos emergiram três categorias: 1) Reverberação do processo de luto na vida do idoso que perdeu uma pessoa próxima; 2) Redes de apoio das pessoas idosas e a mobilização para o enfrentamento pessoal do processo de luto; 3) As práticas de cuidados para pessoa idosa enlutada no contexto comunitário; **Considerações finais:** a busca por significado a partir do sofrimento gerado pelo luto se mostrou um fator essencial para o enfrentamento e este objetivo não pode permanecer centralizado nos serviços especializados de saúde mental. O tema precisa estar presente nas discussões, planejamento e capacitações das equipes de atenção primária para que um maior número de idosos seja beneficiado.

Palavras-chave: Enfermagem, Atenção Primária a Saúde, Luto, Pessoa Idosa.

INTRODUÇÃO

A morte de quem se estima é um fator que mobiliza os sentimentos humanos e os coloca em situação de vulnerabilidade. A dor sentida no luto pode ser a mais profunda do ponto de vista psicológico, apesar de ser um processo natural e esperado. Dessa maneira o luto pode tornar o ser humano temporariamente vulnerável ao adoecimento físico e emocional, se não conduzido a partir do apoio familiar e dos serviços de saúde bem-preparados (SANTOS, 2019).

Assim, identificar e amparar o luto da pessoa idosa merece especial atenção, uma vez que o envelhecimento já possui vulnerabilidades intrínsecas ao próprio processo. Pessoas idosas, comumente estão mais expostas a possíveis perdas familiares ou inerentes ao próprio cotidiano, como perda da atividade laboral e mudanças físicas. Portanto cabe aos profissionais de saúde priorizarem ajuda à pessoa idosa, de maneira que esta encontre possibilidades em um futuro sem a presença daqueles que se foram (KREUZ, FRANCO, 2017).

O enfermeiro precisa estar preparado para atender os idosos enlutados, fomentando a responsabilização da equipe de atenção primária, que são os que têm maior vínculo com os idosos. O vínculo, nesta fase de enlutamento é prerrogativa para a adesão do idoso ao serviço. Entender essa dimensão do cuidado implica contrapor as amarras do convencional e tocar em tabus e paradigmas, relacionados à morte que foram estabelecidos há centenas de anos. Este assunto ainda demanda muito da ciência, desde a necessidade de formalização de protocolos e *guidelines*, passando pela transformação dos processos de trabalho chegando à descoberta de novos papéis profissionais com vistas a transformar a realidade dos idosos que desenvolvem complicações do luto (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

A busca por sentido/significado na perda auxilia no processo de enfrentamento e deve ser o foco do profissional. Quando a pessoa enlutada se sente apoiada, aos poucos, desenvolve estratégias como o estreitamento de laços familiares, o aprofundamento da fé e/ou espiritualidade, o estabelecimento de uma nova rede de convívio social, fatores que afetam positivamente a reconstrução de sua vida após uma perda definitiva (DUTRA *et al.*, 2018).

Todavia, na literatura internacional não foram encontrados estudos científicos sobre as estratégias de enfrentamento do luto que podem ser utilizadas pelos profissionais da atenção primária. Acredita-se que o preenchimento desta lacuna pode alterar a prática profissional com vistas a promover o enfrentamento saudável do luto de idosos no território. Para tanto questiona-se: as evidências científicas têm abordado sobre as estratégias de ressignificação do processo de luto manifestadas por pessoas idosas no território?

OBJETIVO

Conhecer as estratégias de ressignificação do processo de luto, utilizadas por pessoas idosas no território a partir das evidências científicas levantadas na revisão de literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método que investiga o conhecimento já gerado sobre o objeto investigado, evidenciando as considerações

de cada estudo a respeito de um fenômeno particular. Tal método possibilita identificar as lacunas e sintetiza estratégias, otimizando a aplicação das mesmas pelos profissionais da prática (SOUSA *et al.*, 2018). As seguintes etapas foram desenvolvidas: definição da questão de pesquisa, elaboração de protocolo de busca junto a bibliotecária de uma universidade federal, busca nas bases de dados, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento produzido.

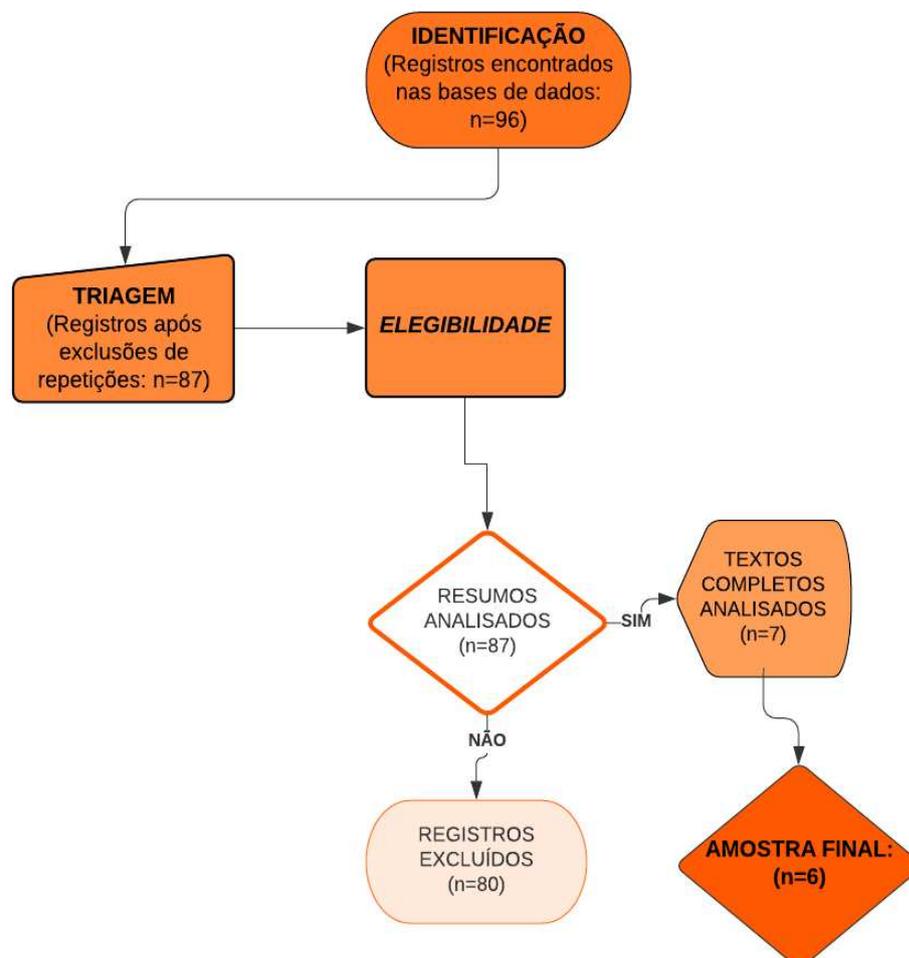
Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos com idosos a partir de 60 anos, enfermeiros ou profissionais da atenção primária que discorressem sobre o luto das pessoas idosas. Estudos que abordaram estratégias de enfrentamento de luto no contexto da atenção primária. As publicações encontradas acerca destes estudos deveriam estar completas, na língua portuguesa ou inglesa ou espanhola, sem recorte de tempo de publicação. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura de qualquer domínio (narrativas, sistemáticas, integrativas), teses, dissertações, monografias e livros.

Optou-se por não realizar o recorte de tempo devido à escassez de publicações que abordam o luto da pessoa idosa na atenção primária. Foram utilizadas na busca as bases de dados **CINAHL** (enfermagem; abrangência mundial); **PubMed/MEDLINE** (ciências da Saúde; abrangência mundial); **SCOPUS** (multidisciplinar; abrangência mundial); **Web of Science** (multidisciplinar; abrangência mundial); **SciELO** (multidisciplinar; inclui principalmente revistas latino-americanas, de Portugal e da Espanha); **PubMed/MEDLINE** (ciências da saúde; abrangência mundial); **LILACS** (literatura latino-americana e do Caribe em ciências da saúde); **BDEFN** (enfermagem; abrangência América Latina); **COCHRANE Library** (ciências da saúde/ medicina baseada em evidências; abrangência mundial); **EMBASE** (ciências da saúde; abrangência mundial).

Com a bibliotecária da UFSC foi realizada a estratégia de busca para cada base de dados, a fim de aumentar ao máximo a abrangência dos resultados. As estratégias foram montadas utilizando-se dos conectores booleanos AND e OR. Os descritores em saúde (DECS) e/ou *Medical Subject Headings* (MeSH) utilizados foram: idoso, luto, morte, atenção primária à saúde, enfermagem, enfermeira, pesar, envelhecimento, resiliência psicológica, adaptação psicológica e os seus equivalentes para a língua inglesa e espanhola.

Foram excluídos teses, dissertações, monografias, livros e revisões de qualquer estilo. Foram encontrados 96 artigos, sendo: 42 na PubMed/MEDLINE, 24 na EMBASE, 12 na SCOPUS, 9 na *Web of Science*, 6 na CINAHL, 1 no SciELO, 1 na LILACS/ BDEFN, 1 na COCHRANE *Library*. Tais achados foram selecionados a partir da leitura dos resumos de 96 artigos. O processo de seleção passou pela identificação (número total de artigos encontrados nas bases de dados), triagem (registro dos artigos em planilha word e exclusão dos repetidos), elegibilidade (leitura dos resumos dos artigos) e inclusão (leitura dos textos completos). Ao final, seis artigos compuseram a amostra, sendo todos na língua inglesa. A figura a seguir ilustra o processo de coleta e as exclusões em cada etapa.

Figura 1 - Fluxograma de busca nas bases de dados



Fonte: Elaborado pela autora baseado em Sousa *et al.* (2018)

Os artigos que compuseram a amostra final foram classificados segundo seu nível de evidência, conforme a classificação de Fineout-Overholt e colaboradores (2010) que estabelece:

Nível 1: evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise.

Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado.

Nível 3: evidências obtidas em ensaios clínicos bem delineados, sem randomização.

Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.

Nível 5: evidências derivadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.

Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Nível 7: Opiniões oriundas de consensos de especialistas ou comitês

Realizou-se a caracterização dos artigos a partir das variáveis de título, objetivos, desfechos principais, estratégias de enfrentamento utilizadas no luto e nível de evidência. A análise dos artigos deu origem a três categorias, as quais foram denominadas de: “Reverberação do processo de luto na vida do idoso que perdeu uma pessoa próxima”, “Redes de apoio das pessoas idosas e a mobilização para o enfrentamento pessoal do processo de luto” e “As práticas de cuidados para pessoa idosa enlutada no contexto comunitário”.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

A partir dos estudos incluídos, elaborou-se um quadro contendo características fundamentais das publicações.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos selecionados

Título/País Autor/Ano	Objetivo	Desfechos	Estratégias de Ressignificação do Luto	Evidência
1. Do Good Health and Material Circumstances Protect Older People From the Increased Risk of Death After Bereavement? Estados Unidos Shah <i>et al.</i> (2012)	Examinar o impacto nas condições físicas, comorbidades e situação socioeconômicas sobre a mortalidade no primeiro ano após o luto conjugal.	A associação entre luto e morte não é mediada pelo aparecimento ou agravamento de doença crônica; Boas situações socioeconômicas não protegem os indivíduos de taxas de mortalidade aumentadas após o luto.	Oferecer apoio integral do serviço de saúde aos idosos no momento do luto e no primeiro ano após a morte do ente querido aumenta o desenvolvimento de enfrentamento e resiliência.	6
2. Predictors of Well-Being in Bereaved Former Hospice Caregivers: The Role of Caregiving Stressors, Appraisals, and Social Resources Inglaterra Burton <i>et al.</i> (2008)	Descrever a interação entre a sobrecarga de cuidado e o luto do cuidador conjugal	Menos meses de prestação de cuidados ao familiar que morreu foi um preditor significativo de depressão e luto pós-perda; Indivíduos que prestam assistência há mais tempo tiveram níveis mais baixos de depressão pós luto; Níveis mais baixos de atividades sociais, foram significativamente associados à maior depressão pós-perda;	Ter prestado assistência a um cônjuge em tarefas como vestir-se, ir ao banheiro e tomar banho são fatores que ajudam esses indivíduos a se ajustar à perda com menos angústia; Luto e depressão são conceitos distintos que representam diferentes facetas do luto e precisam ser explorados pelas profissionais junto aos que sofrem o luto para melhor desenvolver o enfrentamento.	6
3. Outcomes of Bereavement Care Among Widowed Older Adults With Complicated Grief and Depression Estados Unidos Ghesquier; Shear; Duan (2013)	Avaliar a eficácia dos apoios usados por indivíduos enlutados em contextos comunitários	Procurar apoio de um médico de família não foi associado a alterações na ansiedade, depressão ou gravidade do luto; O uso do grupo de apoio foi associado a reduções na gravidade do luto; Busca de apoio de líderes religiosos foi associada a reduções na gravidade da depressão.	O sucesso do enfrentamento após uma morte requer encontrar um sentido de significado na perda; Intervenções clínicas ajudam a aprimorar um senso de significado; A ajuda religiosa pode ser implicitamente adaptada às necessidades da pessoa; Os profissionais de cuidados primários podem se beneficiar do treinamento sobre como reconhecer os sintomas do luto e fornecer apoio eficaz a subgrupos de pessoas enlutadas;	6

			Grupos de apoio ao luto devem ser utilizados na rede de cuidados primários para alcançar a resiliência.	
4.Coping with bereavement in relation to different feminine gender roles Noruega Lindstrom (1999)	Verificar o efeito do papel do gênero no enfrentamento do luto conjugal em viúvas	<p>O humor depressivo foi relatado por todas as viúvas no início do luto;</p> <p>As viúvas avaliavam sua fé religiosa como um recurso que oferece conforto;</p> <p>Um possível reencontro com os mortos em uma vida após a morte foi reconfortante para parte do grupo e em outras essa crença levou a desejos de morte e rejeição de tudo o que poderia ser desfrutado nesta vida;</p> <p>Religião e a filosofia de vida deram sentido à perda;</p> <p>Eventos familiares foram avaliados tanto como recursos agradáveis quanto como eventos ameaçadores que poderiam expor mais a sua perda.</p>	<p>Visitas ao túmulo ajudaram no início do luto pois era proporcional à visita ao marido no hospital;</p> <p>Um sentido de propósito "ou" significado na vida " era essencial para o enfrentamento do luto;</p> <p>As viúvas se beneficiam de ter um emprego, independentemente das diferenças de status e renda do trabalho, pois tal atividade redirecionava temporariamente pensamentos e emoções tristes;</p> <p>Um carro e uma carteira de motorista são recursos úteis para mulheres enlutadas;</p> <p>A condição socioeconômica alta não é recurso essencial no enfrentamento do luto;</p> <p>A manutenção de atividades sociais é mais importante que o dinheiro no processo de luto.</p>	6
5.Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving Estados Unidos White; Ferszt (2009)	Descrever a prática clínica dos enfermeiros na atenção primária com clientes que estavam sofrendo com a morte de uma pessoa significativa	<p>As descrições da prática clínica dos enfermeiros forneceram informações importantes sobre avaliação e intervenção de clientes em luto;</p> <p>Os principais dados encontrados nas descrições estavam relacionados às queixas físicas, funcionamento geral e bem-estar ou enfrentamento emocional.</p>	<p>O luto requer prescrições de enfermagem, ensino ou encaminhamento das pessoas enlutadas, tais ações resultaram no alívio de queixas físicas e doenças crônicas estabilizadas, melhorias no funcionamento geral e melhorias no bem-estar emocional e no enfrentamento dos clientes;</p> <p>A qualificação da prática do enfermeiro para pessoas que sofrem pela morte de um ente querido requer aprofundamento do profissional sobre modelos teóricos e pesquisas atuais relacionadas ao sofrimento.</p>	6
6.Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why?	Identificar o apoio do serviço de saúde prestado a cuidadores de um membro da família	Os cuidadores tinham maior probabilidade de ter problemas de saúde se percebessem que não recebiam apoio suficiente dos serviços de saúde após a morte do ente e	Educação em saúde e apoio prático domiciliar devem ser fornecidos aos enlutados e recursos para apoio ao luto devem ser estendidos até nove meses após a morte dos	6

Austrália Mcnamara; Rosenwax (2010)	terminal, após a morte do mesmo.	também se o membro da família falecido não morresse no local preferido de morte do cuidador.	parentes, tais fatores contribuem para o enfrentamento do luto.	
---	-------------------------------------	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

A maioria dos achados são provenientes dos Estados Unidos da América. Todos foram publicados em língua inglesa e realizados a partir de estudos primários, entretanto, com relação ao desenho do estudo, os mesmos possuem predominância de nível de evidência baixo (6), de acordo com Fineout-Overholt, Melnyk, Stillwell e Williamson (2010). Os resultados foram lidos na íntegra e serão apresentados a seguir, nas respectivas categorias.

DISCUSSÃO

REVERBERAÇÃO DO PROCESSO DE LUTO NA VIDA DO IDOSO QUE PERDEU UMA PESSOA PRÓXIMA

Os dois estudos que compõe esta categoria demonstram que o luto afeta cada idoso de maneira ímpar, no entanto, são possíveis algumas generalizações. O primeiro artigo ressalta que analisar como o luto reverbera na população idosas é essencial, de maneira que idosos que estão em processo de luto chegam a ter um risco aumentado de morte, principalmente, aqueles que sofrem luto conjugal. No entanto, após dois anos de luto a mortalidade tem uma queda significativa. Somado a isso a população idosa tem um impacto aumentado do processo de luto em decorrência da presença de fatores agravantes como as doenças crônicas (SHAH *et al.*, 2012).

Para além das doenças crônicas também observamos que existe uma transformação nas condições de saúde agudas como, as doenças cardiovasculares, o câncer, suicídio e doenças infecciosas, apesar de não revelar causa e efeito e sim correlação, tais condições aumentadas interferem em como o idoso vai passar pelo luto. Este estudo ainda revela que o poder aquisitivo alto não é um fator protetor para o luto complicado, mesmo em realidades culturais distintas (SHAH *et al.*, 2012; BURTON *et al.*, 2008).

Corroborando com os dados apresentados pelos artigos internacionais, Aciole e Bergamo (2019) argumentam que é comum que ocorra adoecimento físico posterior ao funeral, pelo impacto da situação, sendo relevante nessa primeira etapa, a ajuda familiar ou profissional na reorganização estrutural do domicílio. O lar pode ainda estar ocupado com objetos referentes aos cuidados que se prestava ao falecido, que, então, deixaram de ser necessários, e quando em caso de mortes abruptas, os pertences de

modo geral. No entanto, tais pertences podem ser fontes de memórias de cuidados prestados, que conforme discutido, ajuda para que o luto reverbere de forma positiva.

A dor sentida pela perda pode gerar falta de motivação para realizar atividades rotineiras no domicílio, pois suscita lembranças das atividades realizadas junto ao ente que se foi, e traz recordações de seus gostos e preferências. Resgatar as atividades sociais, antes também feitas em conjunto são igualmente difíceis. Desse modo, lembrar com o idoso quais as atividades que gostava de fazer sozinho, ou descobrir tais preferências, no início do luto, podem ser medidas eficazes na ressignificação do processo (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Quando o idoso dispensa cuidados ao ente querido antes de sua partida, ou seja, quando a morte se deu em decorrência de patologias como o câncer ou demências por exemplo, a quantidade de meses de cuidado, quanto mais reduzida, é um preditor significativo de depressão mais elevada após a perda. Outros fatores apontados como preditores da depressão durante o luto foram baixos níveis de atividades sociais e comunitárias e baixa satisfação com o próprio suporte familiar e social (BURTON *et al.*, 2008).

Com relação aos impactos do luto na vida do idoso, cabe lembrar que apesar dos esforços para aliviar as consequências naturais do luto, a reverberação negativa deste processo na vida da pessoa idosa deve ser vivido e sentido. A dor é inevitável durante o luto e no momento oportuno é o que dispara o processo de cura e retorno posterior a uma vida com sentido e propósito (COELHO FILHO; LIMA, 2017).

A percepção da reverberação do luto na vida do enlutado precisa de espaço propício para acontecer, além do tempo, reflexão e apoio social. A contemporaneidade limita o espaço para a experiência do luto, estimulando que as pessoas sigam em frente e ignorem os sentimentos pesarosos, muitas vezes, com aporte medicamentoso desnecessário a fim de retomar a produtividade. Tal fator associa-se ao desenvolvimento de transtornos depressivos ou de ansiedade pós luto, que além de afetar o cotidiano da pessoa, trará sofrimentos por mais tempo (COELHO; LIMA, 2017).

REDES DE APOIO DAS PESSOAS IDOSAS E A MOBILIZAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO PESSOAL DO PROCESSO DE LUTO

A presente categoria revela as redes de apoio ou a falta dela e podem ajudar no início da mobilização de um processo de superação da perda. Buscar pelo apoio médico, tão somente, não alterou o aparecimento de depressão, ansiedade ou luto complicado. Em corroboração com tal dado o artigo sugere, com forte recomendação que a equipe multiprofissional da atenção primária pode beneficiar sua prática clínica frente ao luto de pessoas idosas explorando mais o tema e trabalhando de maneira interdisciplinar. Assim, nota-se que os profissionais da atenção primária são um dos pontos da rede de apoio ao idoso enlutado (GHESQUIERE; SHEAR; DUAN, 2013).

Os idosos que se mobilizam para participar de grupos de apoio, estão em direção do enfrentamento, uma vez que os grupos reduziram a gravidade do luto nos idosos pesquisados e a manutenção de atividades sociais se mostrou mais eficaz na prevenção do luto complicado do que uma boa situação socioeconômica. Em mulheres idosas, que estavam em processo de luto o fato de possuir um carro e uma carteira de motorista foi associado ao melhor enfrentamento do luto, suscitando a possibilidade de que a independência feminina, nesta idade, é um fator positivo para o enfrentamento e resiliência. Além disso tendo maior mobilidade urbana as idosas tendem a ter maior acesso às reuniões familiares e sociais que ajudam a tecer redes de apoio (LINDSTROM, 1999).

Corroborando com os achados nos artigos, destaca-se a necessidade de serviços que objetivem a inserção social. No Brasil, os centros de convivência tem esse papel, como instituições promotoras da saúde que se corresponsabilizam pelo cuidado dos idosos junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as famílias. Os idosos participantes dos centros apresentam melhor cuidado de si, inserção no mercado de trabalho e nas relações familiares. Para os profissionais da saúde, em especial da enfermagem, os centros podem ser importantes aliados na busca por uma rede de apoio e interação social pós luto, que ajuda a pessoa idosa na ressignificação do processo (DERHUN *et al.*, 2019).

A busca por significado pode ser facilitada na presença de um líder religioso ou durante a participação nos grupos de apoio já mencionados. Assim entende-se que é essencial buscar e/ou encontrar significado na perda (LINDSTROM, 1999; GHESQUIERE; SHEAR; DUAN, 2013).

A construção de significado a partir de uma perda é um processo que demanda encontrar sentido ou uma explicação do ocorrido por meio de um modelo de crenças e visão de mundo. A experiência de pessoas enlutadas possui muitos significados como, o desenvolvimento de um escopo de novas crenças e habilidades. Dentre os significados estão a valorização de novos relacionamentos, a melhora de perspectivas, o aprofundamento da própria espiritualidade, a compreensão do estado de impermanência humana, a diminuição da necessidade de controle, a libertação do sofrimento e a aceitação da morte (SANTOS, 2019).

Em relação a crença, ela pode ajudar a dar sentido à perda, assim como o estudo da filosofia. Em se tomando de significado, a aceitação da morte e o processo de luto seriam facilitados. Com relação à religião e espiritualidade, relacionou-se o fato de manter a esperança de encontrar o ente querido em uma outra vida à diminuição dos sintomas de ansiedade, desesperança e luto complicado (LINDSTROM, 1999).

Os profissionais devem fomentar atitudes de compreensão em relação à crença dos pacientes enlutados. As questões da bioética, espiritualidade e religiosidade em relação à situação de morte, que se inicia com o adoecimento grave do ente querido, devem ser consideradas em todas as ações do cuidado, pois refletem diretamente na superação saudável do luto. Entretanto ainda existe uma grande lacuna acerca dos estudos que convergem os temas espiritualidade/religião e morte/luto (CAMARA; BASSANI, 2019).

Sendo assim, superando o paradigma puramente tecnicista, as ciências precisam superar o receio, a desconfiança e o distanciamento da espiritualidade/religião no avanço das descobertas de possibilidades. O domínio de tais temáticas contribui no atendimento às demandas mais profundas do ser humano, como é o caso dos sentimentos e pensamentos oriundos de uma situação de morte (CAMARA; BASSANI, 2019).

AS PRÁTICAS DE CUIDADOS PARA PESSOA IDOSA ENLUTADA NO TERRITÓRIO

Os achados da presente categoria apontam o papel do profissional enfermeiro que atua com as pessoas idosas enlutadas no território. Por ser um assunto ainda pouco sistematizado na enfermagem é fundamental que o enfermeiro documente sua prática clínica referente ao luto, pois tal fase requer muitos cuidados, que são

realizados, na maioria das vezes de maneira efetiva, mas nem sempre se associa a causa de tais necessidades ao luto e não se documenta satisfatoriamente (WHITE; FERSZT, 2009).

A incompletude e escassez de registros da clínica da enfermagem refletem um cotidiano comum nos serviços. A evolução do enfermeiro não deve ser vista apenas como uma obrigatoriedade burocrática, mas como competência técnico-científica da equipe indispensável para o planejamento dos cuidados seguintes. Assim, ressalta-se a importância de instituições e conselhos da categoria promoverem medidas que auxiliem na capacitação do profissional evitando comprometimento nos registros da prática clínica (FERREIRA *et al.*, 2020).

A avaliação de bem-estar geral e funcional utilizando-se de exames clínicos e escalas validadas para idosos é também eficaz. O artigo ainda ressalta que o conhecimento sobre a linha de base da saúde dos idosos fornece suporte para a avaliação do enfermeiro, neste sentido, a atenção primária, inserida no território, é o local privilegiado para tal ação. Após a avaliação recomenda-se que o enfermeiro trace um quadro de referência do idoso, avaliando sua funcionalidade pré e pós perda (WHITE; FERSZT, 2009).

A realização de visita domiciliar também possui correlação com o estabelecimento de confiança entre enfermeiro e pessoa idosa enlutada. Além disso ter tido contato com essas pessoas antes que esta perda significativa fosse identificada foi um fator importante para avaliar o efeito do processo de luto sobre sua saúde geral. Resumidamente, as intervenções de enfermagem devem ser finalizadas com as prescrições para o autocuidado, tomadas a partir da avaliação global já descrita. Além de prescrever o autocuidado o enfermeiro pode, ainda, realizar o ensino sobre o tema com o idoso e familiares (no Brasil conhecido como educação em saúde) e/ou realizar encaminhamentos para outros profissionais ou serviços de saúde mental, sempre a partir de uma perspectiva de cuidado compartilhado (WHITE; FERSZT, 2009).

Os artigos 5 e 6 concordam no sentido de que a resposta de luto do indivíduo incluiu uma série de estratégias: que perpassam reconhecer a perda durante a visita, no sentido de validar o sofrimento da pessoa e praticar uma escuta ativa. Além disso, dar espaço para o cliente contar suas histórias, oferecendo condolências, normalizando a dor e apoiando a expressão de sentimentos dolorosos associado com a perda (WHITE; FERSZT, 2009; MCNAMARA; ROSENWAX, 2010)

Sobretudo quando idoso foi cuidador da pessoa que morreu, o cuidado voltado para o luto deve começar antes da morte. Essa discussão quando recomenda que o enfermeiro deve trabalhar no sentido de identificar as necessidades desse idoso cuidador e reavaliá-las regularmente antes e após a perda. Alguns idosos serão mais vulneráveis que outros durante o luto e somente conhecendo seu histórico é possível implementar cuidados eficazes. Destaca-se a recomendação de que a prestação de apoio e cuidados deve ser estendidos para até nove meses após a morte dos familiares de idosos (WHITE; FERSZT, 2009; MCNAMARA; ROSENWAX, 2010).

Nesse sentido, deve-se considerar os princípios da atenção primária de olhar para o idoso na sua singularidade e, ao mesmo tempo, considerar seu contexto sociocultural para firmar relações de vínculo, estabelecendo a longitudinalidade no cuidado e a autorresponsabilização. Evidencia-se que, no território, o cuidado tem como essência o vínculo estabelecido entre profissional e paciente / família, ou seja, o vínculo é condição para tal cuidado, e é o que estabelece o cenário ideal para atuar nas situações de luto e morte (COMBINATO; MARTIN, 2011).

Sabe-se que os idosos sempre esperam encontrar, em suas famílias, suporte e apoio, quando necessário. Mas a centralidade na família, muitas vezes, não oferece cuidados suficientes para lidar com um momento tão delicado quanto o enlutamento, sugerindo-se, assim, a necessidade de orientação e apoio da rede de suporte formal de saúde. O papel da família é insubstituível, no entanto, é fundamental que haja responsabilidade compartilhada entre os órgãos do poder público, instituições de saúde e a sociedade civil, a fim de efetivar uma rede de apoio, sobretudo nos momentos de fragilização da saúde mental e física da pessoa idosa (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019).

Outro dado que se destaca no artigo 6 é o fato dos enlutados terem maior chance de desenvolver problemas de saúde quando seu familiar não morria em seu lugar de escolha. Esta é uma decisão da família, mas os profissionais podem apoiá-los nas restrições de hospitalizações e procedimentos desnecessários que tiram o familiar do seu local de conforto, que na maioria das vezes é o domicílio e, neste caso, trazem o sentimento de culpa que pode agravar o luto (MCNAMARA; ROSENWAX, 2010).

A discussão desta temática é ampla, mas, sumariamente levanta-se a necessidade de pensar as razões pelas quais uma questão tão importante e natural como a morte e o luto, cuja compreensão pode auxiliar o ser humano na fase mais

angustiante da sua vida, não tem sido foco de muitas investigações. O tema permanece como um tabu e é cerceado por um véu de rejeição. Tal lacuna na ciência necessita ser repensada, uma vez que a cada dia aumenta a importância e a necessidade de sistematizar-se os cuidados referente à pessoa enlutada (CARLSSON *et al.*, 2018)

Assim sendo, reconhece-se que as práticas de cuidado de enfermagem têm na atenção primária território privilegiado para contemplar um processo de enfermagem completo. As ações precisam seguir um itinerário que vai desde a identificação de problemas, utilização de aporte científico para a investigação clínica da pessoa idosa, até a implementação de cuidados que ajudem os idosos a enfrentar o processo de luto e retomar uma rotina equilibrada e uma vida com significado.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo relacionam-se à amostra, uma vez que foram incluídos os estudos disponibilizados online o que pode ter excluído algum artigo não divulgado gratuitamente sobre o tema. Outro fator é a ausência de estudos publicados em português que estudassem as estratégias de enfrentamento do luto entre pessoas idosas e o baixo nível de evidência dos artigos encontrados.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

Sustentados pelos resultados, sugere-se ao poder público e as universidades que fomentem e investiguem as práticas de enfermagem frente ao luto da pessoa idosa. O enfermeiro da atenção primária é o profissional com maiores chances/opportunidades? de vínculo com o idoso a longo prazo, tem potencial para interferir positivamente na vivência de um luto saudável e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento entre pessoas idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de luto possui consequências naturais e esperadas. Cada idoso vivencia esse processo de maneira singular, mas, independentemente da experiência de vida, esta é uma fase de vulnerabilidade e risco para a população idosa. Questiona-

se, ainda a própria escassez de investigações científicas sobre o luto do idoso demonstrada neste trabalho, bem como a ausência de publicações na língua portuguesa que poderiam demonstrar que o luto da pessoa idosa teria menos peso do que em outras faixas etárias.

O trabalho alertou para a importância do envolvimento dos serviços primários na fase do luto e que tal prática não diminui ou exclui a essencial participação da família do idoso neste processo de busca por enfrentamento. Além dos serviços de saúde e dos familiares o idoso deve poder contar com a sociedade em forma de espaços de convivência, grupos de apoio e de participação social que se mostraram como fatores protetores de depressão e luto complicado.

O trabalho dos serviços primários voltado para o idoso enlutado não é puramente biologicista, requer desde a busca por quebra de paradigmas e tabus relacionados à morte e ao luto até o estabelecimento de um vínculo profissional empático e humanizado disposto a continuar responsabilizando-se pelas famílias até depois da morte do membro que demandava cuidados.

Em suma, a busca por significado a partir do sofrimento gerado pelo luto se mostrou um fator essencial para o enfrentamento e este objetivo não pode permanecer centralizado nos serviços especializados de saúde mental. O tema precisa estar presente nas discussões, planejamento e capacitações das equipes de atenção primária para que um maior número de idosos seja beneficiado nesta que talvez seja a fase mais desafiadora da biografia humana, que é superar a ausência irreversível de uma pessoa próxima.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 805-818, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>.

BURTON, A. M. *et al.* Predictors of well-being in bereaved former hospice caregivers: The role of caregiving stressors, appraisals, and social resources. **Palliative and Supportive Care**, v. 6, n. 2, p. 149-158, 2008. DOI: 10.1017/S1478951508000230

CAMARA, S. L.; BASSANI, M. A. Estudos em psicologia sobre morte, luto, religião e espiritualidade: uma revisão da literatura brasileira. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 129-140, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2020.

CARDOSO, É. A. de O. *et al.* Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Rev. SPAGESP**, v. 19, n. 2, p. 110-122, 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2020.

COMBINATO, D. S.; MARTIN, S. T. F. Cuidados no final da vida: análise do processo de trabalho na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 869-880, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0649>.

DERHUN, F. M. *et al.* O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180156, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0156>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2020.

DUTRA, K. *et al.* Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 5, p. 2146-2153, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2020.

FERREIRA, L. de L. *et al.* Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, e20180542, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>.

COELHO FILHO, J. F.; LIMA, D. M. de A. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 35, n. 88, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.35.88.AO02>.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; STILLWELL, S. B.; WILLIAMSON, K. M. Evidence-based practice, step by step: Critical appraisal of the evidence: part III. **Am J Nurs.**, v. 110, n. 11, p. 43-51, 2010. DOI:10.1097/01.NAJ.0000390523.99066.b5.

GHESQUIERE, A. M.; SHEAR, K.; DUAN, N. Outcomes of Bereavement Care Among Widowed Older Adults With Complicated Grief and Depression. **Journal of Primary Care & Community Health.**, v. 4, p.256-264, 2013. DOI: 10.1177/2150131913481231.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2020.

LINDSTROM, T. C. Coping with bereavement in relation to different feminine gender roles. **Scandinavian Journal of Psychology.**, v. 40, p. 33-41, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10216462/>. Acesso em: 03 jul. 2020.

- MCNAMARA, B.; ROSENWAX, L. Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why?. **Social Science & Medicine.**, v. 70, p. 1035–1041, 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.11.029.
- SANT'ANA, L. A. J. de; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 503-519, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912117>.
- SANTOS, G. C. B. F. Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. **Revista M.**, v. 2, n. 3, p. p. 116-137, fev. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8152/7018>. Acesso em: 03 jul. 2020.
- SHAH, S. M. *et al.* Do Good Health and Material Circumstances Protect Older People From the Increased Risk of Death After Bereavement? **Am J Epidemiol.**, v. 176, n. 8, p. 689–698, 15 out. 2012. DOI: 10.1093/aje/kws162.
- SOUSA, L. M. M. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista Investigação Enfermagem**, p. 31-39, maio 2018. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf> . Acesso em: 26 jun. 2020
- WHITE, P; FERSZT, G. Exploration of nurse practitioner practice with clientes who are grieving. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.**, v. 21, n. 4, p. 231–240, 2009. DOI:10.1111/j.1745-7599.2009.00398.x.

4 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Apresento a seguir o referencial teórico metodológico que tornou possível o alcance dos objetivos desta pesquisa, iniciando pela abordagem qualitativa, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), suas vertentes e seu próprio referencial de origem: o Interacionismo Simbólico (IS).

4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

A abordagem qualitativa tenta compreender ou interpretar os significados e percepções dos seres, construídas a partir de suas experiências e vivências. Tal abordagem pressupõe que as pessoas agem motivadas por suas crenças, valores, sentimentos e percepções e que os comportamentos possuem um sentido com potencial para ser desvelado e explicado. Tal abordagem não se propõe a quantificar os valores e trocas simbólicas, mas, gerar descobertas profundas da realidade e, sobretudo, das relações sociais (FLICK, 2009; CRESWELL, 2014; PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

Na pesquisa qualitativa a realidade a ser explorada é reconhecida como múltipla e subjetiva e está baseada na ontologia (parte da filosofia que estuda a natureza, a realidade e a existência dos seres). Nesta abordagem de estudo são privilegiadas as experiências dos participantes e suas percepções, em detrimento da generalização. Os achados no estudo qualitativo são moldados a partir da interação entre pesquisador e pesquisado e a partir das experiências de cada um, conforme descreve a epistemologia que é o ramo da filosofia que se ocupa do conhecimento científico e estudo de princípios, hipóteses e resultados das diversas ciências (CRESWELL, 2014; PATIA; HOHENDORFF, 2019).

A abordagem qualitativa segue um percurso metodológico sistemático e fundamentado, e reconhece que o pesquisador influencia e é influenciado pelo objeto pesquisado, obedecendo ao pressuposto axiológico (que é o estudo dos valores de cada pessoa ou sociedade). Todos esses preceitos devem ser considerados em todo o percurso do estudo qualitativo e o pesquisador deve, prioritariamente, lançar mão de uma lógica indutiva (CRESWELL, 2014; PATIA; HOHENDORFF, 2019).

Dessa forma, a abordagem qualitativa oferece contribuições metodológicas e ampliadas para a produção de conhecimento a partir da compreensão e explicação

dos fenômenos. Dentre as abordagens qualitativas existentes a TFD foi escolhida porque privilegia a descoberta científica a partir de dados coletados e analisados sistematicamente com vistas a diminuir as lacunas que existem entre a prática e a teoria.

4.2 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A Teoria Fundamentada nos Dados surgiu da colaboração entre os sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss. Curiosamente seus estudos iniciais foram sobre profissionais de saúde que conviviam com o processo de morte de seus pacientes em instituições hospitalares. Eram os anos sessenta, nos Estados Unidos, e a morte era um assunto tabu na sociedade. Partindo desta problemática, Glaser e Strauss passaram a observar estes ambientes e investigar como os profissionais recebiam e lidavam com informações referentes à finitude dos pacientes. Após a coleta de longos relatos e análise minuciosa, os precursores produziram uma teoria sobre a organização social e a disposição temporal do fenômeno em questão: a morte. Seu percurso metodológico, por estar bem sistematizado e documentado, permitiu que outros cientistas sociais o aplicassem em uma variedade de temas (GLASER; STRAUSS, 1967; CHARMAZ, 2009, p. 17,18).

O ano de 1967 ficou marcado por ser o ano em que Glaser e Strauss lançam o livro *The Discover of Grounded Theory*, o qual expôs a articulação de estratégias que possibilitam o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada nos dados. Tal fato foi inovador, pois ampliou as possibilidades para além das deduções de hipóteses levantadas a partir de teorias já publicadas. Esse foi um período que a pesquisa qualitativa estava enfraquecida nos Estados Unidos, e apesar deste tipo de pesquisa não ter histórico de ser um paradigma dominante nas ciências, os autores da TFD foram fundamentais para estabelecer a confiabilidade do método qualitativo (GLASER; STRAUSS; 1967).

É importante ressaltar que as tradições científicas que acompanham a origem da TFD são de direções opostas e, inclusive, concorrentes: o positivismo e o pragmatismo. O positivismo oriundo da rigorosa formação de Glaser na Universidade de Columbia (EUA) que se reflete na codificação dos métodos e estratégias de maneira explícita e sistemática. E o pragmatismo herdado por Strauss, da Universidade de Chicago (EUA) que possui a visão de que as pessoas são seres

ativos de sua própria história e que o processo, e não a estrutura em si, é a essência da vida humana, fato demonstrado pela capacidade que as pessoas possuem de criar as próprias estruturas a partir de seu envolvimento no processo (CHARMAZ, 2009, p. 20; GIRARDON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

Strauss acreditava que os significados para cada pessoa têm como base a sua linguagem e emergem a partir de suas ações, tais afirmativas levaram-no a incorporar na TFD a investigação dos princípios da atividade humana, seus processos, significados, prática e soluções de problemas. Ambos os autores compartilhavam um apurado interesse pelo aprofundamento nos processos psicossociais que ocorrem em um certo ambiente, a partir de uma experiência humana. É evidente que os conhecimentos somados dos dois fundadores contribuíram para o nível de abstração que a TFD pode alcançar (GLASER, 1992; CHARMAZ, 2009, p. 21; GIRARDON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

As teorias propostas pela TFD têm como característica principal não apenas interpretar os processos sociais, mas também explicá-los. Tal construção exige um raciocínio analítico para interpretar os dados por meio de um processo indutivo/dedutivo/abduutivo, que leva a síntese teórica e explicativa do fenômeno em questão. A TFD possui ainda outras prerrogativas que são a amostragem teórica, a redação de memorandos e a análise comparativa constante. Utiliza-se a indução quando se parte de um pressuposto específico, para um contexto geral e, posteriormente, dos dados para uma teoria, não há uma premissa anterior aos dados. Lança-se mão da dedução por meio do processo de construção de pressupostos e interpretações dos dados por parte do pesquisador (GLASER, 1992; CHARMAZ, 2009, p. 18).

No que diz respeito ao raciocínio abduutivo é o que permite ao pesquisador considerar, logo após cada coleta, todas as possíveis expressões e correntes teóricas com vistas a fazer descobertas e, posteriormente, voltar ao mundo empírico e testá-las. Dessa maneira o raciocínio invocado na TFD faz dela um método abduutivo pois engloba o raciocínio do pesquisador sobre a experiência, levantando pressupostos teóricos, para então verificá-los por meio de uma nova experiência. Assim, a inferência abduitiva aponta todas as explicações teóricas possíveis para aqueles dados, seguido de verificação empírica e análise dos mesmos, na busca da explicação mais plausível (CHARMAZ, 2009, p 144, 145).

Dessa forma o pesquisador avança e recua entre coleta e análise e uma teoria vai desenvolvendo-se por meio do método comparativo constante, e por conta disso, a TFD é uma combinação entre a testagem de intuições e o desenvolvimento da teoria de maneira indutiva, perfazendo um processo abductivo. Portanto, o ir e vir propiciado pela amostragem teórica na TFD deve ser utilizado para delinear as propriedades de uma categoria, verificar intuições acerca das categorias, saturar as propriedades de uma categoria, estabelecer distinções entre as categorias, esclarecer relações entre as categorias emergentes e ainda identificar variações em um processo (CHARMAZ, 2009, p 144, 145).

Para que este processo se desenrole com maior rigor, Charmaz, proponente da vertente construtivista da TFD, orientou que o pesquisador estimule o desenvolvimento de sua sensibilidade teórica, por meio da avaliação da profundidade de suas ideias ao passo em que amplia o alcance de sua teoria. Desenvolver uma sensibilidade teórica (ou teorizar) significa para a autora parar, considerar e repensar de uma nova maneira sobre os dados. Assim, suspende-se, temporariamente, o fluxo da experiência estudada e isola-se o mesmo, para que ele seja observado a partir de múltiplas perspectivas. Quando se utiliza da sensibilidade teórica chega-se aos fundamentos e as abstrações, aprofundando a análise das experiências (CHARMAZ, 2009, p. 95).

A amostragem teórica é um componente da TFD que direciona a formação da teoria e inclui diferentes contextos e realidades. Neste tipo de amostragem a coleta de dados e a análise acontecem de maneira concomitante até que os novos dados não contribuam mais para o desenvolvimento da teoria, ou seja, até a saturação teórica dos dados. Existem duas possibilidades para a teoria produzida: ser uma teoria formal ou uma teoria substantiva. A teoria formal é mais ampla e abstrata, fornecendo explicação teórica de uma questão mais genérica e a teoria substantiva, pretende explicar um fenômeno mais particular ou a ocorrência deste fenômeno em um ambiente restrito. Neste trabalho propõe-se uma teoria substantiva (GLASER; STRAUSS, 1967; VOLLSTEDT; REZAT, 2019).

A redação de memorandos, após cada coleta de dados, é o que auxilia a reflexão crítica do pesquisador na extração dos significados dos dados. Os significados extraídos dão origem a códigos e posteriormente às subcategorias e categorias, que levarão à formulação de novas hipóteses que, por sua vez, conduzirão as próximas coletas. Dessa maneira redigir memorandos continuamente na TFD

permite ao pesquisador estabelecer a correlação que existe entre os códigos dos dados e as subcategorias e categorias, descobertas no estudo e, depois, formular diagramas com a relação entre as próprias categorias até que se encontre a categoria central, que explica o fenômeno estudado e forma a teoria (CHARMAZ, 2009; VOLLSTEDT; REZAT, 2019).

Além dos elementos descritos a TFD exige um processo constante de análise comparativa. Este processo é tido como imprescindível para a TFD e prevê que os dados devem ser avaliados desde o início da pesquisa, sem necessidade de se esperar a finalização da coleta. Dessa forma compara-se dados com dados, buscando similaridades e diferenças entre eles, até que estes sejam reduzidos a conceitos. A análise comparativa segue, desenvolvendo os conceitos encontrados e revelando suas propriedade e dimensão, comparando agora os conceitos entre si, que por sua vez guiarão as coletas futuras, perfazendo uma circularidade nos dados (CHO; LEE, 2018; PEITER *et al.*, 2020).

Conforme o exposto, uma pesquisa baseada na TFD está finalizada quando se consegue explicar um processo por meio de uma teoria e suas propriedades. A teoria deve demonstrar as causas do fenômeno estudado e as condições para o seu surgimento, possibilitando delinear suas consequências. Após expor os preceitos originais que a TFD mantém até os dias atuais, ressalta-se que desde a proposição inicial da TFD os autores, Glaser e Strauss, já convidam os pesquisadores a lançarem mão da TFD de forma flexível, de maneira que o método se adapte ao maior número de contextos possíveis de investigação científica. Somado a isso, ao longo do tempo, os próprios autores apresentaram divergências em suas considerações e a TFD foi dividida em três correntes (CHARMAZ, 2009, p. 23; SANTOS *et al.*, 2016).

Glaser permaneceu coerente à proposição inicial, definindo a teoria como um método de descoberta ocorrida a partir dos dados e fundamentado pelo empirismo objetivo, sua corrente é conhecida como Clássica ou Glaseriana. Strauss estabeleceu parceria com Juliet M. Corbin e direcionou o método para a verificação, expondo a aplicação prática da TDF e seus instrumentos como método científico, de forma a ampliar a materialidade da teoria para novos pesquisadores. A perspectiva adotada por Strauss e Corbin é a Relativista ou Straussiana, que acredita que a geração de uma teoria é oriunda do relacionamento colaborativo entre pesquisadores e participantes (GLASER, 1992; STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009, p. 22; SANTOS *et al.*, 2016; GIRARDON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

A linha de evolução da teoria não cessou e no ano 2000, Kathy Charmaz, contribui com uma remodelação da TFD. Sua abordagem é conhecida como Construtivista pois baseia-se na introdução do construtivismo na TFD, na flexibilização do uso da literatura e estruturalismo de Strauss e possui como base filosófica o Interacionismo Simbólico (IS). Na vertente construtivista acredita-se que pesquisadores e participantes podem construir relações em profundidade, ou seja, considera que pode existir uma relação de troca que se dá no meio social em que ambos se inserem. Tal pressuposto é especialmente eficaz para profissionais de saúde, uma vez que os fenômenos estudados nesta área são muito pessoais e podem demandar do pesquisador certa empatia e conhecimento sobre o fenômeno (DENZIN, LINCOLN, 2000; CHARMAZ, 2009; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Na tentativa de diferenciar as características principais das três vertentes, apresenta-se o quadro a seguir:

Quadro 3 – Características diferenciais das três vertentes da TFD

VERTENTE	BUSCA LITERÁRIA	BASE FILOSÓFICA
Clássica	Ao final da pesquisa	Positivismo moderado
Straussiana	Aberto em todas as etapas	Pós-positivismo/ Interacionismo Simbólico
Construtivista	Aberto em todas as etapas e sumariado ao final	Construtivismo/ Interacionismo Simbólico

Fonte: Kenny; Fourie (2015); Santos *et al.* (2018).

A teoria extrapolou sua disciplina de origem (Sociologia) e foi adotada em diversas outras áreas, com destaque para os cientistas da enfermagem que utilizaram o método e, mais tarde, tornaram-se referência em investigação qualitativa para sua profissão. Assim, considerado a viabilidade deste referencial para explicar processos sociais e comportamentos humanos, somada a tradição na área da saúde e enfermagem, e porque a temática da perda e do luto entre pessoas idosas interaciona-se com o pressuposto fundamental da vertente construtivista, para este trabalho optou-se pela abordagem de Charmaz (CHARMAZ, 2009, p. 23; SANTOS *et al.*, 2016).

Salienta-se que Kathy Charmaz considera os avanços teóricos e metodológicos das décadas de estudos sobre TFD de seus antecessores quando propõe sua abordagem, além disso, a proponente considera que o pesquisador é parte do mundo que observa e pesquisa, ou seja, é invariavelmente parte dos dados

que coleta. Os resultados de uma TFD construtivista se dão a partir da reconstrução da realidade e da descoberta dos significados dos fenômenos que levam a um determinado comportamento. (SCHWANDT, 1994; DENZIN; LINCOLN, 2000; CHARMAZ, 2006).

Charmaz parte da perspectiva de que muitas vezes os pesquisadores já possuem conhecimento da temática que vão investigar antes mesmo de seu início. Essa sensibilidade teórica, quando bem utilizada, pode intensificar a observação e o aprofundamento no tema. No entanto a sensibilidade teórica fornece um ponto de partida para o pesquisador e não um ponto de conclusão, o que se dará exclusivamente a partir dos dados e da capacidade de manter-se aberto a percepções e dados que possam ir na contramão do que já se conhece (CHARMAZ, 2009; 2016).

A vertente construtivista de Charmaz tem duas bases filosóficas, o Construtivismo e o Interacionismo Simbólico. O Construtivismo é uma perspectiva científica que versa sobre como as realidades são construídas. Charmaz, admite que as pessoas (pesquisadores inclusos) constroem as realidades das quais fazem parte. Dessa maneira a investigação construtivista inicia-se a partir do questionamento de como as pessoas constroem suas experiências. Os construtivistas inserem-se nos fenômenos, coletam múltiplas perspectivas e estabelecem redes de conexões e restrições, ou seja, eles reconhecem que as interpretações dos fenômenos estudados são também uma construção (CHARMAZ, 2009, p 250).

O tópico que segue apresenta o Interacionismo Simbólico, que além de ser uma das bases filosóficas da TFD Construtivista, neste trabalho também serviu como Referencial Teórico para auxiliar a análise dos dados.

4.3 INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O presente tópico apresenta o enfoque teórico que norteará o estudo. Serão destacados os principais conceitos e pressupostos do Interacionismo Simbólico.

As obras clássicas que remontam ao Interacionismo Simbólico são oriundas da Escola de Chicago e são documentações das aulas de George Mead, transcritas por seus alunos e seguidores. Antes de prosseguir com o aprofundamento de suas raízes, cabe lembrar que há uma outra corrente, menos conhecida, do IS, oriunda da Escola de Iowa e proposta por Khun, bastante divergente da primeira, mas neste

trabalho, dicorrer-se-á sobre a da Escola de Chicago, Mead e seus sucessores (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

O movimento interacionista tem raízes complexas e recebeu influências indiretas de diversos filósofos, como do pensamento econômico de Adam Smith, a filosofia moral de Thomas Reid, empirismo humano e ideais iluministas de Diderot e Rousseau, teoria do conhecimento de Kant, entre outros. Percebe-se, então, que o pragmatismo era um pensamento tradicional para os estudos de Mead, na escola de Chicago, e seus principais questionamentos científicos diziam respeito a interpretação de processos psíquicos e sua eficácia para a solução de problemas entre seres humanos (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Era uma época em que se proclamava a necessidade de um “pragmatismo social” e foi atribuída primeiramente a Mead a proposta de se chegar a uma análise pragmática de situações em que existem interação social e autorreflexão. Ou seja, Mead enfocou que a ação interpessoal é uma forma de agir do indivíduo que suscita reações em seus parceiros, que por sua vez, torna-se a condições para a continuidade das ações do primeiro. Mead considerava que a linguagem é um fenômeno essencialmente social e que o ato social possui tanto uma fase interna quanto externa e a grande questão, para ele, era o modo como essas duas fases se relacionam (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

O IS começou a ser delineado em 1930 e passou duas décadas em amplo curso de desenvolvimento em sua escola de origem e um importante marco foi a criação da Sociedade para o Estudo do Interacionismo Simbólico (*Society for the Study of Symbolic Interactionism*) que existe até os dias de hoje, contando com periódico próprio e é considerada uma linha de pesquisa sociopsicológica (BLANCO, 1998). O nome da referida linha de pesquisa foi proposto pelo mais notável discípulo de Mead, Herbert Blumer, em 1937, que ajudou a estabelecer pressupostos da abordagem interacionista por meio de várias obras (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Para os interacionistas o significado é um dos elementos mais importantes na compreensão do comportamento humano e, vão além, pressupondo que o alcance da plena explicação do processo se dá a partir do momento em que o pesquisador se apropria dos significados das experiências que os participantes têm em um determinado contexto (JEON, 2004; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Concordando com Mead, Blumer ainda se sustenta nos preceitos teóricos de que o significado é um produto social, uma criação advinda da interação dos indivíduos na sociedade. O autor ainda destaca em sua obra que o IS possui três premissas: 1) o ser humano orienta seus atos direcionando-os a partir do que elas significam para ele; 2) o significado destas coisas é uma consequência da interação social que cada um mantém com os outros e 3) os significados não são estáticos e se modificam por meio de um processo interpretativo que é desenvolvido pela pessoa frente às coisas que encontra em seu caminho (BLUMER, 1982; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

A partir da fundamentação nas premissas descritas o IS torna-se um esquema analítico da sociedade e da conduta dos seres humanos que envolve inúmeras ações, símbolos e objetos. O IS apresenta-se, em termos de um Referencial Teórico, como um caminho reconhecido e fortalecido através dos anos de sua evolução, pois permite abordar fenômenos através de uma dialética entre a estruturação social e a construção de individualidades, entre o geral e o particular, entre o cultural e o singular, entre o sujeito e o objeto. Além disso, permite apreender as contradições contemporâneas que as sociedades plurais apresentam. Apesar de suas raízes americanas, o IS não está focalizado em uma perspectiva individualista e sim em uma dimensão social e coletiva. Com base no exposto, pode-se defender que o IS é uma alternativa viável e sólida no aprofundamento da explicação da realidade do mundo contemporâneo (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Cabe ressaltar que a raiz do Interacionismo Simbólico parte da sociologia e psicologia social e trata-se de uma possibilidade para compreender o modo como as pessoas interpretam os objetos e os outros seres com os quais se relacionam e como a interpretação dessa interação leva ao comportamento de cada indivíduo em determinadas situações. Dessa maneira, o Interacionismo Simbólico pressupõe que as pessoas possuem capacidade de raciocinar sobre os símbolos que se formam em torno de cada fenômeno e que a adaptação humana a esses símbolos é o que define seus comportamentos. Cabe salientar que a perspectiva que serviu de base para Charmaz lançar a vertente construtivista da TFD é a de Escola de Chicago, proposta por Mead (HALL, 1987; JEON, 2004; CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Para Blumer, o Interacionismo Simbólico não se trata de uma doutrina filosófica, mas sim de uma perspectiva científica social e empírica voltada para a produção de conhecimento comprovável (característico de estudos científicos) sobre a

vida e a conduta humana, a partir de sua dinâmica e interações sociais. O comportamento humano está atrelado aos significados atribuídos aos objetos, estes significados dependem, além de sua interação social com outras pessoas, de suas experiências nos ambientes sociais (BLUMER, 1982; PONS, 2010; CROSSETTI; GÓES; GIORDANI; POTZIK, 2019).

Os conceitos fundamentais pelos quais são descritos a natureza do Interacionismo Simbólico são os de: sociedade, ser humano, ação humana, símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, linguagem e interação social. Na tentativa de ilustrar os elementos conceituais do Interacionismo Simbólico, referencial que norteará esta pesquisa, construiu-se o quadro abaixo.

Quadro 4 - Elementos Conceituais do Interacionismo Simbólico

CONCEITO	SIGNIFICADO
Sociedade	É o espaço constituído por seres interagindo. A sociedade surge quando cada indivíduo percebe a intenção dos atos de outros e constrói uma resposta a essas intenções, ou seja, a sociedade é permeada pela atividade grupal que é a base do comportamento humano.
Ser humano	Ser único e ativo que se utiliza de símbolos para compartilhar suas perspectivas com outros.
Ação humana	Ação constituída por significados atribuídos pelos seres humanos e não somente por fatores sociais ou psicológicos, ou seja, o ser, em sua ação, é quem confere um significado ao objeto e não o objeto que age sobre o ser.
Símbolo	É uma classe de objetos sociais que representam algo e são utilizados pelos seres humanos para pensar, comunicar e representar. Para que alguma coisa seja considerada simbólica ela precisa de um significado (uma representação) e uma intenção. Sem significado e intenção, o indivíduo até pode se comunicar, mas esta não é uma comunicação simbólica
Self	Forma-se por meio de definições feitas por outros que servirão de referencial para que a pessoa veja a si mesma, assim, o self é concebido no meio social e forma-se da ação humana. O self não é estático e pode evoluir ou modificar-se de acordo com alterações nas suas interações, símbolos e novas experiências, não somente com outros, mas consigo próprio.
Mente	A partir do momento que se possui um <i>self</i> é possível o desenvolvimento da atividade mental. Portanto a mente é originada de um processo de interação entre pessoa e símbolos significantes, sendo a mente considerada originalmente social, advinda do processo de comunicação.
Assumir o papel do outro	A capacidade de assumir o papel do outro inicia-se ainda na infância quando a criança começa a fazer imitações significativas daqueles com quem interage, na sequência ela passa a "assumir o papel de outros" em relação a si mesma. Obtendo tal capacidade ela então desenvolve o que se chama de "outro generalizado" ou papel coletivo, que integra suas associações de papéis com as expectativas por ela internalizadas.
Linguagem	Os símbolos podem ser representados por objetos, ações, ou palavras, mas só ganham significado para os seres quando podem ser descritos utilizando-se de palavras. Então, o uso das palavras forma a linguagem, que se trata de um tipo especial de símbolo, e é também a base simbólica do ser humano. Por meio da linguagem integramo-nos à sociedade, não mais passivamente, mas utilizando-nos, ativamente, de interação. Tal interação, possibilitada pelo símbolo da linguagem, cria uma interdependência entre ser humano e sociedade, os quais interferem-se mutuamente.

Interação social	Todos os conceitos expostos neste quadro surgem da interação social e são parte dela. Quando interagimos socialmente nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, utilizamos símbolos, estabelecemos o self, empreendemos a ação mental, tomamos decisões, alteramos as direções e compartilhamos perspectivas, desvelando, assim, a realidade e a situação que nos leva a assumir o do outro. Sendo assim a interação social é moldada partindo da ação social e nossas ações são guiadas a partir do que os outros fazem frente a um determinado fenômeno.
-------------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora baseado em: Haguette (2003, p. 29-31); Carvalho; Borges; Rêgo (2010); Dupas; Oliveira; Costa (1997); Charon; Cahill (2004); Girardon-Perlini; Simon; Lacerda (2020)

Expostos os conceitos que permeiam o Interacionismo Simbólico entende-se que as ações dos indivíduos se desenvolvem segundo as interações entre as pessoas, estas pessoas interpretam situações e definem as ações tomadas em um determinado meio social. Portanto o ato de um ser humano estimula o outro a reagir e se adaptar, que por sua vez, refletem em novos estímulos no primeiro ser, gerando uma modificação neste e, quem sabe, uma nova ação, possibilitando, assim, explicar os significados que as pessoas idosas atribuem ao luto (CHARON; CAHILL, 2004; UTZUMI *et al.*, 2018).

O cuidado humano, dentro do contexto do Interacionismo Simbólico, não é algo concreto, mas pode ser considerado um objeto social. Tal objeto decorre da ação de cada uma das pessoas envolvidas no cuidado, ainda assim, nota-se a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde e usuários a respeito de seus significados e intencionalidades no agir de cada um (UTZUMI *et al.*, 2018).

Desenvolvido para explicar diferentes aspectos da vida organizacional da sociedade, o IS trouxe para as ciências sociais um campo teórico que considera o ser social como um intérprete do mundo, somando essa possibilidade a métodos de pesquisa que privilegiam o ponto de vista dos participantes, como é o caso dos métodos descritos pela TFD, assim é possível explicar os significados que as pessoas põem em prática para formar seu mundo social (FERREIRA; BUENO; ALVEZ, 2017; UTZUMI *et al.*, 2018).

Um importante esclarecimento é que, embora o IS seja amplamente conhecido e utilizado como um referencial teórico orientador de investigações qualitativas, seus pressupostos também possuem compatibilidade com pesquisas quantitativas. Em tal perspectiva o IS contribui para aumentar a profundidade do conhecimento produzido a partir de um fenômeno ou problemática. Aplicado aos métodos quantitativos, o Interacionismo Simbólico diminui os vieses e torna possível o enriquecimento da compreensão dos estudos (BENZIES; ALLEN, 2001).

Reforçando o que já foi mencionado anteriormente, o Interacionismo Simbólico possui ampla utilização na área da Enfermagem. Isso se dá em decorrência de sua amplitude em considerar que as ações individuais e coletivas são construídas pela interação entre pessoas no contexto social a que elas pertencem. A interação simbólica preocupa-se com os pormenores experimentais do comportamento humano e como estes refletem na vida social, no comportamento e na saúde dos seres, fatores que devem fornecer a base do planejamento e do cuidado da enfermagem (LOPES; JORGE, 2005).

O referencial descrito permite estabelecer o pressuposto de que é possível a transferência de seus conceitos para o fenômeno do processo de luto em pessoas idosas. As particularidades do Interacionismo Simbólico permitirão interpretar e explicar as experiências que levam os idosos a ter um posicionamento frente ao luto de pessoas próximas a partir de análises comparativas dos significados, que podem apontar para novas maneiras de cuidar desse público. O Interacionismo considera o ser humano em suas diferentes fases de vida e pode valorizar o significado do mundo que as pessoas idosas constroem, a partir das interações que desenvolvem consigo mesmas e com os outros durante e após processos de luto.

A escolha do presente referencial permitiu a possibilidade de interpretar a realidade e a vivência dos participantes, a partir dos significados e interações entre pesquisador e participante, perfazendo a visão construtivista de que a construção dos dados se dá nestas interações. A escolha por esta perspectiva teórica se deu pela compreensão de que o convívio com a situação de perda e luto está permeado de significados e interações, o que possibilita a interpretação dessa realidade, valorizando o significado que o ser humano atribui à experiência de perder uma pessoa próxima e vivenciar o luto durante o envelhecimento. Finalmente, declara-se que os pressupostos descritos possibilitaram responder às perguntas da presente pesquisa.

5 APRESENTANDO O PERCURSO METODOLÓGICO

Relato a seguir o percurso metodológico que foi traçado neste estudo com vistas ao alcance do objetivo proposto inicialmente. Serão abordados, sequencialmente, o desenho do estudo, os aspectos referentes à metodologia: local de estudo, entrada no campo de pesquisa, participantes do estudo, coleta e análise dos dados, validação dos resultados e aspectos éticos.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Optou-se, no presente estudo, pela investigação qualitativa por ser a que melhor contempla o fenômeno do significado do luto entre pessoas idosas. Dentre os referenciais metodológicos existentes optou-se pela TFD, uma vez que esse método inclui um conjunto de etapas rigorosas e sistematizadas que tem como objetivo ser um guia para a compreensão e explicação de um fenômeno e seus significados (CHARMAZ, 2009).

A TFD assume que a organização social dos indivíduos se dá a partir de um processo contínuo de resolução dos próprios problemas e, por conta disso, existem padrões de comportamento. Portanto o pressuposto fundamental da TDF é analisar o comportamento dos pesquisados e não as pessoas em si, numa perspectiva processual e a partir de tal análise fornecer uma explicação teórica de como como tais padrões se formam na sociedade (CHARMAZ, 2009; CRESWELL, 2014).

Sendo assim, acredita-se que o referencial teórico metodológico fornecido pela Interacionismo Simbólico e pela vertente construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados é o que melhor adequou-se ao delineamento do presente estudo, o qual propõe uma teoria sobre os processos pelos quais as pessoas idosas passam quando perdem uma pessoa próxima e vivenciam o luto.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no território da Atenção Primária à Saúde de Joinville, o maior município de Santa Catarina, Brasil. Estima-se que Joinville possua uma população estimada de 590.466 (IBGE, 2020), destes, 45.404 (8,81%) são pessoas idosas. Joinville é conhecida por ser uma cidade industrial, fato que desperta o

interesse de muitas populações de outras cidades e estados na busca por oportunidades de trabalho. Tal fato explica o número de idosos menor que a média brasileira, uma vez que quem migra para cidades de maior porte são pessoas mais jovens, enquanto as de mais idade permanecem em suas cidades de origem. Isto pode explicar o fato do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Longevidade em Joinville ser de 78,34 anos de idade, superior a média brasileira que é de 75,46 anos, mas ainda assim contar com um percentual de idosos menor de 10% em relação ao total da população (IBGE, 2020; JOINVILLE, 2020).

Dentre as metas de planejamento em saúde do ano de 2020, a Secretaria Municipal de Saúde Joinville, baseada na orientação do Ministério da Saúde sobre a implantação de uma linha de cuidado à pessoa idosa, estabelece, o desenvolvimento do "Programa de Atenção ao Idoso" que visa a garantia e a qualificação do acesso dessa população aos serviços de saúde. Tanto a linha de cuidado quanto o programa citado serão os documentos norteadores do cuidado da pessoa idosa no município e encontram-se em fase de formatação para posterior disponibilização de consulta pública e publicação (BRASIL, 2018a; JOINVILLE, 2020).

A rede de Atenção à Saúde de Joinville possui três regiões de saúde: Norte, Sul e Centro. Tal rede é composta por 87 unidades de atendimento. Tais unidades são divididas entre: 2 Unidades de Vigilância em Saúde, 4 Unidades de Urgência e Emergência, 18 Serviços de Referência Especializada, 5 Hospitais Públicos e 58 Unidades de Atenção Primária à Saúde. (JOINVILLE, 2020).

As 56 Unidades de Atenção Primária a Saúde são divididas em três modelos de atendimento: 1) Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS), as quais não contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 2) Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACs) que são unidades convencionais que não possuem a equipe mínima de ESF mas contam com equipes de ACS e; 3) Estratégias Saúde da Família, que estão regularizadas com a presença de equipe multiprofissional mínima e equipe de ACS (JOINVILLE, 2020).

A equipe de saúde da família é composta, no mínimo, por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS, podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada, formada por cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. As unidades estão distribuídas em todos os bairros do município, no entanto, como Joinville não possui cobertura plena de ESF, as mesmas estão concentradas nos bairros com maiores necessidades sociais e de saúde. Abaixo encontra-se um

quadro que demonstra a cobertura de Estratégias Saúde da Família no município de Joinville

Quadro 5 - Cobertura de ESF no município de Joinville

DISTRITO	UBS	EQUIPES DE ESF	COBERTURA DE ESF
Norte	22	35	66%
Sul	18	33	56%
Centro	16	50	90%
Total	56	118	71%

Fonte: Adaptado de Brasil (2018)

Em relação ao quantitativo de pessoal a APS de Joinville conta 3106 profissionais de saúde, ou seja, 58% do total de profissionais de saúde do município. Quanto aos profissionais da enfermagem, na APS constam 289 enfermeiros, 400 técnicos de enfermagem e 300 agentes comunitários de saúde. Os relatórios disponíveis na página oficial da prefeitura de Joinville não revelam o número de técnicos de enfermagem, especificamente.

A primeira UBSF foi escolhida e conforme os dados indicados apontam para necessidade de mais participantes, até que se chegasse à saturação teórica, outras duas UBSFs foram incluídas neste estudo. Tal decisão não teve o intuito de variar contextos, mas foi necessária, devido a dificuldade de obtenção de número suficiente de idosos em situação de luto em um único lugar. Além disso, a perda e o luto ainda não são vistos como prioridade entre os programas de saúde. Dessa maneira, não existem sistemas de informação ou banco de dados dedicados a coletar informações sobre idosos enlutados e, por isso, a única forma de acesso a esse público foi por meio das informações coletadas pelas equipes que descobriam ao acaso os idosos enlutados durante suas visitas domiciliares ou consultas nas unidades. Assim, foram incluídas três unidades no total, esgotando em cada uma delas as possibilidades de idosos que poderiam ser participantes da pesquisa, até que se chegasse à saturação dos dados.

Salienta-se ainda que nas UBSF às quais pertenciam os idosos desta pesquisa, não havia nenhum programa ou ação voltada para os idosos que passam por perda e luto, nem em nenhum outro serviço da secretaria municipal de saúde, porém, foi perceptível o vínculo entre os idosos entrevistados, os Agentes

Comunitários e as Enfermeiras das unidades, o que facilitou a aproximação entre a pesquisadora e as pessoas elegíveis para participar da pesquisa. Ademais, a organização, funcionamento e capacidade estrutural das unidades eram bastante semelhantes, com a observação de que uma encontrava-se no perímetro rural e duas no perímetro urbano.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para definição dos participantes do estudo a metodologia da TFD considera o conceito de amostragem teórica, que vai sendo delimitada a partir da análise dos dados quando se trata da seleção de participantes. A amostragem teórica perpassa a coleta, codificação e análise simultaneamente e na sequência, o pesquisador toma a decisão de quais dados serão buscados e onde será possível encontrá-los. Define-se, *a priori*, apenas o primeiro grupo amostral (amostragem inicial) a ser pesquisado, permanecendo aberto a possibilidades oriundas dos dados (ANDREWS *et al.*, 2017).

Para este estudo os participantes foram pessoas idosas, pertencentes às três unidades de saúde citadas, que se enquadraram-se nos seguintes critérios: inclusão a) tiver mais de sessenta anos; b) tiver enfrentado perda de pessoa próxima (familiares, cônjuges e significantes) há mais de 30 dias; e, c) estiver inserido no território da APS. Não foram selecionados: a) idosos com alguma dificuldade na audição e na fala que impossibilitem a comunicação. A escolha de não entrar em contato com os idosos que tenham tido perdas de pessoas próximas há menos de 30 dias se deu em decorrência de respeitar o momento mais fragilizado da perda precoce, reduzindo os riscos de tornar a entrevista invasiva.

Os participantes foram recrutados por meio de métodos intencionais até que a saturação dos temas fosse alcançada, à medida que os próprios dados ditavam a necessidade de novos recrutamentos. A amostragem intencional foi feita a partir das características exigidas inicialmente, a fim de incluir as pessoas que tivessem o potencial de compartilhar dados ricos, relevantes, pertinentes e diversificados à questão de pesquisa e que fornecessem anuência em participar do estudo (CRESWELL; CLARK, 2013).

Declara-se que todas as pessoas idosas que foram convidadas a participar assentiram consentimento. Os dados relacionados ao perfil dos participantes encontram-se no capítulo dos resultados.

5.4 COLETA DOS DADOS E CODIFICAÇÃO

Os dados coletados em uma TFD devem ser detalhados, focados e completos, só dessa maneira possibilitam uma análise significativa. Buscou-se, por meio da coleta de dados revelar as opiniões, sentimentos, intenções e ações dos participantes a respeito de suas vivências, sentimentos e experiências oriundos dos processos de perda e de luto. A coleta de dados em uma TFD deve ser orientada pelos dados e sua concomitante análise com o objetivo de criar uma teoria formal ou substantiva. Para tanto, coleta e codificação (que é como é chamada a análise dos dados na TFD) foram realizadas nesta pesquisa até que não surgiram mais novas descobertas, saturando, dessa forma, as categorias encontradas com os dados. Assim, o tamanho da amostra não foi a priori, sendo determinados a partir da análise dos dados (CHARMAZ, 2009).

Foram realizadas 24 entrevistas iniciais e 4 novas entrevistas de validação entre julho de 2022 até fevereiro de 2023. Além das entrevistas foram utilizados também como fonte de dados os memorandos que eram preenchidos diariamente durante a fase de coleta e codificação dos dados. Inicialmente, as Enfermeiras ou os Agentes Comunitários de Saúde identificavam os idosos que tinham perdido pessoa próxima em visitas domiciliares ou consultas e/ou atendimentos nas UBSF. A partir dessa identificação tais profissionais contavam sobre a intenção da pesquisadora em convidá-los para participar de uma pesquisa, assim que os idosos mostravam interesse no convite, as profissionais avisavam a pesquisadora que realizava uma visita no domicílio da pessoa idosa, inicialmente acompanhada da ACS correspondente a sua microárea. Nesta visita a pesquisadora prestava esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e a forma como a entrevista seria conduzida e realizava o convite.

Após o aceite, a pesquisadora realizava a pesquisa, se houvesse disponibilidade de horário naquele momento ou agendava a entrevista para um momento mais oportuno. Antes do início das entrevistas semiestruturada (APÊNDICE B), eram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Utilizou-se recurso de áudio para captar as gravações, que foram transcritas na íntegra e revisadas antes de cada codificação.

Imediatamente após cada entrevista era realizada a redação de memorandos, ação que também acontecia após cada codificação ou em outros momentos que a pesquisadora tivesse *insights* a respeito do processo de pesquisa.

As primeiras entrevistas iniciavam-se com as seguintes questões:

Fale-me sobre...

Como foi perder sua pessoa próxima?

Como você passou por esse período?

Tais questionamentos foram utilizados nas três primeiras entrevistas essas como ponto de partida para captar uma compreensão mais profunda do fenômeno e, nas entrevistas seguintes, foram incluídas perguntas sobre a construção da relação que ele teve com o próximo ao longo de sua vida, sobre o significado do cuidado que ele prestou a essa pessoa antes de sua morte e sobre novos aspectos da perda e do luto que eram apontados nas entrevistas anteriores.

As modificações no instrumento de coleta descritas só foram possíveis pelas possibilidades da TFD construtivista, na qual os questionamentos evoluem ao passo em que os códigos e categorias (que neste trabalho serão chamadas de processos) evoluem. Assim, a amostragem teórica tem o papel de orientar o pesquisador com vistas ao refinamento das questões, que irão explorar e delinear as propriedades dos processos. Neste sentido, a amostragem teórica levou à revisão das transcrições das entrevistas prévias na busca de esclarecimentos e comparação constante durante todo o processo (CHARMAZ, 2009; BARRETT, 2023).

Os memorandos foram de extrema importância para o processo metodológico, a redação destes é recomendada por Charmaz (2009) com vistas a garantir que os dados sejam úteis e relevantes, além de servir como apoio para o processo interpretativo na construção de uma teoria. O pesquisador deve estar atento de que o entorno do indivíduo também pode revelar construções que são potenciais fontes de dados, dessa forma, procurei me manter atenta aos símbolos e detalhes do contexto em que as entrevistas foram realizadas, mantendo obviamente, minha atenção e foco direcionadas ao fenômeno.

Durante o processo de coleta e codificação dos dados buscou-se respeitar o rigor metodológico da TFD, que postula a comparação contínua e sistemática entre os fenômenos, temas, processos e subprocessos. O processo de codificação foi desempenhado em duas etapas, a codificação inicial e a codificação focalizada.

5.4.1 Codificação Inicial

No que se refere a codificação inicial que se procedeu neste estudo os fragmentos dos dados foram analisados profundamente como propõem Charmaz (2009), palavra por palavra, linha por linha, segmento por segmento e incidente por incidente. Neste processo foi possível identificar os termos narrativos dos participantes (chamados de códigos *in vivo*). Aqui, ainda procurou-se manter-se aberto à exploração de quaisquer perspectivas para o desenvolvimento da teoria substantiva final (proposta no final deste capítulo) e essa abertura foi mantida até a definição das principais categorias conceituais. (CHARMAZ, 2009, p.84).

Ainda na codificação inicial os dados foram colocados em perspectiva e iniciou-se a definição do que foi visto como relevante e a partir daí o processo analítico se desenrolou. Os questionamentos orientados pela TFD construtivista ajudaram sobremaneira a proceder o processo analítico junto aos dados revelados pelas pessoas idosas, codificando-os, com questionamentos continuamente: os dados representam o estudo de quê? o que os dados sugerem ou afirmam? do ponto de vista de quem? e qual categoria teórica esse dado específico indica? (CHARMAZ, 2009, p.75).

Em suma, a codificação inicial despertou o surgimento das ideias e abstrações sobre a perda e o luto que nem sempre condiziam com as minhas experiências anteriores ou com achados da literatura, mas partindo do princípio de que os dados têm primazia sobre os conceitos pré-concebidos, mantive-me aberta. A codificação inicial gerou como produtos os códigos provisórios, que viriam a ser substituídos por códigos mais explicativos e relevantes na codificação focalizada (CHARMAZ, 2009, p.79, 80).

5.4.2 Codificação Focalizada

Para que a codificação focalizada tivesse início foi necessária a disposição dos códigos provisórios que depois foram testados com dados mais amplos. O processo que foi iniciado comparando dados com dados, passou a comprar dados com códigos provisórios (CHARMAZ, 2009 p.85). Esta etapa seguiu com separação, codificação e síntese dos códigos provisórios e de novos dados brutos. Entretanto, nestes momentos os códigos estavam mais focalizados, seletivos e conceituais, e já

tinham poder explicativo sobre os fragmentos maiores coletados sobre a perda e o luto. (CHARMAZ, 2009, p. 87).

O processo foi ordenado ao passo que conceitos foram ganhando destaque, então, deste momento em diante emergiram subcategorias e categorias (que neste trabalho serão chamados de subprocessos e processos) que desvelaram a categoria central, que é o conceito ordenador com maior poder analítico deste trabalho: o processo de perda e luto em pessoas idosas (CHARMAZ, 2009, p. 88).

Nesta fase, seguia-se o preceito que Charmaz considerou imprescindível, a utilização da conjugação verbal na forma do gerúndio (quando o verbo prescinde o sufixo “ndo”), tal forma é utilizada neste trabalho com a intenção de destacar que as ações estão sendo realizadas, naquele exato espaço e momento em que acontecem (ex: fazendo, sentindo, lembrando, etc). Em suma, as fases de codificação deste trabalho obedeceram a todas as conjecturas descritas para que obtivéssemos material relevante para galgar o primordial: estabelecer uma teoria que conte e explique histórias das pessoas idosas que passam por perda e luto de maneira fidedigna (CHARMAZ, 2009, p. 87; SANTOS *et al.*, 2018).

Durante os processos de codificação, o gerenciamento dos dados foi realizado com o auxílio do *software* NVIVO ®. Considera-se a utilização desse gerenciados essencial para a organização dos dados deste trabalho, no entanto, ressalta-se que este *software* não realiza o processo analítico em si, e quem toma as decisões é o pesquisador.

5.4.3 Entrevista Semiestruturada

A entrevista, para a TFD, é uma estratégia que propicia uma averiguação detalhada da experiência dos participantes e uma concomitante interpretação dos dados. A perspectiva construtivista orienta que as perguntas formuladas para uma entrevista devem demandar do participante descrições e reflexões sobre suas experiências, que vão além dos pensamentos que ele tem em seu dia a dia a respeito daquele tema. Cabe ao pesquisador ouvir sensivelmente e estimular a pessoa a responder (CHARMAZ, 2009; PRIGOL; BEHRENS, 2019).

O participante é quem mais deve falar, no entanto, para Charmaz (2009), existe a possibilidade de um diálogo durante a entrevista. A autora recomenda algumas atitudes que auxiliam no aprofundamento das entrevistas, como a

possibilidade de o pesquisador interromper silêncios e refletir junto ao participante sobre eventos anteriormente compartilhados. Dessa forma a entrevista é um método flexível, apesar de possuir questões determinadas previamente, de acordo com o fenômeno que se deseja explicar (CHARMAZ, 2009).

As entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) foram iniciadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Para a captação das entrevistas foi utilizado recurso de gravação de áudio, que facilitou o processo de transcrição integral delas. Após a transcrição os documentos eram revisados antes de cada análise.

Respeitando o caráter da TFD construtivista, após as três entrevistas iniciais, os dados apontaram para códigos que precisavam de compreensões mais profundas, o que levou a pesquisadora a incluir questões sobre a construção do relacionamento que a pessoa idosa teve com seu próximo antes de sua morte, uma vez que o pressuposto de que o relacionamento prévio interfere na vivência da perda e do luto foi confirmado pelos dados. Depois disso, o instrumento precisou ser alterado quatro vezes até o final do processo de coleta e codificação, sempre respeitando os questionamentos oriundos dos dados.

Ressalta-se que tais alterações no percurso se dão pelas possibilidades da TFD construtivista, por meio da qual os questionamentos de pesquisa evoluem ao passo em que os códigos, subcategorias e categorias vão ficando mais claros. Tal possibilidade é parte do processo de amostragem teórica e do processo de comparação constante dos dados, em que o pesquisador tem a liberdade de refinar as questões e até mesmo incluir novos públicos que venham a contribuir na explicação das propriedades do fenômeno (CHARMAZ, 2009; BARRETT, 2023).

O período da coleta de dados coincidiu com a pandemia do Coronavírus, em face de garantir maior segurança aos envolvidos na pesquisa, priorizou-se as coletas com os idosos que já tinham recebido a vacina contra o vírus. Além disso, a pesquisadora e os participantes mantiveram o distanciamento social de 1,5m durante a entrevista e utilizaram máscaras, conforme as recomendações da época para prevenção da transmissão do Coronavírus.

5.4.4 Saturação dos Dados, Proposição e Validação da Teoria.

O objetivo de se realizar a amostragem teórica na TFD é levantar dados relevantes suficientes para desenvolver a teoria emergente a partir de um processo de elaboração e refinamento das categorias. Conforme já salientado a amostragem teórica é diferente da amostragem inicial, a inicial define seu ponto de partida e a teórica revela até onde o pesquisador quer ir. Em suma, considera-se que as categorias estão “saturadas” quando a coleta de dados não promove mais novos *insights* e nem revela novas propriedades da categoria teórica central (CHARMAZ, 2009; ALDIABAT; LE NAVENEC, 2018).

Alguns questionamentos foram fundamentais para que a pesquisadora definisse a saturação das categorias: quais comparações possíveis entre os dados dentro das categorias e entre as que você coletou agora? como você compreende essas comparações? a que tais comparações o conseguem levá-lo? de que forma as comparações explicam as categorias teóricas? a que outras direções, se existem, elas o levam? quais novas relações conceituais, se houver, você poderia observar? (CHARMAZ, 2009; ALDIABAT; LE NAVENEC, 2018).

Após a saturação dos dados e análise concluída a teoria proposta estruturou-se. Existem duas teorias possíveis dentro da TFD. A teoria formal e a teoria substantiva. A teoria formal parte de uma questão mais ampla e não se restringe a um contexto específico, ou seja, possui uma abordagem mais genérica (MEDEIROS; SANTOS; ERDMANN, 2020).

A teoria substantiva, proposta neste trabalho, explica, conceitualmente, as experiências das pessoas e os significados que estas lhe atribuem em um contexto mais específico. Tal teoria tem o poder explicativo do comportamento humano frente ao fenômeno, considerando que tal pretensão envolve subjetividades, o que justifica a natureza inquantificável de uma teoria promovida pelo processo de indução-abdução-dedução na TFD (GIRARDON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

Durante a estruturação da teoria deste estudo considerou-se a validade, confiabilidade e credibilidade dos dados. A validação dos dados coletados é uma medida fortemente recomendada na TFD. Validar uma teoria propicia a demonstração da representatividade dos resultados frente ao fenômeno em si. Além de verificar a representatividade da teoria, a validação na TFD, tem vistas discutir a aplicabilidade deste em contextos diversos e, dentro de uma janela de tempo, possibilitar incorporações de elementos atuais e outras mudanças (ADAMY *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; CHARMAZ, 2009).

Nesta pesquisa a saturação foi alcançada na 21ª entrevista, no entanto a inclusão de três novas primeiras entrevistas e mais quatro segundas entrevistas com respectivas análises de dados foram realizadas, para confirmar a saturação.

5.4.5 Memorandos

A utilização de memorandos é parte indispensável na pesquisa fundamentada nos dados. Os memorandos precipitam, registram e detalham a principal fase da jornada, que é a analítica. O processo de redação dos memorandos neste trabalho iniciou-se com os códigos e dados e ascendeu para as categorias teóricas. Para os momentos de construção dos memorandos foram preconizados aqueles no qual a pesquisadora fazia uma pausa e refletia sobre suas ideias a respeito dos códigos que surgiram dos dados, da exata maneira que lhe ocorreriam naquele momento. A redação contínua dos memorandos manteve o pesquisador envolvido na análise dos dados e elevou o nível de abstração das ideias (CHARMAZ, 2009, p. 105, 115; MONTGOMERY; BAILEY, 2007).

Os memorandos foram registrados utilizando programa de registros (Word) em arquivos no computador da pesquisadora, depois das entrevistas, das análises ou de possíveis insights que aconteciam enquanto estivesse imersa no período de pesquisa. Seguiu-se o modelo de questionamentos que criaram a escrita dos memorandos iniciais e focalizados estabelecido por Charmaz (2009), conforme modelo abaixo:

Quadro 6 - Modelo de guia para a redação de memorandos utilizados na pesquisa

<p>Pré-requisito: Buscou-se estudar os dados emergentes e a identificação da perda e do luto em pessoas idosas. Denominou-se cada memorando da maneira mais específica possível, buscando palavras que apreendessem os significados, porém, as inscrições foram feitas imediatamente da forma como surgiram ao pesquisador e somente depois eram feitos refinamentos e reflexões.</p> <p>Memorandos iniciais: Estes memorandos eram utilizados para explorar e preencher os códigos qualitativos, ou seja, o registro daquilo que se observava nos dados. Eles também forneciam o direcionamento para nova coleta de dados. A pesquisadora direcionava a si mesma os seguintes questionamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O que está acontecendo no ambiente de campo ou dentro dos relatos das entrevistas? ● Você consegue transformar isso em uma categoria expressiva? ● O que as pessoas estão fazendo? ● O que a pessoa está dizendo? ● O que as atitudes e as afirmações dos participantes da pesquisa pressupõem? ● De que maneira a estrutura e o contexto servem para sustentar, manter, impedir ou modificar as suas atitudes e afirmações? ● Quais conexões você consegue fazer? Quais delas você precisa verificar? ● Quais processos estão em questão aqui? ● Em que condições esses processos se desenvolvem? ● Como os participantes da pesquisa pensam, sentem-se e agem quando envolvidos nesse processo? ● Quando, por que e como o processo se modifica? ● Quais são as consequências do processo? ● Quais os símbolos são socialmente partilhados aqui? <p>Memorandos avançados Os memorandos avançados ajudaram a categorizar os dados em cada tópico. Eles delinearam como a categoria emergia e como ela se modificava, bem como as crenças e pressupostos que sustentavam tais modificações. Aqui os dados eram propostos a partir de várias perspectivas, demonstrando-se por meio da argumentação e comparações. As comparações eram feitas entre participantes distintos (crenças, circunstâncias, ações e experiências relatadas), entre os dados de um mesmo indivíduo consigo mesmo e diferentes momentos e entre as categorias.</p> <p>Seguem os questionamentos que a pesquisadora utilizou para o direcionamento da redação dos memorandos avançados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quais categorias deveriam se tornar seções principais? ● Quais delas poderiam ser relegadas a uma posição inferior? (comparando as subcategorias com as categorias); ● Em que momento isso se torna um ponto a ser discutido? ● Em que ponto isso se encaixa no curso do fenômeno? ● Qual é a diferença entre um “momento de identificação” e um “evento significativo”? ● Os participantes demonstram as diferenças existentes entre “o eu do passado” e “o eu do presente”?
--

Fonte: Adaptado de Charmaz (2009, p. 117-118).

5.4.6 Diagramas

Na presente pesquisa lançou-se mão do desenho à mão e digital diagramas, para representação e explicação dos dados. Os diagramas, bem como os memorandos, são estratégias imprescindíveis na teoria fundamentada. Conceitualmente os diagramas são representações gráficas que ilustram como os conceitos se articulam, com o intuito de explicitar visualmente a densidade da teoria que se construiu. Como toda ferramenta com função esquemática os diagramas

auxiliam na reflexão, compreensão e explicação dos códigos, conceitos e categorias (CHARMAZ, 2009 p. 159)

É importante que o pesquisador se desafie no sentido de demonstrar por meio dos diagramas como a categoria principal do estudo se integra com as demais, uma vez que para que uma categoria seja fundamental na teoria ou ela é central ou se integra com ela. Dessa maneira a montagem dos diagramas explica a integração teórica do estudo (ANDREWS *et al.*, 2017; KOERICH *et al.*, 2018).

Os diagramas foram construídos nesta pesquisa a partir do processo de coleta de codificação dos dados e ajudaram a sistematizar, sumarizar, explicar e refletir sobre os dados coletados. Tais representações gráficas foram construídas em variados momentos e alguns se transformaram em figuras ou esquemas que ajudaram a formulação dos manuscritos. O diagrama principal, evoluiu e atualizou-se mais de sessenta vezes para que se chegasse ao modelo apresentado nos resultados, que integra todos os processos e subprocessos propostos neste trabalho.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPESH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e obteve parecer favorável nº 46870421.9.0000.0121 (APÊNDICE D) que permitiu a coleta de dados. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde também deferiu a realização da pesquisa (ANEXO B). Durante todas as etapas de elaboração e execução deste estudo, os aspectos éticos da pesquisa foram considerados e respeitados conforme recomenda resolução 466/12, e complementares, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Ministério da Saúde (MS) – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 2012).

Antes das entrevistas terem início os participantes foram informados sobre o risco da pesquisa em causar possíveis incômodos, cansaço ou algum tipo de aborrecimento, sendo assegurado a estes a interrupção da pesquisa em qualquer momento, seja para suas necessidades fisiológicas, de alimentação ou descanso, seja pelo cansaço mental, desconforto ou constrangimento que a pesquisa ou a gravação dos áudios possam desencadear. Contar as próprias vivências é algo que pode abrir o indivíduo à autoanálise, o que implica o risco de despertar emoções ao lembrar-se do passado e suscitar questões relativas aos relacionamentos. Ressalta-se, no

entanto, que o fato de não contar ou de protelar este ato também pode fragilizar ou mesmo romper laços entre as pessoas.

Após os esclarecimentos descritos procedia-se a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) elaborado para este estudo, para o qual buscou-se linguagem clara e acessível, e a entrevista só ocorreria após a assinatura do mesmo. Previamente à assinatura os participantes foram orientados quanto a não obrigatoriedade de participar da pesquisa, podendo interromper ou até mesmo desistir a qualquer momento da entrevista, sem nenhum prejuízo à segurança e ao sigilo do que disseram até então, bem como da preservação de sua identidade. O princípio da confidencialidade foi respeitado, substituindo o nome real dos participantes pelas siglas com a letra PI (de Pessoa Idosa), seguida por um número (ex: PI 01, PI 02, PI 03...).

Buscou-se o momento mais adequado para a pesquisa e para a assinatura do termo, priorizando um ambiente calmo e com o mínimo de interferência, para que seu consentimento e suas respostas possam ser pensadas com parcimônia. O participante ficava com uma via do TCLE com todas as informações disponíveis a respeito de seus direitos, bem como o contato das pesquisadoras e do CEPESH/UFSC. Foi informado aos participantes a garantia de indenização, por vias legais, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

Durante todo o decorrer da pesquisa e posteriormente, durante a análise e publicação dos dados, foram tomados o máximo cuidado com o sigilo da identidade dos participantes, no entanto eles foram informados a respeito do risco de quebra de sigilo involuntária e não intencional. Evitou-se a exposição dos idosos entrevistados, não colocando em xeque, em nenhum momento, a credibilidade de seus relatos.

Os participantes foram informados que, caso necessário, receberiam assistência imediata e integral das pesquisadoras a respeito de qualquer necessidade que surja em decorrência da sua participação na pesquisa, sem qualquer ônus para o mesmo. Além disso, por se tratar de uma pesquisa a respeito de perdas e lutos, que podem despertar emoções desconfortáveis, a pesquisadora ligava para os participantes uma semana após a entrevistas, perguntando como ele estava se sentindo depois de ter falado sobre sua perda e luto, nenhum dos participantes relatou desconforto ou piora de sentimentos e emoções desde a entrevista.

Durante todo o decorrer da pesquisa buscou-se o máximo respeito pela dignidade e autonomia dos participantes, reconhecendo sua vulnerabilidade e

assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na entrevista, bastando para a interrupção da entrevista apenas sua manifestação expressa, livre e esclarecida. Cabe ressaltar que, em todos os momentos da pesquisa respeitou-se os valores culturais, sociais, morais e religiosos de cada participante.

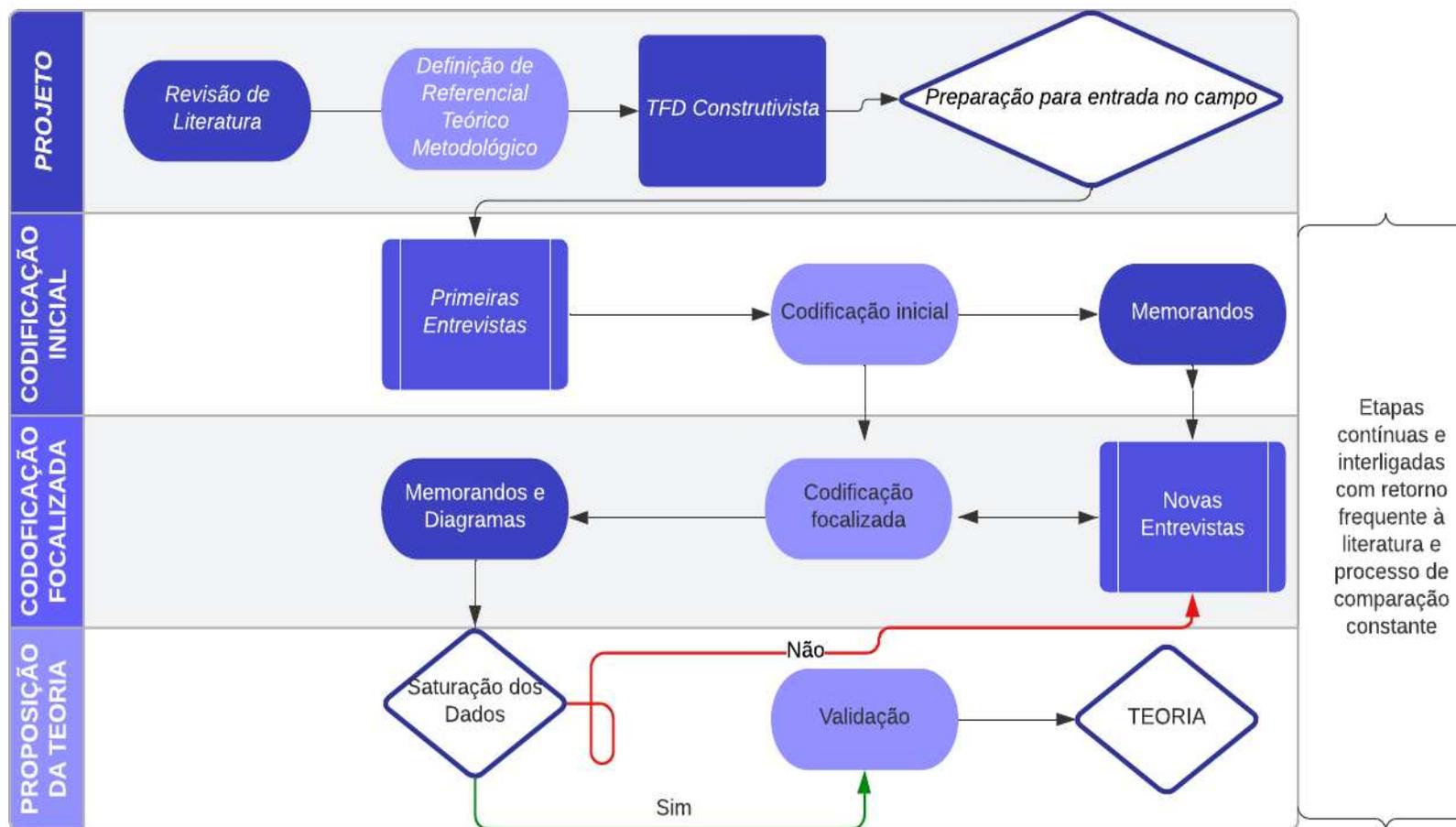
Assume-se o compromisso de enviar relatório final à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e disponibilizar-se para apresentar os resultados aos profissionais de saúde das unidades acessadas e aos idosos interessados, com vistas a trazer benefícios para a prática dos profissionais que cuidam de idosos em situações de luto e esclarecimentos para pessoas idosas, como uma forma de retorno ao campo para exposição da teoria final validada. Tal ação será proposta após a apreciação final da banca examinadora desta tese.

O TCLE será armazenado com a pesquisadora pelo período de cinco anos e após esse período será incinerado. A gravação das entrevistas será excluída definitivamente após o download para pasta no computador particular da pesquisadora. Não será realizado nenhum tipo de armazenamento em nuvem das informações.

5.5.1 Percurso Metodológico

Finalmente, na tentativa de ilustrar o percurso metodológico completo descrito neste projeto, de maneira sumária, foi construído o fluxograma a seguir:

Figura 2 - Percurso metodológico da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa compõem o capítulo que ora apresentamos, da seguinte forma: A primeira parte está a teoria que explica o fenômeno de estudo “Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas”. Optou-se por apresentar a teoria na íntegra, e em forma de capítulo, no sentido de valorizar a profundidade dos dados, análises e explicações que a sustentam. Na segunda parte encontram-se dois manuscritos resultantes da análise de dados que são componentes importantes para que se entenda os fenômenos da perda e do luto e com profundidade o suficiente para suas próprias dimensões, no entanto, apesar de somarem-se aos achados e serem manuscritos de pesquisa qualitativa, não se converteram em teorias.

6.1 TEORIA – PERCORRENDO O CAMINHO DA PERDA E DO LUTO EM PESSOAS IDOSAS: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA

PERCORRENDO O CAMINHO DA PERDA E DO LUTO EM PESSOAS IDOSAS: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA

NAVIGATING THE PATHWAY OF LOSS AND GRIEF IN OLDER ADULTS: A CONSTRUCTIVE GROUNDED THEORY

CAMINANDO POR EL CAMINO DE LA PÉRDIDA Y EL DOLOR EN ADULTOS MAJORES: UNA TEORÍA CONSTRUCTIVA BASADA EN DATOS

RESUMO

Introdução: Pouco se entende sobre o processo de luto em idosos. Uma perda significativa pode agravar problemas de saúde existentes e gerar novos problemas de saúde. Esta é uma preocupação, dado o rápido crescimento da população idosa e os impactos da perda no bem-estar cognitivo, emocional e físico. Existem poucos estudos e nenhuma teoria que aborde especificamente a perda e o luto em idosos para informar a prática de enfermagem. **Objetivo:** explicar os processos de perda e luto pelos quais passam as pessoas idosas através da construção de uma teoria fundamentada nos dados construtivista. **Métodos:** informado pela teoria fundamentada construtivista de Charmaz. **Resultados:** 24 entrevistas iniciais com pessoas idosas que sofreram a perda de alguém próximo. Foi utilizada a comparação constante usada para analisar dados. Os processos finais foram compartilhados com 4 participantes para refinamento da teoria. A teoria é composta por quatro processos e doze subprocessos. **Considerações finais:** as pessoas idosas percorrem o caminho da perda e do luto por meio de interações sociais, buscando apoio ao longo

do caminho. Este estudo, somado a outras investigações na mesma área, pode sensibilizar organizações sociais, instituições acadêmicas e instituições de saúde que recebem idosos que estão cuidando de seus entes queridos no final da vida e estão de luto por sua perda. Evidências empíricas podem orientar as organizações a desenvolver políticas para identificar indivíduos enlutados e facilitar a continuidade dos cuidados no luto.

Palavras-chave: Luto, Pessoa Idosa, Saúde da Pessoa Idosa, Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Little is understood about the grieving process in the elderly. A significant loss can exacerbate existing health problems and create new health problems. This is a concern given the rapidly growing elderly population and the impacts of loss on cognitive, emotional and physical well-being. There are few studies and no theories that specifically address loss and grief in the elderly to inform nursing practice. **Purpose:** to explain the loss and mourning processes experienced by elderly people through the construction of a theory based on constructivist data. **Methods:** informed by Charmaz's constructivist grounded theory. **Results:** 24 initial interviews with elderly people who suffered the loss of someone close. The constant comparison used to analyze data was used. Final processes were shared with 4 participants for theory refinement. The theory is composed of four processes and twelve sub-processes. **Final considerations:** elderly people go through the path of loss and grief through social interactions, seeking support along the way. This study, added to other investigations in the same area, can sensitize social organizations, academic institutions and health institutions that receive elderly people who are caring for their loved ones at the end of life and are mourning their loss. Empirical evidence can guide organizations to develop policies to identify bereaved individuals and facilitate the continuity of bereavement care.

Keywords: Mourning, Elderly Person, Health of the Elderly Person, Nursing.

RESUMEN

Introducción: Poco se conoce sobre el proceso de duelo en los adultos mayores. Una pérdida significativa puede exacerbar los problemas de salud existentes y crear nuevos problemas de salud. Esta es una preocupación dado el rápido crecimiento de la población anciana y los impactos de la pérdida en el bienestar cognitivo, emocional y físico. Hay pocos estudios y ninguna teoría que aborde específicamente la pérdida y el duelo en los ancianos para informar la práctica de enfermería. **Objetivo:** explicar los procesos de pérdida y duelo experimentados por personas mayores a través de la construcción de una teoría basada en datos constructivistas. **Métodos:** informado por la teoría fundamentada constructivista de Charmaz. **Resultados:** 24 entrevistas iniciales a personas mayores que sufrieron la pérdida de un ser querido. Se utilizó la comparación constante utilizada para analizar los datos. Los procesos finales se compartieron con 4 participantes para el refinamiento de la teoría. La teoría se compone de cuatro procesos y doce subprocesos. **Consideraciones finales:** las personas mayores transitan el camino de la pérdida y el duelo a través de las interacciones sociales, buscando apoyo en el camino. Este estudio, sumado a otras investigaciones en la misma área, puede sensibilizar a las organizaciones sociales, instituciones académicas y de salud que acogen a personas mayores que cuidan a

sus seres queridos al final de la vida y están en duelo por su pérdida. La evidencia empírica puede guiar a las organizaciones a desarrollar políticas para identificar a las personas en duelo y facilitar la continuidad de la atención del duelo.

Palabras clave: Duelo, Anciano, Salud del Anciano, Enfermería

INTRODUÇÃO

Por maiores que sejam os avanços nas pesquisas com pessoas idosas, os processos de perda e luto nessa faixa etária ainda são apontados como fontes de sofrimento e prejuízos à saúde e à qualidade de vida. Adaptar-se à falta de uma pessoa próxima envolve fatores que vão além dos individuais, incluindo-se aspectos sociais, econômicos e culturais (MIKULINCER; SHAVER, 2022). Idosos que perdem seus entes queridos muitas vezes se sentem despreparados para tal fase e referem acumular outras consequências negativas relacionadas a isso. O luto, como consequência de uma perda, está associado a consequências emocionais e de saúde física e mental, bem como ao agravamento de condições pré-existentes e, na sua forma mais extrema, levando, inclusive, ao aumento do risco de mortalidade (GERBER *et al.*, 2022).

A vivência da perda de uma pessoa significativa para pessoas idosas deve ser observada desde antes da morte de seu ente, ou seja, desde o início dos cuidados intensivos que os familiares idosos prestam aos seus próximos que adoeceram. Quando as pessoas se deparam com a realidade do cuidado informal, intervenções e apoio já poderiam ser oferecidos para mitigar os efeitos negativos do luto que vem em consequência da perda. Acrescenta-se a essa problemática a recente pandemia de Covid-19, que revelou vários desafios nesta área, uma vez que os rituais de morte e luto foram suspensos, e os familiares foram impedidos de lamentar as perdas de forma comunitária. A pandemia também trouxe à tona os impactos financeiros e sociais que perdas e lutos causam nas pessoas. O impedimento de visitas a pessoas em situação de doença grave, a perda da possibilidade de praticar rituais religiosos e da expressão de suas perdas inseridos em um ambiente social, impactam diretamente na forma como as pessoas vivenciam o luto, exacerbando até mesmo sentimentos de depressão, ansiedade e solidão (SKANTHARAJAH *et al.*, 2022).

Entretanto, não é só a pandemia de Covid-19 que tem contribuído para uma experiência mais solitária de perda e luto. Ao longo do tempo, esses fenômenos sofreram várias influências de mudanças históricas, urbanas e familiares, como

impactos religiosos, culturais e mudanças nas redes familiares e comunitárias. O luto já foi vivenciado de forma mais socialmente partilhada e os funerais eram maiores e mais simbólicos, o que ajudava a cumprir um papel de gestão da perda e do luto através do conforto da dor, expressão ritual, aprovação e apoio social (BECKER *et al.*, 2022).

Ainda se tratando de perder e enlutar-se, ressalta-se que as pessoas idosas vivenciam tais fenômenos com maior frequência do que qualquer outra faixa etária e, além disso, entre as pessoas com mais de 65 anos, há uma taxa de 21% do luto patológico, enquanto na população em geral essa taxa cai para 15% (ENGEL *et al.*, 2022). Assim, a qualidade de vida de idosos em situação de perda e luto é significativamente menor. Com relação aos fatores de risco para sofrimento devido ao luto em idosos, dentre as associações mais comuns estão: são ser do sexo feminino, ter vivenciado a morte de uma pessoa próxima e ter sido o cuidador integral do falecido (ENGEL *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar, que além da faixa etária em que uma pessoa enlutada se encontra, outras características únicas do ser humano moldam cada processo de luto, não sendo possível validar um único período factual para o luto pela perda de alguém. A vivência do luto está condicionada, sobretudo, à relação anterior com a pessoa que faleceu. As respostas do enlutado variam de acordo com fatores culturais, disponibilidade de apoio familiar e social, traços da própria personalidade, história da perda/trauma e presença de outros estressores. Apesar de toda essa problemática sobre perda e luto, as evidências relacionadas a ela são surpreendentemente escassas (CACCIATORE; FRANCIS, 2022).

Existe um amplo espectro no processo luto, sendo este uma reação humana universal à perda de corrida, que precisa ser investigado e apoiado, principalmente após o período de isolamento social em que nos encontramos, em que a experiência de perda e separação foi exacerbada pela ausência de controle e contato com a rede de apoio, conforme descrito por Paun e colaboradores (2022). Desta forma, pesquisas que possam ser traduzidas em intervenções eficazes voltadas para o luto, com vistas a aliviar o sofrimento de idosos que perderam pessoas próximas e melhorar sua qualidade de vida são urgentemente necessárias (PAUN *et al.*, 2022).

Compreender as nuances da perda e do luto tem o potencial de promover práticas bem-sucedidas e políticas públicas e privadas na área, que irão conscientizar e instruir os profissionais de saúde, desde o reconhecimento dos sinais do luto, até a

atuação efetiva em todos os aspectos complexos desse fenômeno. Mas, como o luto não é apenas uma questão de saúde, é preciso destacar que a constituição de grupos de apoio e orientação que sejam vistos como uma contribuição às redes profissionais, onde as pessoas que sofrem perdas sejam acolhidas, possam narrar suas histórias e se identifiquem com os outros, pode ser de grande valia. O formato do grupo fornece valor agregado em termos de recursos durante as perdas e seus membros formam uma evidente rede de apoio social (SKANTHARAJAH *et al.*, 2022; CHOW *et al.*, 2019; MASON *et al.*, 2022).

Acrescenta-se nesta problemática a necessidade de buscar compreender como a pessoa que sofre uma perda importante percebe, compreende e narra sua experiência. Tal ação é crucial para os profissionais, principalmente nos ambientes de saúde. Além disso, os aspectos multidimensionais apreendidos de uma pessoa idosa enlutada fornecem informações fundamentais para um cuidado centrado na pessoa e na família (SKANTHARAJAH *et al.*, 2022; CHOW *et al.*, 2019; MASON; TOFTHAGEN; SZALACHA; BUCK, 2022).

Apesar das publicações recentes de estudos sobre perda e luto em outras áreas, ainda há carência de informações que possam nortear práticas de saúde, o que indica que ainda há muito trabalho a ser feito na área científica e assistencial, como, avaliação do luto, levantamento de evidências e construção de protocolos de atendimento às pessoas que sofreram perdas e lutos e como deve se dar o manejo desses casos. Coletar dados intensivos sobre os componentes do luto e analisar seus fundamentos é essencial para subsidiar os serviços de saúde que atendem essas pessoas. Recomenda-se fortemente a geração de teorias que aprofundem as explicações e argumentos já disponíveis na literatura (ROBINAUGH; TONER; DJELANTIK, 2022).

Com base no fenômeno apresentado, questiona-se nesta pesquisa: como acontecem os processos pelos quais passam as pessoas idosas durante a perda e o luto de uma pessoa próxima?

Neste manuscrito incluímos um resumo da abordagem utilizada, a teoria fundamentada nos dados construtivista, de Charmaz (2009) e de Charmaz; Thornberg (2021). A seguir estão os resultados, contendo os conceitos e o modelo proposto, e a discussão com a literatura atual. Ao final estão as considerações finais e implicações para a área da saúde e enfermagem com a proposição de aspectos futuros para pesquisas com pessoas idosas em situação de perda e luto.

OBJETIVO

Explicar os processos de perda e luto pelos quais passam as pessoas idosas através da construção de uma teoria fundamentada nos dados construtivista.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo que respeitou o roteiro de pesquisa proposto pela Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista. O método engloba a busca de conceituações emergentes e padrões categorizados, por meio de comparações constantes e etapas rigorosas, que revelam a formação de conceitos que culminam na formação de teorias. A Teoria Fundamentada Construtivista (TFDCon) trabalha com a geração de um modelo por meio da investigação, da observação de uma população e do desenvolvimento de uma análise de sua fala e comportamento. Ao contrário da pesquisa quantitativa que é dedutiva e testa ou verifica uma teoria existente, a TFDCon é indutiva e, portanto, se concentra nas interações ou experiências sociais. Assim, este tipo de pesquisa enquadra-se na linha de investigação proposta neste estudo, que procura explorar o complexo fenômeno da perda e do luto em pessoas idosas (CHARMAZ; 2009; DE LA ESPRIELLA; GÓMEZ, 2020; TENNY; BRANNAN; BRANNAN, 2022).

CARACTERÍSTICAS DO CENÁRIO

As Unidades de ESF do município de Joinville (SC) estão divididas em três bairros, optou-se por utilizar um representante de cada bairro, não com o intuito de variar contextos, mas principalmente, pela dificuldade de obtenção de número suficiente de idosos em situação de luto em um único lugar. O luto ainda não é visto como prioridade entre os programas de saúde na atenção básica. Não existe um sistema de informação ou banco de dados dedicado a coletar informações sobre idosos enlutados e, por isso, a única forma de acesso a esse público foi por meio das informações coletadas pelas equipes que descobriam ao acaso os idosos enlutados durante suas visitas domiciliares ou consultas nas unidades. Assim, foram necessárias três unidades, esgotando em cada uma delas as possibilidades de idosos que poderiam ser incluídos na pesquisa, até que se chegasse à saturação dos dados.

Nas unidades a que pertenciam os idosos desta pesquisa, não havia nenhum programa ou ação voltada para os idosos enlutados, nem em nenhum outro serviço da secretaria municipal de saúde, porém, foi perceptível o vínculo entre os idosos entrevistados, os Agentes Comunitários e as Enfermeiras das unidades, o que facilitou a aproximação entre a pesquisadora e as pessoas elegíveis para participar da pesquisa. A estrutura e o modo de funcionamento das unidades eram bastante semelhantes, embora duas estivessem no perímetro urbano de Joinville e uma no perímetro rural.

PARTICIPANTES

Os participantes elegíveis foram pessoas com mais de sessenta anos de idade, que perderam pessoas próximas (parentes ou não, que faziam parte do seu círculo de convivência íntimo) há mais de um mês, com o objetivo de respeitar o pós-perda imediato e que não apresentassem qualquer comprometimento neurológico devido à idade ou demência. Todos os idosos pertenciam ao território de uma das três Unidades Básicas de Saúde da Família e foram entrevistados em casa, para que não houvesse preocupação com o deslocamento.

COLETA DE DADOS E CODIFICAÇÃO

As fontes de dados foram 24 entrevistas iniciais, 4 entrevistas de validação, e memorandos preenchidos diariamente durante a fase de coleta e análise de dados. O recrutamento referente à pesquisa foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde ou pelas Enfermeiras que identificaram os idosos e comunicaram sobre a pesquisa, perguntando se havia disponibilidade para a pesquisadora fazer visita domiciliar acompanhada do ACS de sua microrregião, na qual era realizado convite formal e esclarecimentos de possíveis dúvidas sobre a participação.

As entrevistas foram semiestruturadas (Apêndice B) e foram precedidas pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e revisadas antes de cada análise. As identificações das pessoas foram substituídas pelo código PI (Pessoa Idosa) seguido de um número (ex. PI 01, PI 02, PI 03, etc). A partir da entrevista inicial,

a redação e análise dos memorandos era realizada imediatamente após cada coleta e essa prática foi mantida até o final do estudo.

As entrevistas iniciais seguiram um roteiro semiestruturado que se iniciava com as seguintes questões:

“Fale-me sobre...

Como foi perder sua pessoa próxima?

Como você passou por esse período?”

As três primeiras entrevistas utilizaram essas questões como ponto de partida para extrair uma compreensão mais profunda do fenômeno e, nas entrevistas seguintes, foram incluídas perguntas sobre a construção da relação que ele teve com o próximo ao longo de sua vida, sobre o significado do cuidado que ele prestou a essa pessoa antes de sua morte e sobre novos aspectos da perda e do luto que eram apontados nas entrevistas anteriores. Isso ocorre pelas possibilidades da TFDCon, na qual as investigações evoluem ao passo em que os códigos e categorias (que neste trabalho optou-se por chamar de processos) evoluem. Dessa maneira, a amostragem teórica tem o papel de orientar o pesquisador com vistas ao refinamento das questões, que irão explorar e delinear as propriedades dos processos. Neste sentido, a amostragem teórica levou à revisão das transcrições das entrevistas prévias na busca de esclarecimentos e comparação constante (CHARMAZ, 2009; BARRETT, 2023).

Os memorandos que foram redigidos durante a pesquisa são recomendados por Charmaz (2009) como essenciais para garantir que os dados sejam úteis e relevantes, bem como para o processo interpretativo na construção de uma teoria. Charmaz recomenda que o pesquisador deva estar atento de que o entorno do indivíduo também pode revelar construções que são potenciais fontes de dados, dessa maneira, me mantive atenta aos pormenores do contexto em que as entrevistas foram realizadas, mantendo-me sempre, com a atenção e foco direcionadas ao fenômeno.

Nesse processo, seguiu-se o rigor metodológico, que prevê a comparação sistemática entre fenômenos, temas, processos e subprocessos. Optou-se por uma codificação inicial linha a linha, utilizando expressões em gerúndio e, sempre que possível, utilizando *códigos in vivo*, a fim de captar os detalhes dos relatos dos participantes. Houve códigos iniciais e focalizados, obtidos a partir de comparação constante dentro de cada entrevista e entre todas elas. Conforme o processo de codificação acontecia, novas entrevistas eram realizadas, nestas foram tomados

direcionamentos baseados na amostragem teórica focados especificamente nas propriedades dos processos que foram sendo estabelecidos. E à medida que os processos evoluíram e ficaram mais claros, a opinião dos participantes sobre os primeiros modelos conceituais foi solicitada.

Essa coleta forneceu uma gama de dados de entrevistas e observações em memorandos que demonstram a variabilidade das características dos participantes, em relação ao local onde estavam inseridos, o tipo de relacionamento que mantinham com a pessoa próxima, o motivo da perda e o meio ambiente que permaneceu após as perdas. A partir disso dos processos, construiu-se um modelo final, integrando o que foi abstraído das categorias constantemente comparadas e, por fim, classificado, quando se atingiu a suficiência teórica (CHARMAZ, 2009 p.30).

Os métodos empregados me levaram a ver, conforme recomenda a TFDCOn, o que os participantes fazem durante a perda e o luto, a partir da perspectiva pessoal. Embora não se pretendeu a reprodução de suas perspectivas, tentei adentrar seus ambientes e circunstâncias o mais profundamente possível. Neste sentido, notei que aprendi inúmeros desdobramentos do fenômeno vindos dos participantes e compreendi que minha visão prévia do mesmo era limitada e por vezes imprecisa e equivocada, concordando, portanto, com o que Charmaz já admitia em seus escritos.

Durante a codificação, o gerenciamento dos dados foi realizado com o auxílio do *software* NVIVO ®. No entanto, ressalta-se que este *software* não realiza o processo analítico em si, e quem toma as decisões é o pesquisador.

ASPECTOS ÉTICOS

Além das entrevistas transcritas na íntegra, foram utilizados memorandos e diagramas nos quais foram registradas notas metodológicas, insights analíticos e escrita livre sobre a relação entre os dados e o fenômeno estudado e respeitando o processo de codificação já descrito, dessa forma foi possível garantir a confiabilidade, transferibilidade, credibilidade e confirmabilidade desta pesquisa (TENNY; BRANNAN; BRANNAN, 2022). Foram seguidas as recomendações do parecer nº 466/12 que rege a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012; 2016). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (processo nº 46870421.9.0000.0121) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 24 pessoas idosas que forneceram dados até que se chegasse à teoria que explica os processos envolvidos na perda e luto em pessoas idosas. Optou-se por utilizar esses dois fenômenos centrais no título, pois apesar do processo de "luto" ser uma consequência da "perda" e serem estes, portanto, indissociáveis e interconectados, os resultados deste trabalho mostraram que eles se diferenciam em alguns aspectos e tem importância equivalente no caminho que as pessoas idosas percorrem.

As visitas domiciliares, nas quais foram realizadas as entrevistas deste estudo, ocorreram logo após a liberação das medidas mais restritivas da pandemia de Covid-19, porém, a pandemia ainda era corrente. As entrevistas foram realizadas respeitando o distanciamento social e a pesquisadora, assim como os participantes, utilizaram máscaras N95 durante todos os encontros.

Esse contexto peculiar também influenciou a sensibilidade das pessoas para responder às questões. Era uma época em que todos vivia com uma espécie de luto social, mesmo que não fosse diretamente ligado à sua família especificamente. O cenário do período de coleta, uma pandemia mundial de proporções tão surpreendentes e o isolamento social que, principalmente as pessoas idosas vivenciavam antes no período, influenciaram, acredita-se, às reflexões que os participantes possam ter tido durante a coleta de dados, embora o objetivo deste estudo não se restrinja ao luto pela perda de pessoas para a Covid-19.

Com vistas a apresentar o perfil da população estudada, a seguir encontram-se os quadros com os dados demográficos e aspectos relacionados à caracterização da perda e luto vivenciados pelas pessoas idosas:

Quadro 7 - Dados demográficos

Gênero	Feminino: 18
	Masculino: 6
Faixa etária	Entre 60 e 82 anos
Situação de moradia	Sozinhos (8)
	Com filhos (as) (8)
	Com cônjuge (6)
	Com irmão (s) 2

Realização de atividades diárias (autorreferida)	Independentes (19) Semidependentes (3) Dependente (1)
Ocupação atual	Aposentados (22)
	Pedreiro (1)
	Agricultor (1)
Religião	Luteranos (10)
	Católicos (9)
	Evangélicos (3)
	Umbandista

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Quadro 8 - Caracterização dos aspectos relacionado à perda e ao luto

Tempo de perda	Entre 2 meses e 15 anos
Grau de parentesco com o falecido	12 perderam cônjuge
	4 perderam pai ou mãe
	3 perderam filho (a)
	2 perderam irmão (a)
	3 perderam sogro (a) com quem dividiam a residência
Causas de morte dos próximos	Câncer (5)
	Acidente Vascular Cerebral (3)
	Infarto Agudo do Miocárdio (3)
	Covid (3)
	Alcoolismo (2)
	Acidente automobilístico (2)
	Afogamento (1)
	Pneumonia (1)
	Não souberam especificar (4)*

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Por se tratar de um estudo qualitativo, fundamentado na TFDCOn, os resultados não são apresentados numericamente. Os achados revelados nesta seção foram organizados em subprocessos, que compõem processos maiores, que constituem a teoria que este trabalho propôs. Todos esses resultados surgiram apenas das histórias comoventes, revelações, reflexões e percepções profundas das pessoas idosas participantes.

A culminação desse processo foi o desenvolvimento de uma categoria central, que é aquela com tendo o maior potencial explicativo para a teoria geral. Através deste estudo o processo principal revelado foi: percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas. Tal processo central, que evoluiu por meio das descrições dos

idosos sobre presenciar a finitude e a morte de uma pessoa próxima, bem como a vivência do luto que a perda desencadeia.

A construção de uma teoria fundamentada não é completamente elucidada por processos sequenciais concretos. Pressupõe-se na abordagem construtivista que o investigador está imerso nos dados e o trabalho analítico está também alicerçado na intuição e na criatividade. Como não poderia deixar de ser, a interpretação desses dados foi constantemente pautada pela pergunta: “o que está acontecendo aqui?”, proposta inicialmente por Glaser e Strauss (1967) e pela sondagem incessante das vivências dos idosos, até atingir seus fundamentos e abstrações. Sendo assim, todas as ideias criativas que tive foram baseadas em dados, usando imaginação e raciocínio abdução. Cada uma das hipóteses foi testada sobre os dados até chegar à interpretação teórica mais viável (CHARMAZ, 2009, p.245).

O caminho desvelado consiste em quatro processos principais e doze subprocessos, apresentados no quadro a seguir:

Quadro 9 - Resumo das propriedades decorrentes dos subprocessos e processos de "caminhando pelo caminho da perda e do luto"

PROCESSO	SUBPROCESSOS	PROPRIEDADES
Compartilhando o caminho da vida	Permanecendo próximos na jornada	<ul style="list-style-type: none"> Os idosos estão narrando e se orgulhando da história compartilhada com os outros e de terem permanecido ao lado do próximo. Estão percebendo que dedicaram a maior parte de suas vidas ao próximo e reconhecendo que o próximo cumpriu o papel social que lhe foi atribuído. Eles estão dizendo que uma vida com os outros foi construída e que essa jornada teve um significado definidor de sua própria história e essa história dá dimensão à sua perda.
	Cuidando do outro	<ul style="list-style-type: none"> O início do ato de cuidar do outro é um marco importante na história da pessoa idosa com seu próximo; Os idosos estão presenciando a dependência de seus entes próximos se realocando na rotina e, ainda, estão vendo seus entes próximos perderem seu papel social em decorrência de sua fragilidade. Eles estão sentindo o peso, o medo e as incertezas que acompanham o cuidado, enquanto descobrem um novo papel para si, o de cuidador. Os idosos assumem o papel de cuidar dos outros e lembram que também sentem falta dos cuidados que dispensavam ao seu ente querido depois que ele se foi.
	Dizendo adeus	<ul style="list-style-type: none"> Estão revelando a dificuldade de se preparar para perder e negando a possibilidade de perder o próximo mesmo em meio aos sinais da finitude. Estão sentindo medo do ambiente hospitalar, de

		<p>perder a pessoa que vive a finitude, de perder outras pessoas e de morrer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eles se deparam com a morte e se despedem, em meio a esse momento estão pensando em possibilidades de reverter a morte da pessoa próxima. • Sentem a ausência dos outros e expressam sentimentos de abandono. • Eles sentem a necessidade de narrar em detalhes o momento da morte de seu ente querido de forma retórica.
Sentindo o vazio	Caindo no vazio	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos estão percebendo e relatando as diversas formas de vazio: do som, nos espaços físicos, na rotina, no papel social que eles desempenhavam, de sentido, de fé. • Descrevem um momento em que estão no meio de um vácuo, sem chão, descrição que se aproxima da sensação de queda livre.
	Encontrando o fundo do poço	<ul style="list-style-type: none"> • Relatam se encontrar, após a queda, no fundo do poço, arrastando-se para manter determinadas atividades. • Eles percebem a fragilidade física e psicológica. • Eles agora entendem a dor dos outros, a dor além de si mesmos.
	Sentindo o processo de envelhecimento durante o luto	<ul style="list-style-type: none"> • Eles relatam alguns sentimentos de luto e isolamento agravados pelo próprio envelhecimento. • Assumem tarefas que eram de outros e percebem sentimentos contraditórios. • Eles refletem que o luto é proporcional à conexão e relacionamento que se teve com os próximos em vida. • Relatam maior dificuldade em recomeçar e fazer novos planos durante o envelhecimento.
Agarrando-se ao apoio	Acreditando em um poder superior	<ul style="list-style-type: none"> • Estão considerando a fé como recurso de sustentação para sair do "fundo do poço". • O sentimento de solidão é amenizado pela crença na presença divina. • Estão recebendo apoio da comunidade religiosa a que pertencem. • Considerando a possibilidade de que a morte fosse a evitação de sofrimento maior, concedida por Deus; • Lembrando que os rituais religiosos traziam conforto. • Estão acreditando que a promessa de " vida após a morte" é uma fonte um conforto.
	Recebendo apoio familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Os membros da família começam a ser percebidos como preenchedores dos vazios. • Percebendo que a vida familiar ajuda a restabelecer a rotina. • Encontrando nos familiares vivos um sentido/motivação para continuar a percorrer o caminho.
	Precisando de reconhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Eles sentem a necessidade de que seus contemporâneos reconheçam o que eles fizeram pelos seus próximos. • Esperando que sua dor e sofrimento sejam legitimados, dada a história construída com o próximo, ao mesmo tempo em que acreditam que só quem passa por uma situação de luto pode

		<p>compreender a magnitude da dor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperando respeito e reconhecimento da memória de seus próximos
Reinventando o <i>self</i>	Reconstruindo os próprios espaços	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciando um processo de reconstrução do que foi perdido ou prejudicado pela perda. • Execução de reformas e reconstruções no ambiente físico. • Reaprendendo um novo caminho e refazendo o que consideram possível de ser feito em suas rotinas.
	Honrando às memórias do outro	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando que parte do processo de reconstruir-se a partir do luto é abrir um espaço permanente para a memória do outro, honrando-a. • Valorizando a imagem e a narrativa como instrumentos de reconstrução. • Percebendo que narrar a história do outro o torna autor e agora o coloca em um papel central que exige empoderamento e protagonismo. • Reconhecendo a própria importância na história dos próximos.
	Redescobrimdo o <i>self</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estão compreendendo que este é um subprocesso em andamento, que não sabem se existe um fim definitivo para o luto, ao mesmo tempo em que estão sentindo que eles estão de volta ao controle de suas vidas. • Descobrimdo-se dignos de um novo caminho e reconhecendo suas forças pessoais. • Buscando autonomia e independência e redescobrimdo ações que os levem a isso. • Acreditando que o próximo está melhor agora, em outro plano; • Livrando-se da culpa, esperando encontrar o próximo um dia, mas desejando ser feliz novamente no momento presente.

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

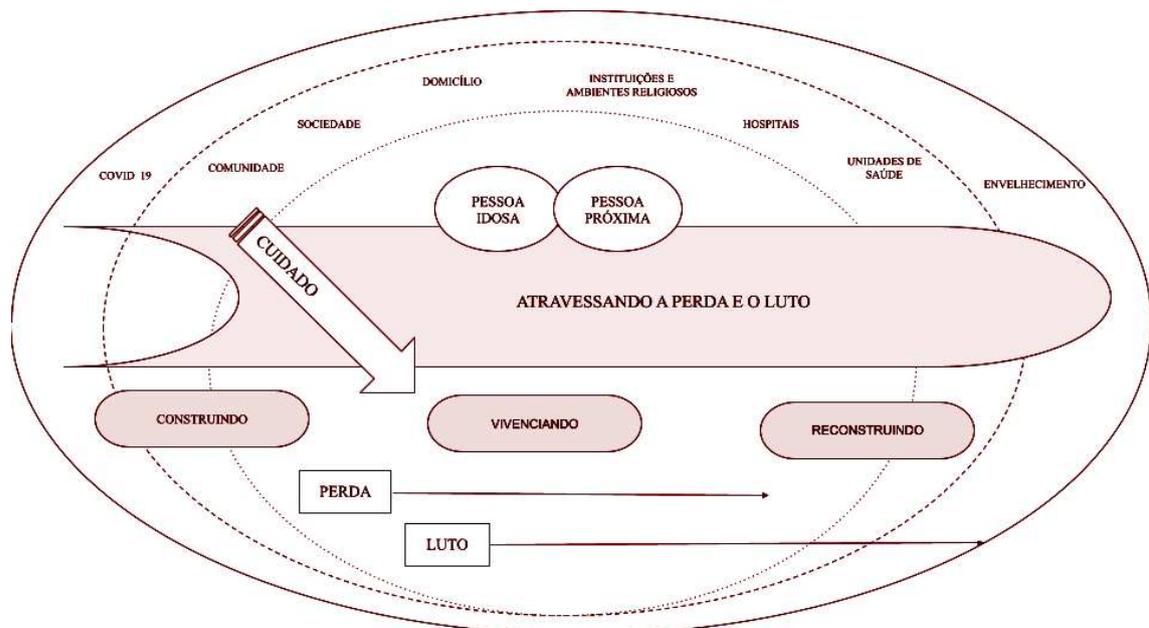
A categoria central "Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas" só foi formalizada após as primeiras 19 entrevistas, porém, o significado da categoria central já era visível desde as primeiras entrevistas e foi constante ao longo do processo, com idosos utilizando expressões semelhantes como "caminhar", "passar" e "atravessar" e "trilhar".

Ao final do processo de análise, emergiram quatro processos (e doze subprocessos). Optou-se por nomeá-los como processos, ao invés de uma categoria, pelo fato de tal nomenclatura demonstrar melhor o que pessoa idosa vivencia em sua jornada. Os quatro processos em questão sustentam o fenômeno, ou ainda, são os geradores deste e são explicados na teoria proposta nos resultados deste estudo. Ressalta-se que após o desenvolvimento do modelo interpretativo, a teoria foi validada por meio de quatro novas entrevistas com quatro dos idosos entrevistados anteriormente. O modelo foi impresso e disponibilizado aos idosos em novas visitas

domiciliares. Todos os idosos validaram o modelo e consideraram os resultados congruentes, consistentes e explicativos em relação ao fenômeno de perda e luto vivenciado por eles.

No entanto, salienta-se que a construção de uma teoria fundamentada não é completamente elucidada por processos sequenciais e concretos do ponto de vista cronológico. Com vistas a isso os resultados se pautam no pressuposto de que na abordagem construtivista o investigador está imerso nos dados e o trabalho analítico está também alicerçado na intuição e na criatividade. Os processos foram construídos pelos idosos a partir de suas vivências em diferentes cenários, e atravessados pelos ambientes que os cercam. A perda e o luto são processos sociais e culturais, que apesar de vivenciados a partir da individualidade de cada pessoa, não é alheio aos espaços, cultura e demais atores que o cercam, sendo também por eles influenciado. Apresenta-se nesta seção diagrama a seguir, que procura ilustrar os aspectos, atores e cenários em que a teoria foi desenvolvida, seguido dos resultados discutidos e por fim, está disposto o modelo final.

Figura 3 – Diagrama sobre os Aspectos, Atores e Cenários de "Percorrendo o Caminho da Perda e do Luto em Pessoas Idosas"



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Reforça-se que o caráter circular dos espaços prevê que embora os dados busquem certa organização sequencial nas falas dos idosos, é impossível definir uma

linearidade temporal para os processos que integram a perda e o luto. Alguns idosos conseguem perceber o tempo que estão em determinados processos e outros não fazem essa referência. A seguir são apresentados e analisados os conceitos que compõem os processos (e seus subprocessos) apresentados acima e, ao final da análise, é apresentado o modelo construído a partir dos dados desta teoria.

COMPARTILHANDO O CAMINHO DA VIDA

O primeiro processo é dedicado à narrativa das pessoas sobre a caminhada que compartilharam com o outro até o final de sua vida. A relação da pessoa idosa com seu próximo é definidora de diversas ações presentes na perda e no luto. Aqui eles estão narrando como fizeram para permanecer juntos no que definem como "caminho da vida", como cuidaram do outro e como disseram adeus aos seus próximos, que é visto como o ato final da vida compartilhada entre eles e seus próximos.

PERMANECENDO PRÓXIMOS NA JORNADA

As pessoas idosas começam seus relatos contando a história que compartilharam com as pessoas próximas. Dar esse espaço para a história da pessoa que se foi e narrar como construíram juntos uma jornada de vida é motivo de orgulho e alívio dos sentimentos que posteriormente estarão relacionados com a perda e o luto. Outro aspecto que se tornou claro durante as entrevistas foi a valorização do tempo compartilhado, como se a falta sentida agora fosse proporcional ao período em que estiveram juntos. A admiração pelo outro ter permanecido na jornada até o final, também é relatada. Estes aspectos estão presentes nas falas seguintes:

“Para mim foi muito difícil porque nós vivemos 55 anos juntos, uma vida inteira, durante esse período a gente teve muitos problemas, tivemos as horas boas, mas também muitas horas difíceis. Desde que nos casamos a gente lutou bastante com doenças. A gente viveu muito bem toda vida, nos demos muito bem. Ela foi uma heroína, a vida toda ao meu lado. Tem que ser muito forte porque não é brincadeira não, não foram 5 anos ou 55 dias, foram 55 anos de vida a dois, é uma mudança muito brusca mesmo, muita falta.” (PI 1)

“A gente vivia muito bem, por isso tivemos juntos 50 anos, fizemos casamento de 50 anos, uma festona, ele queria muito fazer essa festa, acho que para deixar uma lembrança para os filhos. Cinquenta anos

com alguém, é uma vida inteira.” (PI 2)

“E olha, pra aguentar 53 anos, tem que às vezes aturar muita coisa, senão não vive, mas graças a deus, nunca foi um homem agressivo, bebeu suas cachacinhas? bebeu, mas sempre trabalhou, era um homem tranquilo, graças a deus encaminhamos os filhos como era pra ser, não tem ninguém na droga, na prostituição.” (PI 13)

Outra dimensão do tempo despendido juntos também foi citada, ao pensar na retrospectiva de vida ao lado da pessoa próxima, nota-se a percepção de que muito tempo de suas vidas foi dedicado ao outro e que nem sempre isso era o maior desejo. Essa percepção contrasta com a sensação de que a pessoa próxima cumpriu o papel social que lhe foi designado, de pai/mãe, marido/esposa ou provedor, conforme demonstrado na fala seguinte:

“Casei, com 16 anos, eu dizia para o meu velho: - meu velho, passei a mocidade toda contigo e com meus filhos. A vida da gente, a mocidade da gente foi só para filho e marido. Ele era um trabalhador, uma pessoa boa, e eu era bem nova quando casei com ele. Mas graças a Deus foi um bom pai, um bom marido, não posso me queixar dele para nada.” (PI 4)

Este subprocesso, de contar a jornada em que permaneceu ao lado da pessoa, também fala de construção. Aqui os idosos narram como estavam construindo uma vida juntos, como o outro teve participação ativa, edificando passo a passo de suas conquistas pessoais e materiais. Além disso, a forma como a pessoa idosa enxerga seu próximo e o admira está embebido da cultura e estereótipos de seu tempo. A construção e o reconhecimento de papéis sociais influenciam, portanto, na forma como os idosos enxergam a vida compartilhada um ao lado do outro.

“Casamos, construímos uma casinha aqui do lado. Quando eu me casei, não tinha nem 17 anos, a gente já se conhecia, meu marido era mais de 6 anos mais velho. Eu o tinha como meu marido e como pai, porque eu não sabia fazer muitas coisas, que ele já tinha aprendido, ele já tinha mais idade, mais experiência.” (PI 8)

“Fizemos a casa aqui, foi boa a minha vida, sabe, a gente sempre tirou o pior fora. Eu não tenho queixa nenhuma dele, sabe, ele cuidou a vida inteira bem de mim, dos filhos. Uma vez que eu fiquei doente ele cuidou das crianças como se fosse uma mulher, era um excelente marido.” (PI 23)

A admiração por tudo o que a pessoa próxima construiu durante a vida e deixou para que a família usufruísse também foi citada, além da valorização pelo reconhecimento social da história de vida da pessoa próxima. Esta outra dimensão da admiração da pessoa que se foi, sobre a qual os idosos discorrem é a que se relaciona com a capacidade que a pessoa próxima tinha de estabelecer conexões sociais e ser admirada também por outros membros da sociedade, isso parece ter um significado importante na imagem que eles preservam dessa pessoa após a sua morte, a imagem da pessoa que se foi, e de quem ela era na sociedade.

“Nossa, a casa era um brinco, tudo tão lindo que o povo ficava bobo, ela engomava tudo, os doces que ela fazia, as amigas que ela tinha, não tinha quem não gostasse da minha mãe. E era tão trabalhadora, olha o que ela deixou para nós, uma herança grande, às vezes eu até dizia, mãe, vamos vender, é muito grande para nós.” (PI 10)

“Não é fácil não, 47 anos juntos, sempre agarrados, ela ia pra igreja, eu ia junto, esse carro mesmo era dela, eu nem dirijo, não sei dirigir, ela era convidada pra ir nas igrejas sempre, compramos o carro pra ela andar, ela não parava em casa, eles ligavam direto aqui, porque ela era cantora de igreja, uma vez, ficamos 13 dias fora de Joinville, porque ela tinha que cantar, o pessoal pedia e nós íamos sempre juntos. Ela era muito conhecida, ela se apresentava na igreja, pediam para apresentar o esposo, na igreja, eu levantava a mão.” (PI 15)

A narrativa da jornada percorrida com o próximo é carregada de significado. Os idosos estão considerando que o caminho possui dificuldades, mas a despeito disso a pessoa próxima é citada como um divisor de águas na história de vida dos idosos entrevistados e isso relaciona-se com a futura percepção da finitude do próximo e a vivência da perda em si e do luto. Os idosos estão se aprofundando ao refletir sobre o outro, ao ponto de que revelam o que aquela pessoa realmente significou em suas vidas. A citação a seguir representa isso:

“Vivi com meu marido 42 anos, uma vida, minha vida foi sofrida, simples, mas o que eu posso te dizer é que eu somente fui viver depois que eu casei com meu marido, foi aí que soube o que era ter uma família. Perdi meu pai cedo, minha mãe foi um tempo depois, me criei praticamente com a vida. Por mais que eu sei que ele descansou, eu procuro guardá-lo dentro de mim. Meu esposo significou tudo, ele me ensinou o que era o certo, o que era o errado. Teve altos e baixos, como todo casal tem, mas ele sempre me aceitou como eu era e eu o aceitei como ele veio pra mim. A gente soube viver, a gente aproveitou muito.” (PI 20)

A jornada que os idosos estão percorrendo junto de seus próximos é longa, tanto que ao referirem que viveram "uma vida" (*in vivo code*) ao lado do outro, demonstram que a importância de seu próximo é tamanha que divide a sua história, a sua jornada em antes e depois de sua morte. Mas ainda antes da partida do próximo, em um determinado momento o caminho da vida é atravessado pelo cuidado dedicado à pessoa próxima, a qual entra em uma situação de vulnerabilidade, seja por uma doença ou pelo avanço das perdas de autonomia e independência. No segundo subprocesso os idosos estão cuidando do próximo, conforme apresenta-se a seguir.

CUIDANDO DO OUTRO

O subprocesso que conta a história do cuidado é uma memória muito detalhada na narrativa das pessoas idosas, esse subprocesso muda definitivamente a história que compartilhavam até então. Os idosos relembram o momento em que a dependência do outro começou a modificar suas rotinas. Aos poucos eles foram assumindo o papel de cuidador. A narrativa do cuidado parece ser um lapso final da história compartilhada, o último estágio na construção de uma história juntos, antes que comece a percepção da finitude do outro. Outro fator importante neste processo é que durante a fase de maior dependência, a pessoa próxima passa a ser vista pelo cuidador de forma diferente, como se não fosse mais a mesma de antes, aqui apresenta-se uma perda, a perda de uma imagem (*self*) construída durante toda uma vida juntos. Os discursos seguintes representam isso:

“A partir daquele dia, ela não falou mais, ela perdeu a voz e ficou em cadeira de rodas, não andou mais, e assim foram 3 anos e meio de sofrimento para ela e para nós da família. A família toda sofria e o pior da história toda foi que ela não podia se comunicar com a gente, muitas vezes a gente via que ela queria falar, porque a memória dela funcionava. Olha o que eu passei durante esses anos não foi brincadeira. A gente ficou o tempo todo tentando fazer o possível para ver se ela voltava, tentei tudo o que estava ao meu alcance.” (PI 1)

“Ele sofreu por três anos, se machucou, foi para o hospital, começaram a fazer uma série de exames, onde foi descoberto que ele tinha câncer. E aí foi, meu filho correndo com ele, para lá e para cá, uma série de problemas, era uma coisa nova na vida da gente, não estávamos acostumados, sofria ele e sofria a gente também, depois ele foi ficando pior, foi atrofiando as pernas, quase não conseguia mais andar direito, foi uma luta.” (PI 20)

O transcorrer do ato de cuidar também é marcado pela sobrecarga do idoso cuidador, a percepção do cansaço é relatada, mas sempre permeada por outras percepções, como preocupação e medo de uma mudança de papel ainda recente, muitas vezes ainda não reconhecendo-se como cuidador de fato. Neste ponto, os papéis de familiar e cuidador se mesclam. Além disso, a descrição detalhada das atividades e dos desafios durante o cuidado demonstram a sobrecarga oriunda de uma relação de dependência que agora se instala, conforme representado nas falas a seguir:

“De repente ele caiu no banheiro e quebrou o braço. Levamos para o hospital e eles não conseguiam operar por causa da diabetes e pressão alta, ficou uma semana lá e o diabetes não baixava. Ele era muito obeso, até minha irmã ajudava, dar banho, trocar de roupa. A gente tinha que sentar ele, tratar ele, não tinha cuidador, tinha que ser tudo na cama, porque a gente tinha cadeira de banho, mas ele era pesado, então tinha que ser na cama. E ele não tinha força para se ajudar, se firmar.” (PI 6)

“Foi muito difícil, ele começou com mal de Alzheimer e as coisas ficaram cada vez piores. No começo a gente não sabia o que estava acontecendo, o que poderia ser. Ele pegava facas, parecia que estava brigando com alguém, lá dentro do quarto. Escondemos todas as facas da casa, todo mundo me dizia que eu estava correndo perigo de vida. Aconteceu tudo isso e até os últimos dias ele não queria saber de mais ninguém, só eu, eu que fazia os curativos, ele não podia mais comer, eu batia tudo no liquidificador, eu dava no canudo, porque quase todo o resto tinha se ido.” (PI 22)

A sobrecarga não aparece como um processo isolado, em alguns momentos essa percepção é permeada por um sentimento de honradez por ter cumprido um papel, por ter feito tudo o que poderia ser feito. Esse cuidado é citado como um processo e não como um fato apenas, quando os próprios idosos utilizam o gerúndio para expressar a continuidade do cuidado, como as falas seguintes representam:

“Aconteceu de repente, ele teve um AVC, há 18 anos, eu cuidei no hospital. Ele veio para casa na cadeira de rodas, depois ele disse: “eu quero andar”. Eu dizia, vai chegar a tua vez, velho, vamos com fé em Deus que você vai andar. Fui cuidando dele, ele andou, dentro de casa, com bengala. Eu ia na igreja, voltava, levava ele agarrado no meu braço, subia escada, descia. Meu Deus, não foi fácil, mas fazer o que, a morte sempre vem com uma coisa junto, eu cuidei, o que eu pude, eu cuidei bem. Há 18 anos ele já estava com o AVC, então ele já estava só com a gente em casa, direto, aquele dia a dia” (PI 4)

“Minha mãe faleceu com 89 anos, eu cuidei da minha mãe por 27 anos,

ela tinha problema de nervos, eu fazia tudo pra ela.” (PI 7)

“Nossa, meus irmãos se pegavam para ver quem ia cuidar e diziam “eu não posso, eu trabalho, isso e aquilo”, eu dizia, então deixa ela aqui que eu cuido, porque eu faço tudo pela minha mãe. Dava banho nela, passava o perfume, nossa, eu cuidava muito bem dela, muito bem mesmo, tenho uma sensação de missão cumprida assim, é isso que eu tenho. Olha, eu acho que eu tinha que me formar enfermeira, eu já corri e já fiz de tudo e antigamente eu era uma mole. E olha, como Deus capacita a gente, eu não sou carola de igreja não, mas pensa eu conseguia manter essa casa, tudo certinho, tudo no horário, mas o meu marido me ajudava em tudo também, foi fácil para mim, só não foi fácil para minha mente, porque por 10 anos eu tinha só a minha mãe na cabeça. O acúmulo na minha cabeça, de preocupações, isso me acabou, eu envelheci. Eu tenho 67 anos, hoje eu acho que eu já engordei e tal, antes eu tinha um rosto de fadiga, cansaço, meus irmãos não ajudavam em nada. Eu falei isso para eles, mandei tudo, mas hoje eles estão mal e eu estou bem.” (PI 17)

As pessoas idosas que assumiram o protagonismo do cuidado de seus próximos contaram como foi assistir o sofrimento de perto. Em certos momentos, nota-se um sentimento de impotência ao assistir ao declínio do funcionamento vital, e apesar de estar fazendo tudo que se sabia possível, não conseguir aliviar o sofrimento.

Os discursos a seguir representam os idosos que cuidaram de seus filhos antes de perdê-los, e carregam em sua descrição a falibilidade do seu papel de mãe/pai, sentida ao assistir a dor da filha/filho enfrentando uma doença grave:

“Touxemos ela para minha casa, tomando remédio. Mas vou falar a verdade, eu a trouxe para cá, para cuidar dela, com as minhas outras filhas, dois meses ela ficou aqui, mas não posso falar nem que ela deixou a gente sem dormir de noite, nunca, ela ficava na cama, do jeitinho que a gente deixava, a gente dava comida, dava banho. Ela só falava se eu perguntava alguma coisa. Eu dizia, se precisar alguma coisa de noite, chama, eu tinha a minha cama lá no meu quarto, mas eu dormia nesse sofá para ficar perto dela.” (PI 11)

“Ela tinha 54 anos quando faleceu, morava aqui perto, a doença dela era no útero, e cada vez mais foi piorando, no final, acho que os últimos vinte dias, ela não falou mais, começou a vazar coisas pelo ouvido, descobriu 11 tumores na cabeça, do útero foi para a cabeça. Eu ia sempre na casa dela, quase todo dia, mesmo não estando muito boa, eu ia.” (PI 19)

No caso dos idosos que cuidaram e assistiram a doença de seus pais ou cônjuges, os discursos trazem certa dificuldade de lidar com a inversão de papéis sociais. Nota-se o peso da inversão de papéis ao falar sobre o ato de responsabilizar-se pela higiene e alimentação dos pais e cônjuges, que durante toda uma vida foram

vistos sob uma ótica de provisão e força. Percebe-se então o início do luto pela perda do papel que a pessoa próxima já não desempenha mais, antes mesmo do luto pelo falecimento dela. Como representado nas falas seguintes:

“Depois ele começou a sair com a gente, colocávamos ele no carro, levava a igreja, até para a praia ele foi um dia, gostou, amou, queria levar os animais. O difícil era colocar ele no carro e tirar. Mais para o final eu colocava a cadeira de rodas e levava ele para lá, ele se apoiava na mesa e dava tudo certo. Nós cuidamos muito dele, meu pai estava muito fraquinho, não estava mais comendo, ainda tentamos alimentar por sonda, mas não deu certo, depois eu tratei dele com seringa, por um mês, chegou uma hora que ele não tinha apetite, aí imagina, comer sem apetite, se o corpo não pede, como?” (PI 5)

“Ele foi ficando ruim e ganhou uma pneumonia no final. A comida ia pela sonda, mas ele queria sempre comer com a gente, sabe ele não podia comer e dizia, faz meu prato, eu ficava com pena e fazia o prato dele, ele se sentava na sala e ia comer mas derramava, voltava tudo, ele não engolia nada mais, aí eu não conseguia comer (chora).” (PI 21)

“Digamos que, meu pai, sempre foi a figura forte. Quando ele estava em casa eu não tinha medo, deixava a porta aberta. Ladrão?! não tinha nem medo. Aí de repente o pai vira uma pessoa fraca e daí ele depende de mim, meu, isso foi difícil, essa mudança de... de repente eu sou a mãe dele, meu, que dificuldade e isso está bem nesse período aqui, que está aqui no papel.” (PI 5) (entrevista de validação)

Apesar de toda a sobrecarga presente no cuidado da pessoa próxima, os idosos terminam narrando a falta que estão sentido do papel de cuidador, isso relaciona-se com o luto em si e com o vazio deixado pela outra pessoa (assuntos que serão detalhados nos processos seguintes), mas está também imerso na atividade de cuidar, como uma análise final que os idosos construíram depois de finalizar, definitivamente, o cuidado de seus próximos.

“Fez muita falta ele, muita falta, muita falta mesmo. Sinto falta do banho que eu dava nele até. Ele usava aquela fralda que era a geriátrica, mas a gente levava ao banheiro, cada peça da minha casa tem o suporte que ele segurava, na cama, tudo, eu era a cuidadora, eu e minhas filhas, tinha o suporte pra sentar, ele sentava na cadeira dele, tinha cadeira de banho, cama de hospital aqui, tudo, mas a gente tirava da cama, trazia ele na varanda, sentava ele aqui, ia dar volta de cadeira de rodas.” (PI 13)

“Às vezes eu encontrava minhas amigas, eu já dizia: não posso nem conversar, deixei meu velho lá sentadinho. Elas riam, diziam, você não pode nem sair mais. Digo, não, não saio, tenho que cuidar dele, digo, quem quiser me visitar vai lá em casa. Ele era bem grudado porque

dependia de mim.” (PI 16)

As pessoas idosas explicam que esse período de cuidado do outro, apesar de fazer parte do caminho compartilhado e de trazer sentido de honra e cumprimento do seu dever e do seu papel, é um período difícil, de medo e cansaço. Esse subprocesso foi validado, as falas retiradas de uma das entrevistas de validação demonstram a compreensão dos idosos a respeito do mesmo, utilizando o código “pedras no caminho” para demonstrar tais dificuldades.

“Essa parte mesmo da doença deles, é igualzinho, a gente tenta ajudar, as vezes não acha jeito, essas pedras no caminho que a gente tem. Eu acho que você está explicando muito bem o luto mesmo.” (PI 15)

“Sempre tem pedras no meio do caminho, é bem isso mesmo.” (PI 17)

Conviver com as incertezas ao cuidar e assistir o sofrimento da pessoa próxima, desperta nos idosos uma série de inseguranças, medo, que se agravam à medida que a hora de dizer adeus se aproxima. O subprocesso que será tratado a seguir, explicará como isso acontece.

DIZENDO ADEUS

Por se tratar de temas tabus em nossa sociedade, a morte e o luto não são vistos com naturalidade, no entanto, ainda que os idosos percebam sinais de finitude em seus próximos, isso não está elaborado no início deste subprocesso. Os idosos revelam que não acham ser possível se preparar para a perda, mesmo frente aos sinais de que isso venha a acontecer em breve. Os sentimentos ainda se misturam e não estão claros, o medo e a incerteza são os primeiros a dar lugar a uma preocupação que os acompanhará do presente momento até depois da morte do próximo. O início deste sub processo se dá por meio da negação da possibilidade de perder o próximo e o sentimento de “estar sem chão” (*in vivo code*), como segue:

“Meu filho veio aqui me avisar, mãe, o pai faleceu (chora). Na hora, parece que faltou o chão, porque a gente tinha esperança dele melhorar.” (PI 16)

“Eu sempre tinha esperança de que ele ia melhorar e viver muitos anos, mas o cardiologista já tinha falado, olha, mais ou menos só mais

quatro anos de vida, e eu pensava: isso não pode ser verdade. E sempre me falavam, se prepara, só que a gente não pode se preparar.” (PI 8)

“Eu morria de medo de pensar que meu pai ia embora logo, eu estaria sem meu pai e sem minha mãe, eu não queria ficar sem eles.” (PI 6)

“É isso que às vezes dói na gente sobre a morte, e a gente pensa, será que essa vida tem que ser assim?” (PI 13)

Dados relevantes sobre sentir-se “sem chão” apareceram novamente nas entrevistas de validação:

“Isso faz todo o sentido. Porque quando a gente perde, bem isso, parece que não tem mais chão. Na hora a gente pensa, está difícil. É, mas é bem desse jeitinho mesmo.” (PI 16)

“E é isso, você fica sem chão, no momento, para recuperar demora um tempo e o tempo te faz viver de novo, mas no começo não é fácil. Eu falo porque eu estive com ele a vida toda, claro que ele já estava doente, mas no fim a gente sente. E a gente sentiu muito a falta dele e ainda sente.” (PI 17)

“E é bem assim mesmo, bem desse jeito que está no desenho, você fica sem o teu chão.” (PI 17)

Além disso, a sensação de negar a realidade da morte no primeiro momento, foi reforçada nas entrevistas de validação:

“Mas teve um momento que eu parecia que não queria que ninguém soubesse, como se não tivesse acontecido nada, mas aconteceu. Quando a minha mãe faleceu, me pareceu que o mundo acabou, como se a minha mãe fosse o elo que mantinha a família unida e agora não tem mais esse elo, acabou. Foi muito horrível, mas na verdade não acabou, a família continuou. Mas na hora você pensa que acabou, pronto, cada um vai para um lado e eu vou ficar aqui. E isso, é o que está representado aqui mesmo.” (PI 5)

O medo do ambiente hospitalar também foi relatado como parte do fenômeno. Ser uma pessoa idosa cuidando de seu próximo já é uma situação de vulnerabilidade em si. O medo de perder a pessoa já está presente e estar no ambiente hospitalar aproxima as pessoas dessas realidades da morte, nem sempre de uma maneira gradual, e supervisionada pela equipe de saúde, o que pode acentuar o medo do desconhecido, como revela a fala a seguir:

“No quarto em que ele estava tinham mais dois acompanhantes, eu

estava conversando com meu marido e daí quando eu olhei a pessoa do lado infartou, ela escureceu e eu vi, aí me deu uma coisa, aquele lugar não prestou mais para mim. Não fiquei mais sozinha lá, por medo.” (PI 23)

Durante as entrevistas de validação novos dados representativos corroboram com este acontecimento:

“A equipe médica estava perto da cama e eles falaram para a gente, olha, ele pode viver duas horas, um dia, uma semana, mas ele não tem mais volta. E não veio ninguém do hospital para dar um apoio, ninguém apareceu, mas nem sei se faz falta, porque para eles é normal a morte, ali morre gente todo dia, eles se acostumam com isso. Para eles é diário. Porque para eles não afeta, para a gente não. Quando ele faleceu, pegaram o saco preto, colocaram ele e levaram para o necrotério e deixaram em cima de uma maca, lá ele ficou.” (PI 7)

Apesar das pessoas idosas possuírem, em muitos casos, mais ocorrências de perda de próximos, devido ao tempo de vida, os dados evidenciaram que cada perda é um processo único e intransferível, no sentido de que, para os idosos, sobreviver a uma perda, por mais que esta tenha sido bem elaborada, não os prepara para novas perdas no futuro. Os idosos que vivenciaram o luto mantêm em seu cotidiano um medo, talvez ainda maior da morte de quem ainda permanece com eles, que pode estar relacionada a noção da magnitude e impacto que o luto pela perda de um próximo traz. Essa hipótese é corroborada pelas falas seguintes:

“Ainda bem que não perdi nenhum filho, espero que não perca nenhum, já falei com Deus que quero ir na frente dos filhos, já fiz um acordo com deus.” (PI 13)

“Até hoje eu falo com Deus, porque eu tenho uma filha deficiente, que é muito dependente de mim, então eu digo: olha, Deus, me deixa mais um pouco.” (PI 12)

“Hoje a nossa vida está bem, está tranquila, a gente é feliz, enquanto nós dois estivermos juntos, está bom” (PI 5)

O medo de perder a si mesmo, ou seja, da própria morte, após vivenciar a finitude do outro também foi relatada. Nesse momento, ainda de uma forma vaga e não elaborada, como mostra a seguinte fala:

“Dependendo do lugar para onde a gente vai, não sabe se vamos ficar

bem ou não, tem aquele pensamento que vem aqui, bastante pensamento negativo entende? um pouco de medo das coisas.” (PI 1)

“Depois, tu começa a pensar até na tua vida, será que eu estou indo também? A gente começa a se questionar.” (PI 1)

Durante as entrevistas de validação novos dados relacionados a este momento emergiram:

“A gente fica muito mal mesmo, a gente pensa, agora vou eu... Aí corre, pede ajuda, mas a gente fica mal, pensa que é a vez da gente de ir.” (PI 5)

O início do subprocesso de dizer adeus deixa claro que os idosos, a esse ponto, ainda não tinham clareza que a finitude do outro estava próxima, o medo domina os seus processos mentais e ainda há esperanças de que a situação não é definitiva, no entanto, há um momento em que essa percepção muda, é o início de uma das elaborações possíveis no luto, em que o idoso começa a enxergar que a morte do próximo realmente chegou. Neste momento a percepção dos sinais de morte é evidente e a narrativa do momento da morte do outro tem início. Os idosos chegam a tomar medidas pouco racionais, eles estão tentando convencer a si mesmos de que todas as possibilidades de irreversibilidade do adeus foram esgotadas, isso acontece em uma faixa de tempo variável, desde antes da morte, durante ou funeral, ou até mesmo depois do enterro, como demonstrado a seguir

“Eu vou te dizer, na verdade a morte dela já começou três dias antes. Quando ela acordou e eu perguntei porque ela estava tão sonolenta, ela me disse, olha filha, a mãe foi passear num jardim tão lindo, tão lindo filha, flores, flores, se tu visse que coisa mais linda, a mãe andou tanto, andou tanto.” (PI 17)

“Exatamente às 14 horas meu marido veio correndo e disse, acho que sua mãe se passou (chora), eu falei: “capaz, capaz”, morreu dormindo, eu não acreditava, eu não acreditava, eu não pensava que era o último dia dela, porque parecia que ela não ia morrer, ela só tinha 101 anos, ela foi uma pessoa ótima, meu deus.” (PI 17)

“Uma vez me deu vontade até de tirar o tampão de cima do túmulo para ver ela, até tentei, mas a tampa muito pesada, não dei conta, não dei conta.” (PI 11)

Dentro deste processo, quando se dá conta da finitude do outro é a percepção final que o fim da jornada percorrida juntos é chegada, nesse ínterim há um momento

em que a pessoa idosa se sente abandonada. Por tratar-se de um longo percurso de construção de confiança no outro e de “poder contar” com o outro, a partida traz a tona uma espécie de sentimento de abandono e quebra desse acordo de confiança de que estariam sempre juntos, uma espécie de culpabilização do ente que se foi, por deixá-los sozinhos agora:

“Ele faleceu dia 30 de Agosto, dia 23 de Setembro a gente ia completar 50 anos juntos, e a gente ia fazer uma festa, porque ele queria. Ele estava no pronto socorro, eu do lado dele, em poucos minutos ele se passou, mas ele não se bateu, não sofreu. Uma coisa que eu disse a ele, domingo, que ele não estava bem, olha, vamos te levar no hospital, e não é para você não me deixar, e ele disse: “eu não vou te deixar, eu não vou te deixar nunca”. Na hora que vi ele falecido eu disse: “você falou que não ia me deixar nunca, agora deixou, e ele não escutou mais.” (PI 8)

Relembrar o momento da morte é uma ação dolorosa, o que pode dificultar a narrativa sobre esse momento de uma forma mais literal. Sentindo certa dificuldade em usar uma linguagem mais austera, para contar sobre esse momento, as pessoas idosas usam figuras de linguagem para explicar o que o momento representa, como no trecho a seguir:

“Quando ele foi pro hospital foi a mesma coisa que tomar uma taça de morte, não deu mais resposta, mais nada, me chamaram e ele tinha ido.” (PI 4)

“A mãe foi assim, como se fosse um passarinho, meu pai também, faleceu dormindo.” (P10)

Assistir a morte do outro é mais um momento de intimidade, dos muitos que os idosos compartilharam com seus próximos durante a vida e representa o fim desse um caminho partilhado, bem como a legitimação de que a pessoa idosa esteve junto de seu próximo até o último momento possível, o que, em termos de construção social, representa a validação de seu papel.

“Fomos tirar ele da cama, trocamos tudo, coloquei na cadeira de rodas, eu fiquei segurando ele, ele estava meio bambo assim, de repente ele virou os olhos pra um lado, queria cair pro outro, eu segurei e ele se foi, assim, só nós dois ali.” (PI 6)

“Olha, a hora mais triste é quando baixam o corpo na sepultura, no cemitério. É o mais dolorido, parece que a gente se acaba naquele momento, naquela hora.” (PI 23)

Dentre as entrevistas de validação surgiram dados que corroboram e complementam este fator:

“Mas a dor é a mesma, porque na verdade a gente não quer entregar ninguém, a gente quer que a pessoa fique.” (PI 5)

Os idosos narram com maior número de detalhes os lutos mais difíceis de suas trajetórias, falar sobre lutos recentes também desperta comparações com lutos passados. O momento da morte parece ser uma das memórias mais preservadas e traumáticas, resistindo ao tempo. No momento em que o idoso narra sua perda, percebe-se que ele tenta contar a história do outro, o que parece ser uma tentativa de dizer adeus, sem deixar de ceder espaço para o acontecimento “morte” em sua história. O passar dos anos e a maturidade que se alcança com o envelhecimento, parecem fazer com que a narrativa do momento da morte seja descrita com maiores detalhes e é contada como um capítulo completado, com começo, meio e o fim que ainda está sendo elaborado, conforme segue:

“A morte da minha filha foi assim: eu estava lidando com porco, meu marido bêbado e eu esquartejando aquele porco, e olha esse rio que passa ali, olha, a minha menina, era tão inteligente e me disse, vou na casa da vó, e aí ela saiu, logo depois eu vim atrás dela. Ali tinha um pé de laranjas, ela saiu com uma varinha, e viu as vacas na ponte e foi para lá, nisso os cachorros latiram para as vacas, sabe Deus se ela não estava na ponte, naquela época eram aquelas pontes de madeira, sabe? Quem sabe os cachorros estavam querendo atravessar, bateram nela e ela caiu, era um dia de muita água, mês de Julho, estava chovendo, então eu comecei a gritar: onde está a menina? Onde está? Não está aqui? Eu corria nas roças, por todos os lugares e dizia, meu deus do céu, será que essa menina não foi para o lado do rio? E minha mãe disse, eu estava lavando roupa, não está aqui. Eu só dizia, Deus, pode me judiar o quanto for, mas eu quero achar minha filha. De repente (chora), vem o vizinho correndo, ela estava lá embaixo engatada numa pedra, morta já, foi me dando calafrio e meu marido bêbado. Depois de passar isso tudo, ainda perdi meu outro filho, os maridos que perdi não tanto, mas a minha dor é a perda dos filhos, sabe? Eu ia atrás da minha mãe para conversar, eu não sabia se eu ia ficar bem, sabe?” (PI 21)

Em contraponto, nota-se que a possibilidade de dialogar com a pessoa próxima no momento da morte é uma oportunidade de começar um processo de aceitação da morte, ainda que precocemente, haja visto a narrativa do outro de seu sofrimento e conformidade com o momento que se aproxima. No entanto, esse

momento depende da forma como a morte do outro ocorre, quando em situações de morte por acidentes repentinos, não foi relatado como uma possibilidade.

“Eu consegui falar para ele, para ir em paz, que Deus o abençoasse, que cuidasse dele e ele respondeu: “eu sei, eu estou sofrendo demais, eu não aguento mais”, era como ele me falava. Eu disse que eu sabia, e olha, eu nunca levava nada para o hospital e bem naquele dia eu levei uma garrafinha de refrigerante, bem naquele dia ele me disse, estou com uma vontade de tomar um guaraná, eu disse, eu tenho, dei pra ele e não é que ele tomou inteirinho, e ele me disse “agora matei a minha vontade”. Então liguei para a casa e eles trouxeram mais, mas ele não quis mais. A única coisa que ele me pedia era para cuidar das nossas meninas, e eu dizia que podia deixar, que eu ia cuidar. E aí ele caiu assim para o lado. Já quando perdi minha menina, que era nova, ela mamava, então meu peito enchia e eu começava a pensar que ela estava no rio, com fome, me vinha aquilo na cabeça, eu me levantava cedo e ia lá no rio, espremer o leite, chorava, falava próprio, já que levou minha filha, leva o leite também.” (PI 21)

Dentre as entrevistas de validação surgiram dados que corroboram e complementam este processo

“Ontem mesmo eu senti falta dele e fui lá no cemitério, você vai lá conversar com ele, mas ele não te responde, eu sempre vou lá, ele não ouve mais, mas Deus escuta.” (PI 7)

Finalmente, entendeu-se, que o compartilhar da caminhada é um processo vivido por estes dois atores, as pessoas idosas e seus próximos, mas que é narrado apenas sob o ponto de vista dos primeiros. Narrar a história compartilhada dá a pessoa idosa um lugar de protagonismo, ao mesmo tempo que se rememora o tamanho da pessoa próxima em sua história. Notou-se, durante o processo que a narrativa é uma importante ação para pessoas idosas enlutadas, se enxergar como autor desta história, externalizar aquilo que por vezes não havia tomado forma de palavra, mostra que a fala é um dos modos pelos quais as pessoas interpretam a sua realidade, neste caso a realidade da perda e do luto.

SENTINDO O VAZIO

O segundo processo explica como as pessoas idosas sentem-se estando em um completo vazio, depois de dizerem adeus aos seus próximos. Uma espécie de "vácuo" é relatada, na qual a falta é predominante, o vazio é um símbolo compartilhado

por idosos enlutados e que toma diversas formas, desde o vazio do som, do papel social anteriormente ocupado, o vazio dos espaços físicos em que a pessoa próxima está ausente, até o vazio de sentido para continuar. É como se os idosos não tivessem, nesse momento, "contorno", "bordas", "parede" ou "chão", sentem aqui que nada resta. Dessa forma, não sabem quando e como esse vazio pode terminar, ou ser preenchido. A partir disso, discutem-se os subprocessos seguintes:

CAINDO NO VAZIO

O vazio foi um código in vivo bastante mencionado pelas pessoas idosas, uma das primeiras formas de vazio que se apresentam após a morte da pessoa próxima é o vazio de som. Os idosos passam a sentir falta dos sons e barulhos que o outro emitia nos espaços. A dor desse vazio é latente, e a falta do som que vinha do outro parece não fazer sentido a ponto de as pessoas idosas ouvirem os sons de suas memórias, numa provável tentativa de preencher o vazio trazido pelo silêncio.

“E eu lembro dele, a gente ficou com saudades, sentiu a falta dele, ele me chamava, às vezes, eu até escuto isso na cabeça, ele chamando. E está bem difícil, porque falta mais um aqui dentro.” (PI 9)

“De manhã cedo ele acordava e ia pra cozinha e a casa de madeira estalava o piso, olha menina, até agora, de manhã cedo, eu escuto parece que ele está andando, às vezes era só o cachorro e na minha mente era ele que estava passando ali.” (PI 14)

“Os primeiros 15, 20 dias depois que ela morreu foram muito ruins, minha mãe me chamava, eu escutava ela me chamar, todo o tempo. Meu deus, arrumava montoeira de coisas pra fazer pra encher o meu dia.” (PI 17)

“O emocional foi muito forte, porque mesmo ela tendo os problemas de saúde a gente chega a se acostumar com os problemas da pessoa, então foi um vazio muito grande, como até hoje ainda é. É um vazio muito grande, porque tem horas assim que me representa que ela me chama dentro de casa, então é pesado pra gente.” (PI 1)

Dados representativos sobre o vazio de som voltaram a aparecer nas entrevistas de validação:

“Olha, isso eu lembro tão bem do luto, meu irmão, eu sempre o escutava chamando depois que morreu, porque ele me chamava muito dentro de casa, principalmente no final da doença dele. Eu escutava sempre chamar.” (PI 9)

O vazio nos espaços físicos traz memórias complexas e mostra de forma concreta que a pessoa próxima está permanentemente fora daquele lugar. Os discursos apontam para a dificuldade de pensar no vazio dos espaços e na impossibilidade daqueles lugares serem preenchidos por qualquer outra pessoa. A vida da pessoa que se foi representava um certo preenchimento, completude. Portanto, aqui, os idosos estão sentindo que talvez esse seja um vazio definitivo a partir de agora:

“Os meus filhos vêm aqui e falam, olha mãe, a cadeira do pai está vazia. Eu digo, vocês ainda estão longe e eu que estou aqui dentro dessas quatro paredes, pensa que é fácil? Ainda até agora eu choro pelos cantos, está tudo vazio, depois de dois meses que ele morreu” (PI 4)

“Há alguns anos que ele não podia mais trabalhar, mas ficava sentado aqui dentro, quando eu entrava eu via ele (chora), esse armário estava aqui, e lá na caixa de lenha (mostra) ele sempre estava sentado. Sempre depois que eu entrava ele estava lá.”(PI 8)

“Eu não consigo parar em casa, minha irmã mora aqui perto, vou lá todo dia, ontem quando você me ligou eu tinha acabado de chegar, melhora um pouco, porque ficar sozinho aqui é duro. Você acha que se ela estivesse aqui agora, ia estar vazio assim? Isso aqui era cheio, ela arrumava tudo, limpava, ela botava o carro lá pra fora, botava o rádio com as músicas dela e ficava limpando, era o dia inteiro fazendo uma coisa e outra.”(PI 15)

“Minha casa era cheia, hoje até me assusto porque não vem mais ninguém.” (PI 18)

Dados representativos sobre o vazio nos espaços físicos voltaram a aparecer nas entrevistas de validação

“E olha, esses dias fui à minha amiga que perdeu gente também, meu deus, aquela casa agora é um silêncio. Até comentei contigo aquele dia, é um vazio, você olha aquele banco, vazio, que a gente se sentava lá com eles. A gente ia lá, tinha o banco, nós sentávamos juntos com eles, aí dessa vez, eu olhei aquela área, não tinha ninguém, sabe. Igual, no começo, a gente vai colocar a mesa, daí eram tantos pratos, depois que você se toca, mas não é mais tanto.” (PI 5)

“E esse vazio é bem isso, o lugar dele era onde você está sentada agora. No começo você fica olhando a cadeira vazia, aquela falta, aquela dor, mas o tempo te obriga a se acostumar.” (PI 17)

As pessoas idosas relataram o vazio em suas rotinas, um vazio no preenchimento do tempo, o qual era anteriormente compartilhado com a pessoa próxima. Muitos dos participantes compartilharam suas rotinas por décadas com seus próximos, portanto a presença de ações e atividades relacionada ao outro era uma ação corriqueira, diária, posto isso, esse vazio de rotina é um momento experiencial do luto da pessoa idosa.

“Eu vou enfrentando, só que parece que quanto mais passa, mais a saudade vem. Não é fácil, parece que aperta mais, a gente conviveu muito tempo. Meu deus, ele faz falta em tudo, a gente põe a comida na mesa, não dá vontade de comer, por que vou fazer só para mim? A gente faz uma xícara de arroz e aquilo sobra ali, não é fácil. Em tudo. (PI 4)

“Os cachorrinhos mesmo, vivem chorando, direto, porque, eles sentem falta, eles choram direto. O meu marido trabalhava com frete, quando eles (cachorrinhos) veem um caminhão de frete, lá na outra rua, eles já vão latindo para o portão, latem e choram. Aí eu falo pros cachorrinhos: não adianta chorar, porque vocês não vão mais ver ele.” (PI 12)

“Eu até hoje sinto falta dele, parece que chega aquela hora, do café dele, já passa pela cabeça da gente e eu acho que nunca vou esquecer isso na verdade.” (PI 23)

Entender a falta de pessoa na rotina parece ser um processo permanente, os participantes usam o gerúndio para dar ênfase que esse não é um processo finalizado, mesmo depois de certas elaborações sobre o luto:

“Tem o lugar daquela pessoa ali, vazia. Aonde você vai, tem o lugar da pessoa, ou o que ela fez, até da comida que a pessoa gostava, eu falo pra minha filha, assim, isso teu pai gostava, isso o irmão gostava, já vem na lembrança, mas a gente vai se conformando.” (PI 21)

Nota-se também um vazio no papel social exercido pela pessoa idosa antes da morte de seu próximo. Nesse momento o idoso está sentindo que o papel social que exercia, dependia do próximo para fazer sentido, portanto morre junto com ele. Nota-se que mesmo com o apoio de familiares nesse momento, o lugar social é impreterível para as pessoas idosas. Um papel social é carregado de significados e simbolismo, e traz consigo o desempenho de certas funções, um modo de viver e se portar, esse é o lugar que fica vazio, de acordo com as narrativas representadas a seguir:

“Eu sinto falta, eu trazia o cafezinho para ele, e qualquer coisa ele já estava me chamando, da minha cama eu olhava ele no espelho, via se ele estava se mexendo, então a gente sente falta disso tudo, era uma presença. Eu sinto muita falta dele (chora), as vezes eu fico pensando e parece que eu estou abandonada, mas não estou, porque meus filhos são muito bons pra mim, mas a minha parte “eu e ele”, parece que está faltando sempre uma coisa.” (PI 13)

“Eu me senti só, sabe, tem a família, mas sem o companheiro, sem ele, mesmo com ele doente, até a gente tinha mais confiança e era o companheiro da gente, era o mais presente, nós passávamos o dia todo, ele me chamava, eu levantava, fazia o café, a gente já se sentava aqui, ligava o radinho, eu estava sempre olhando ele. Agora tem um pouco de solidão.” (PI 16)

Eu lembro até hoje que ele comia de um lado e eu de outro, e ainda sinto, assim, sabe, ele poderia estar deitado aqui.” (PI 19)

“E eu andava por aí igual a uma galinha choca sem pintinho, sabe, quando perdi minha filha. Minha mãe sempre dizia, parece que ela é uma choca sem pintinho. Eu sentia o calor da menina no meu braço e de repente não tinha mais isso. Eu ia no rio e dizia, aqui foi minha filha, foi embora, caiu igual a um pau de lenha, foi embora. E é assim a vida da gente” (PI 21)

Os participantes mencionaram que o vazio deixado pela pessoa que se foi é tão profundo que eles sentem que perderam um pedaço de si, um vazio sentido no corpo físico de quem fica, um espaço não preenchido. A falta física parece ser um símbolo compartilhado e resistente na narrativa dos enlutados e que está relacionada às demais formas de vazio já mencionadas:

“E até hoje, meu pai se foi, foi um pedaço de mim, foi muito, muito, muito difícil” (PI 22)

“É dolorido pra você ganhar um filho, mas pra perder é a maior dor do mundo, você sente no teu corpo todo e não tem o que te cure, aquela dor, parece que na hora morreu tudo, não tem mais alegria na vida.” (PI 21)

“Pra mim o mais complicado é a noite, porque a gente se deita na cama e ele não está lá, até esses dias, já faz um tempo, eu estava sonhando com ele, sonhando que estava mexendo no cabelo dele, assim, sabe, por fim eu estava mexendo no meu cabelo, foi até engraçado, eu acordei e disse, ué, ele não está aqui. E isso fica pra sempre, sempre vou guardar isso aqui (aponta para o peito).” (PI 22)

“É um lugar em você que fica vazio e depois não preenche mais.” (PI 24)

“Às vezes eu sonho e ouço a voz dele e outras vezes só vejo ele assim, aí acordo, as vezes consigo dormir de novo, mas tem dias que não, isso me machuca sabe, eu sinto como se tivesse faltando alguma coisa aqui (aponta para o peito).” (PI 20)

Desvelou-se ainda o vazio temporário de sentido, ou de fé. As crenças estão estremecidas, as pessoas idosas estão se questionando sobre qual o sentido de certas normas sociais ou religiosas em torno da morte e do luto.

“Eu sou católica, só que a minha filha tinha uma fé em Jesus, sabe, Jesus vai me curar, até o fim falava isso, Jesus já me curou, e eu falava, Jesus cura, mas não é só isso, eu falava pra ela, não sei, sabe, sempre fui católica, como a gente nasceu né, é o que os pais deram. Mas assim, ajuda, claro, Deus é tudo, mas não é a única coisa.” (PI 19)

“Parece que eu estacionei, não consigo voltar e não consigo ir para a frente, não sei quando vou sair. Tenho minha religião, sabe, tenho minha fé, mas ainda não consigo me abrir para ela de novo.” (PI 20)

“Até acho que fiz pecado, porque eu não aceitava a morte dela, eu disse: - por que, Deus? Tanto que eu faço de bom, tudo que pedem para mim, nunca digo não, ajudo e tudo, por que fez isso comigo? Tirar o bem mais precioso que eu tinha? Depois, de uns tempos pra cá, voltei a limpar a igreja, faz duas semanas, eu peço a Deus perdão por ter dito que ele não devia ter tirado de mim a coisa tão preciosa que toda mãe sabe que é um filho (chora)” (PI 11)

“Ontem mesmo fui lavar o túmulo, eu disse, o que vim fazer aqui? Se nem vejo ela mais, com essa tampa em cima aqui, quando eu estava chorando, chegou um casal que ia limpar também, viram eu chorando, aí, eles já sabiam, me falaram: - pode chorar... Eu disse: - não, eu estava pensando, eu limpei tudo, arrumei, o que vim fazer aqui? se nem vejo ela mais, que ilusão né? Meu Deus.” (PI 11)

A sensação de completo vácuo, de vazio, de estar caindo, sem bordas, sem chão, começa a dar lugar a sentimento mais elaborados de perda, os idosos chegam então ao ponto em que sentem-se mais fragilizados e deprimidos e descrevem como é encontrar o fundo do poço (*in vivo code*). Dentro desse espectro, vários sentimentos e emoções ficam mais evidentes, conforme detalha o subprocesso seguinte.

ENCONTRANDO O FUNDO DO POÇO

Sentir a perda, com todos os sentimentos e emoções que esse fenômeno acarreta desperta nas pessoas idosas a sensação de estar indo para uma espécie de

"fundo do poço"(*in vivo code*), este é o momento que elas não conseguem vislumbrar situação pior do que a que já se encontra. O código *in vivo* relacionado com a ação de arrastar-se para conseguir sobreviver e, mais tarde, levantar-se novamente, relaciona-se também com essa sensação descrita como estar "no fundo do poço", "estar no chão". Outro aspecto importante é reforçar a impossibilidade de definir os subprocessos relacionados ao luto de maneira linear, alguns idosos conseguem perceber o tempo em que estiveram neste processo e outros não fazem essa referência.

Neste momento, idosos que já tiveram transtornos depressivos no passado ficam mais vulneráveis a recidivas, ou voltam passos atrás em seus tratamentos. Uma percepção compartilhada pelos idosos neste momento, que pode vir de uma primeira elaboração do luto, é que sofrer uma perda não prepara para uma próxima perda, ou seja, os idosos não se tornam mais preparados ou mais fortes para perder seus próximos à medida que acumulam perdas em sua história de vida.

"Me recuperar da perda foi difícil, já tive depressão, já estava me tratando, já tinha parado com os remédios, aí eu voltei para os remédios, foi muito difícil. Porque viver um luto não melhora os próximos. Porque apesar da dificuldade física que ele tinha, ele queria viver, isso que dói."(PI 6)

"A gente lembra tudo o que passou, então é difícil. Até porque quando minha filha morreu eu ainda estava no luto do meu filho, foi pior ainda." (PI 23)

O luto não é um processo isolado, ele se dá dentro de uma construção social e não afeta as pessoas somente de maneira individual. Após a perda de alguém, não temos somente uma pessoa enlutada, mas também uma família enlutada, em alguns casos uma comunidade enlutada. Dessa forma, mesmo vivenciando o seu processo o idoso percebe, refere e lamenta o luto de seus familiares, ou pessoas do seu convívio e isso afeta a elaboração dos processos. Para a pessoa idosa, compartilhamento dessa experiência pode ajudar a construir formas de enfrentamento coletivas.

"Pro meu marido foram muitas perdas que ele teve também, perdeu os irmãos e aí ele aposentou e parou no tempo, ele não fez mais nada, depois que perdeu o parceiro dele, que jogavam baralho juntos ele foi se entregando, depressivo." (PI 13)

“Inclusive meu irmão está depressivo desde que a nossa mãe morreu, gostaria que você fosse lá falar com ele. Eu disse para ele, o que foi feito e o que não foi feito pra mãe, agora já foi. Digo pra ele: você tem que reagir, tu achas que eu tenho vontade de levantar? Mas eu vou. Você tem que reagir, é isso que a mãe quer de nós. Tudo o que a gente fazia ela nos incentivava.” (PI 17)

Estar sentindo a perda, encontrar-se no fundo do poço, perceber o luto de quem está em seu convívio relaciona-se, apesar da dor sentida neste momento, ao fato de que agora as pessoas idosas conseguem vislumbrar que a morte é mesmo uma situação irreversível. No primeiro momento da perda o idoso sente-se sem chão, já agora, estando no fundo do poço, ele tem um chão novamente e pode começar a elaborar estratégias para levantar-se deste chão, para impulsionar-se para a ação. No entanto, alguns fatores relacionados ao envelhecimento parecem delongar a presente fase, na qual o idoso encontra-se fragilizado e sem energia suficiente para o início de uma retomada.

SENTINDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DURANTE O LUTO

Imersos no processo de perda e luto os idosos referem certa exaustão, cansaço e dificuldades específicas e, em determinados momentos, relacionam tais percepções ao próprio envelhecimento, como se fosse esse um agravante do luto.

“Foi muita coisa para um corpo só, para a idade que eu estou.” (PI 1)

“Eu acho mais difícil perder com mais idade, sabe, por causa da convivência, então quando perdi meu pai e minha mãe eu era novinha, não tinha juízo, era uma criança. Acho que agora foi pior.” (PI 20)

“E aí eu fiquei com problema de nervos, sabe, me atacou os nervos e eu fui a igreja da minha nora, até falaram pro meu filho, dá um jeito de fazer alguma coisa porque a sua mãe está no fundo do poço.” (PI 22)

“Foi muito difícil para mim, uns 7 anos fiquei me arrastando praticamente, para o trabalho e para tudo o que tinha que fazer. Para a vontade de comer, eu andava na rua e vivia com vontade de chorar, foi complicado.” (PI 5)

Dados relevantes sobre a percepção de como o envelhecimento atravessa o luto foram novamente relatados durante a validação dos dados:

“A gente agora é sozinho, dá mais medo, já caí uma vez, daí se quebra, é pior.” (PI 9)

O cansaço referido pelas pessoas idosas, além de psicológico/mental também é físico, reforçado pela necessidade de assumir as tarefas da pessoa que se foi, assumindo tarefas relativas a um papel social que nunca foi seu e agora, em meio ao envelhecimento e muitas vezes fragilidade, surge em sua rotina.

“E com uma idade dessa que eu tenho, fazer todo o serviço da casa agora sozinho, não é fácil.” (PI 3)

Coexiste com o fato de que o luto pode ser mais difícil em um contexto de envelhecimento, um paradoxo, a percepção de que o luto não é um processo fácil em nenhuma das fases da vida. Descartando a possibilidade de que a vivência de um luto possa ser facilitada de alguma forma e afirmando que o luto é proporcional à conexão e ao relacionamento que se tinha com a pessoa falecida.

“É mais difícil para mim perder mais novo, para mim foi, porque eu me dava muito com meu pai, trabalhávamos juntos, na roça, tudo a gente fazia juntos. Quando ele queria alguma coisa ele falava comigo, nós nos entendíamos muito bem.” (P22)

“Acho que isso, dor por perdas, é um tempo só, a dor é a mesma, novo, velho. Perdi minha filha recém-nascida, aquilo também foi uma dor muito grande, A dor é muito grande, seja velho ou novo, tanto faz” (PI 23)

“Eu acho que mais novo, mais velho, é tudo difícil, mas quanto mais tempo a gente vive com a pessoa, mais difícil.” (PI 24)

Ser um idoso enlutado é um processo que se relaciona ainda com o isolamento, que é um fenômeno já bastante relacionado ao envelhecimento, Aqui os idosos estão contando como esse isolamento pode agravar o processo de luto. Os idosos sentem-se vulneráveis, sozinhos e têm dificuldade de enxergar ou procurar apoio nesse momento. Descrevem ainda que um rompimento com a sociedade, com as construções sociais, pode afetar as elaborações do luto.

“Quando eu era novo, perdi sete irmãos, nós éramos em 21. Mas agora, sendo idoso, é mais difícil, porque a gente agora está sempre sozinho, eu olho para um lado, não tem nada, olho para o outro, nada, já começo a ficar triste.” (PI 15)

“Perder alguém na velhice é muito pior, muito pior, tem muita dificuldade. Falei ontem para o meu filho, filho, a mãe está numa fase que precisava de um filho aposentado. Porque olha a minha visão da vida? A gente quando cria filho, vive só para a família, que foi o caso de nós dois, a gente não faz muitas amizades. Eu tenho amigas que largaram os filhos e que vivem em um grupo de amigos, sabe? Hoje a gente está velho e precisa de alguém, apesar de eu dirigir ainda, mas para passear, para viajar, e meus filhos estão na produção ainda, trabalhando.” (PI 17)

Durante as entrevistas de validação os idosos voltaram a relatar o quanto receber visitas ou ter a presença de outros durante a vivência do luto é importante e os faz sentir menos isolados:

“Eu acho que a visita ajuda no luto, principalmente se for uma pessoa que fica bem sozinha em casa.” (PI 9)

“Alguém com paciência para ouvir é bom, até se a pessoa não falar nada, mas só de ficar sentado junto, já vem aquilo de estou aqui, sabe, não precisa falar nada, estar ali juntinho já ajuda.” (PI 5)

“O primeiro ano é muito difícil, então receber visita seria muito bom, nesse período. Cada um tem sua opinião, mas eu acho assim.” (PI 9)

Um dos fatores que parece estar relacionado ao isolamento entre as pessoas idosas enlutadas é a aposentadoria.

“Agora fico o dia inteiro sozinho, porque sou aposentado, dentro de casa” (PI 2)

“Olha, quando eu era mais nova, eu trabalhava no hospital ainda, eu perdi meu pai de derrame, sofri e tudo, mas como eu estava trabalhando, distraia um pouco e tinha meu marido aqui também, para conversar de noite, a gente se distraia. Perdi meu sobrinho também, enforcado, foi dolorido, bem difícil, mas eu ia pro trabalho, lá eu conversava com um, conversava com outro e me distraía. Agora, depois que eu me aposentei eu entrei em depressão, não tinha aquela atividade de ir lá, conversar com um e conversar com outro, passava rápido, entrei em depressão, comecei com remédio e agora que eu perdi meu sogro, minha sogra e meu marido, está sendo bem pesado para mim, porque não tenho com quem conversar, sabe, antigamente a gente também ia lá fora, falava com um e outro. Até saio pra caminhar, mas chega de noite é aquele vazio, é bem pesado.” (PI 12)

Os idosos explicam que as suas condições de saúde se agravaram após a morte da pessoa próxima. Este processo pode estar relacionado com a diminuição do

autocuidado nesta fase de sentir-se sozinho na jornada e até mesmo com a sobrecarga física que um processo de luto custa aos enlutados:

“Eu sofri viu, eu quase não tinha nada, agora, depois que ela morreu e só estou no médico. Nunca tive problema de pressão alta, agora estou tendo até que tomar remédio, tomei até remédio para dormir, porque a gente era muito agarrado, sempre junto, separamos só porque ela foi pra lá, pro cemitério (chora).” (PI 15)

“Depois que fiquei viúva é que começaram todas as dores, os problemas de saúde. O serviço também dobrou, porque é tudo por minha conta agora.” (PI 23)

O fato de ser uma pessoa idosa enlutada, carrega em si certo peso decorrente de paradigmas e visões negativas sobre o envelhecimento. Tal visão, carregada de simbologia, dificulta que a pessoa idosa se disponha a fazer planos para o futuro e pense em recomeços. Vislumbrar novas possibilidades, pensar em mudanças e na possibilidade de novos relacionamentos não parece ser uma opção coerente para as pessoas idosas neste momento. Podemos relacionar esse subprocesso a um resquício de vazio ainda presente, na forma de vazio/falta de esperança e dificuldade em enxergar possibilidades de preenchimento do vazio:

“Para mim, falando de futuro, acho que a gente está velho, sabe? Casar? Para mim, é o primeiro casamento, depois não dá. Eu não quero, o que deu, deu.” (PI 4)

“Eu acho bastante difícil, bastante difícil, porque se eu tivesse ficado com saúde daí seria bem melhor, mas infelizmente tudo que eu falei para você, o que eu passei, então não foi fácil. Vou levando a vida assim, esperando que uma hora melhore.” (PI 1)

Os idosos esclarecem, que apesar deste ser um dos processos mais delicados da vivência de uma perda e seu conseqüente luto e possuir similaridades evidentes, eles conseguem compreender as nuances e diferenças com as quais as pessoas vivem e expressam seus processos. A fala a seguir representa esse reconhecimento de uma singularidade do fenômeno:

“É uma coisa também que notei, cada um sente de um jeito, não é todo mundo que é igual. A minha irmã mesmo, quando a mãe faleceu, ele teve um negócio assim, parecia que estava numa festa, recebia as pessoas, mas não conseguia ficar perto do caixão, bem diferente. Algumas coisas mudam de pessoa pra pessoa” (PI 5)

Uma vez que a dor de encontrar-se no chão é experienciada e superada, o idoso agora consegue abrir espaço em seu luto para procurar e agarrar-se aos suportes disponíveis, e é disto que trata o processo seguinte.

AGARRANDO-SE AO SUPORTE

Após ter estado no vazio, ter encontrado o fundo do poço, ter experienciado o que descreveram como a parte mais dolorida do luto, os idosos começam a procurar por suporte para que então consigam levantar-se do chão, agarrando-se (*in vivo code*) ao suporte, para voltar a caminhar. Aqui será possível entender como os idosos estão sustentando-se em um poder maior, em seus familiares e no reconhecimento social para que comecem a preencher os espaços deixados pelo vazio da perda e do luto.

ACREDITANDO EM UM PODER MAIOR

Após ter questionado suas crenças e até mesmo, em certo ponto, não ter visto mais sentido em um poder maior ou em uma justiça divina, os idosos agora aceitam isso como um recurso imprescindível para levantar-se. Acreditar em um poder maior é uma das bases de sustentação durante o luto apontadas pelos participantes e é o primeiro subprocesso focado em um recomeço após a perda, a primeira fonte de sustentação depois de ter estado no “vazio” e, mais tarde, no “fundo do poço”.

O idoso atribui ao “Deus” um poder maior, além do que as faculdades humanas podem oferecer. O reencontro com sua espiritualidade é representado pelos idosos como “Deus”, o que pode ser explicado pelo fato de que todos possuem uma religião que denominam o “Deus” como a ponte com aquilo que está além da vida terrena, com uma fonte de força inesgotável, poder supremo, aquele que dá e tira a vida e, portanto, a única possibilidade de esperança para um reencontro com seus próximos em outro plano.

“Para enfrentar isso é só Deus, tem que ir para os pés dele, porque na terra, quem? Todo mundo diz, não, isso passa. Mas só a força lá de cima que pode ajudar.” (PI 4)

“A gente está na mão de Deus, ele dá a vida e ele tira, a gente não pode fazer nada.” (PI 4)

“Porque eu vejo muitos idosos, se perdem um parceiro, ou alguém, eles ficam em depressão e nunca mais saem. Eu acho que a gente tem que se agarrar em Deus e pedir para ir adiante, não dá pra parar, Deus sabe a nossa hora, Deus sabe o nosso dia, tem que ter essa confiança.” (PI 9)

“Eu fiquei triste, meu Deus, tudo isso agora, só Deus pra me dar força, uma vida juntos. O que me ajudou mais, em primeiro lugar, foi Deus, se ele não tivesse me ajudado eu nem estava aqui.” (PI 12)

Os idosos relembram o momento da perda e atribuem certa atenuação do sofrimento à crença de que Deus se fez presente neste momento. O peso de encontrar-se sozinho e não ter o controle sobre a vida do outro parece ser amenizado pela crença de que um poder maior assumiria o controle do momento delicado.

“O que aprendi, é que estava na hora dele ir. Foi assim um momento bonito, porque ele estava tão tranquilo, ele deu umas respiradas bonitas, ele levantou os braços, sorriu, como se visse alguma coisa e apagou. Naquela hora pensei, a morte não é uma coisa tão ruim assim, foi o que me deu no momento, lógico que depois sofri.” (PI 5)

“No dia foi triste, mas eu estava tão preparada, eu pedia para Deus que me desse forças e mostrasse um caminho que eu pudesse ajudar a ela. Então eu pedia para Deus me fortalecer, eu e todos que estavam sofrendo, comecei a ler a bíblia, vinha gente da igreja, dar um conselho, falando que todos nós vamos passar isso um dia, quando chegar a hora.” (PI 11)

“Na hora eu comecei a rezar com ela, rezar, ela foi parando de me chamar. Às vezes eu estou um bagaço, tem dias que não quero levantar da cama, mas eu tenho um Deus que me move.” (PI 17)

Uma das características de se acreditar em um poder maior, para os idosos, é o fato de presumir a existência de uma outra vida após a morte. A imortalidade aparece como uma esperança, que é reforçada por suas crenças religiosas e que permite certo alívio ao pensar na pessoa próxima que se foi. A vida após a morte mantém a crença de que a pessoa está em um lugar melhor, como também desperta a possibilidade de um reencontro, dessa forma, a morte não seria um adeus definitivo.

“Acredito em Deus, sabe, penso, talvez um dia... acho que ele está se tratando lá em algum lugar, não sei onde, e penso que o dia que ele se sentir bem, talvez ele venha me visitar, talvez eu consiga ver ele melhor, talvez um dia a gente se encontre.” (PI 20)

“Eu sei que meu pai tinha uma vida de fé, e eu sei que ninguém fica aqui pra sempre, e que com certeza ele está bem melhor com o Senhor do que com a gente.” (PI 5)

Os idosos desta pesquisa atrelam sua espiritualidade a determinadas religiões e essas práticas religiosas os aproxima de uma rede de apoio, sobretudo dentro das igrejas, que também são citadas como formas de sustentação na retomada de vida após o luto. A igreja foi apontada como local seguro para expressar sentimentos e emoções, entretanto, nem sempre o apoio veio da igreja/religião que costumava frequentar, ainda assim esses templos de práticas espirituais são citados como um importante símbolo de acolhimento dos que sofrem pela morte de um próximo.

“A gente participa muito da igreja, lá que surge a força da gente. O pessoal da igreja aconselha muito a gente.” (PI 2)

“Acho que foi mais a igreja mesmo que ajudou, a gente participava muito da missão na igreja, e eles oravam pela gente, a missão evangélica, que é um trabalho dentro da igreja luterana.” (PI 5)

“Quando vou à igreja eu choro na igreja, por causa do que a gente está passando. Sou católica, mas já fui aos crentes também. No dia da morte dele, minha casa tinha bastante gente de outras religiões. Tenho um genro que é pastor. Os da assembleia fizeram bem mais do que os padres. Eu que vivi uma vida toda ali na minha igreja... Tudo bem que era um dia ruim pra eles, quinta feira santa, mas os pastores vieram, ficaram direto aqui comigo, foram no cemitério, lá foi ecumênico.” (PI 13)

“E assim, olha, gente que nem era católico, testemunhas de Jeová e muitas outras religiões, telefonavam para cá, mostravam a leitura da bíblia, que dizia ali, todos nós, não nascemos pra ficar aqui, vai chegar o dia, cada um tem o dia que Deus reservou pra nós.” (PI 11)

A rede de apoio e a possibilidade de ter pessoas com as quais se pode contar, reforça o senso de comunidade que os idosos experimentam nas igrejas, o luto, para as pessoas idosas, demanda convivência e acolhimento social, que pode ser encontrada, em muitos casos, na pessoa do líder religioso ou de outros fiéis dispostos a oferecer apoio, ouvir e reconhecer o luto.

“Não foi fácil, eu tinha meu serviço, mais ocupada que agora. Eu busquei o grupo da igreja luterana. Eu ia nos cultos e nas reuniões, com a orientadora, foi muito bom para mim” (PI 8).

“O pastor é um pastor muito bom, ele veio algumas vezes aqui em casa, ele nos deu muitos conselhos, ele era uma pessoa muito ativa. Graças a Deus tive muita libertação na igreja, eles me deram muitos

conselhos, muito apoio, o apoio que eu não tive dentro da minha casa. Agora com a pandemia eu não fui mais, mas eles me deram uma força muito grande, de conversar sabe, não vou negar.” (PI 22)

Durante as entrevistas de validação a presença física dos líderes religiosos voltou a ser citada como um fator importante na busca por suporte:

“É bom se vem alguém, no luto né, aqui geralmente é o pastor que visitou a gente, os missionários também vieram, isso é muito importante. Ouvir. Isso é verdade, sabe.” (PI 6)

“E vou te falar a verdade, quem veio nos visitar foi o pastor, ele veio, conversou, ele deu conforto para nós, ele consolou nossa dor, trouxe uma mensagem, você fica outra pessoa depois que ele veio, ele toca teu coração. Mas claro, você não pode chamar ele toda hora, porque eles têm os outros compromissos. E quando ele estava doente ele vinha também, trazer mensagem para ele, ajudava demais isso.” (PI 7)

As religiões, possuem um conjunto de práticas, que podem influenciar positivamente na sustentação do luto, dentre estas, o ato meditativo da oração foi referido como uma forma de falar sobre sentimentos, vivências e emoções e acreditar que está sendo ouvido sem julgamentos.

“Mas olha, não tem outra coisa como Deus, eu acho que Deus foi a frente de tudo, porque sem Deus no coração, jamais nós vamos vencer alguma coisa, porque ele sempre dá o frio conforme o cobertor, ele nunca dá além do que você possa suportar, eu me apeguei muito com ele. O que eu tenho que falar é agradecer, a Deus, tudo o que a gente passou, eu levanto de manhã, eu saio ali na rua, me benzo, agradeço a Deus pela noite que foi dormir e agradeço também pelo dia, se for vir coisa boa ou ruim, não importa, agradeço pelo dom da vida.” (PI 13)

“Tem uma coisa, eu, graças a Deus, eu falo muito com meu Deus, eu vou me deitar, me ajoelho e peço perdão. Faço minha oração e isso me acalma, sem ele nós não somos nada né, porque defeito todo mundo tem.” (PI 15)

“Eu acho que o que me fez aguentar é porque eu tenho muita fé em Deus, eu pedia para ele me dar força, toda vez, eu acordava e pedia, por favor, me dê forças pra viver, pra cuidar dos outros filhos, eu pedia muito, e foi indo, foi indo que me tornei mais alegre. Falar a verdade, eu rezava muito para Deus, e eu vou te dizer, Deus está comigo e me cuida. Hoje quando meus filhos saem eu já digo, que o anjo da guarda guie eles e não se afaste, cuide deles. Tem muita gente que não acredita em Deus, mas Deus existe pra quem ama a Deus.” (PI 21)

Estes dados voltaram a ser claramente sustentados durante a validação com as pessoas idosas, conforme a fala seguinte:

“O que eu acho, para mim, cada dia fui me agarrando mais em Deus, assim a gente passa mais fácil, sem isso, não tem, sem isso a gente não teria alegria, lia a bíblia, para mim, que sou de idade, isso é o meu caminho agora, porque se agarrar em alguém aqui na terra, não tem como. E existem os milagres, as vezes a gente ora e se sente melhor.”
(PI 9)

Uma das reflexões presentes nos discursos dos idosos é de que a morte veio em um momento certo, designado, para que outro mal ainda maior, mais doloroso, fosse evitado. Trata-se de um dos mecanismos de superação atribuídos ao poder maior, acreditando que o deus, como possuir de uma sabedoria maior, teria adiantado a morte por piedade do que viria a acontecer, conforme representado na fala seguinte:

“Se eu não tivesse fé acho que não teria aguentado. Ter perdido meus filhos significa, olha, nem sei o que dizer, muito difícil, só que eu acho que decerto era o tempo deles, não sei, eu acho que quando a gente nasce já traz isso marcado. Às vezes eu falo com a minha filha, não devemos reclamar, talvez mais tarde tivesse acontecido coisa pior, a gente não sabe, não sabemos o propósito de Deus. Se Deus achou que era melhor levar ela do que deixar era porque Deus sabia do sofrimento dela, o que ela passava com o marido.” (PI 24)

Entende-se que a crença em um poder maior é um dos processos vivenciados por pessoas idosas que contribui para o enfrentamento do luto, no entanto, nesta pesquisa a fé e a espiritualidade estão atreladas a uma religião e os símbolos religiosos relacionados a morte que essas comunidades compartilham são importantes para as pessoas idosas. Elas demonstram que o cumprimento de ritos simbólicos traz a sensação de completude, para que os seus próximos cumpram as etapas necessárias para merecer o descanso eterno. Nas falas seguintes os idosos estão acreditando que seguir determinados protocolos traz conforto, não por serem fáceis de serem vivenciados, mas porque cumpri-los possibilita dar um lugar melhor aos que se foram, ainda que os idosos questionem, em certos momentos, a necessidade desses ritos, eles referem a importância de cumpri-los até o fim:

“Ela teve um velório aqui em Joinville, ela faleceu à noite, depois eu a levei para a ser sepultada lá onde estão todos os meus parentes, lá também a gente levou na igreja, foi feito a despedida, a oração. A

igreja encheu de gente porque eu tinha muitos conhecidos lá, a gente nasceu lá, então foi feito um sepultamento decente para ela e você sabe que muita gente que saiu de lá não teve essa oportunidade.” (PI 1)

“Quando eu lembro, eu fico triste, de saudades, não é fácil, fico muito triste. Eu vou toda semana no cemitério, vou até a pé. Minha filha fez até um cartão para eu andar de ônibus, eu disse, não, eu gosto de ir a pé, vou indo, chego lá e converso sozinho com o túmulo.” (PI 15)

“Ontem ainda fui ao cemitério que minha filha foi enterrada, tive que ir, meu Deus, que triste ver ela lá.” (PI 19)

“Ele foi velado, lá no cemitério. Foi difícil esse ritual, sabe, muitos dizem, que é bom porque fica mais um tempo, mas eu sabia que era a última vez, essa parte é boa, sabe, aí passei a noite lá, sentada, tive que vir antes porque o banheiro lá não tinha como eu entrar com cadeira de rodas.” (PI 20)

Durante as entrevistas de validação dos dados reforçou-se a necessidade dos ritos funerários no enfrentamento do luto, como representado na fala a seguir:

“A parte do funeral, é muito importante sim, o marido da nossa amiga aqui, morreu na pandemia, nós nem fomos, é mais difícil, a gente não podia ir lá, dar um abraço nela, sempre mais difícil. Isso foi chato, sabe. Porque a gente lembra de quando perdeu nossos entes queridos também, imagina se não tivesse vindo ninguém, ia ser muito difícil.” (PI 6)

Durante a pandemia de Covid-19, alguns dos ritos funerários e religiosos não puderam ser cumpridos, alguns dos idosos que perderam pessoas próximas nesse período referiram sentimento de culpa por não poder desempenhar tais práticas, o que parece reforçar a importância desses símbolos e rituais, conforme as seguintes falas:

“Ela morreu num domingo e o enterro foi na segunda feira 11 horas da manhã, 10h30 já levaram o corpo direto, nós nem vimos, tudo fechado, lacrado.” (PI 15)

“O corpo não estava aqui, mas as pessoas estavam, até 1h da manhã tinha gente aqui em casa e ele lá, sozinho no necrotério. No outro dia minha filha foi lá e organizou um cortejo de carros. Aí queriam que a gente levasse o resultado negativo de Covid pro advogado, mas eu falei, de que adianta, não vamos levar, vai fazer o que? Vai desenterrar ele agora?” (PI 13)

Após esse reencontro com sua espiritualidade, com sua fé e com sua religiosidade, as pessoas idosas voltam a enxergar possibilidade de suporte para o luto em sua rede familiar, o subprocesso seguinte detalha essa parte do fenômeno.

RECEBENDO APOIO FAMILIAR

As pessoas idosas receberam apoio de seus familiares e consideram que esse é um dos recursos essenciais para seguir no caminho da superação de suas perdas. Esse processo relaciona-se com o processo “caindo no vazio”, uma vez que a presença física dos familiares parece preencher parte do vazio deixado pela pessoa próxima. É o início de uma fase de busca por preenchimento, através dos recursos humanos que a constituição familiar oferece.

“A sorte é que os filhos toda a vida foram muito unidos, então eles nunca deixam a desejar, toda a vida me acompanharam, toda hora que eu precisei estavam juntos. A família, eu coloco em primeiro lugar, porque em momento nenhum eles me abandonaram, então toda vida aquela preocupação, quando eu me queixava que eu não estava bem eles estavam aqui junto comigo. Até hoje eu tenho alguma coisa.” (PI 1)

“Tem outra filha que vem almoçar comigo, porque se eu morasse sozinha eu nem ia fazer comida. Se fosse sozinha era capaz de passar o café com farinha, porque não tinha vontade de fazer comida. Para eu não ficar sozinha, porque minha filha sabe que eu não ia fazer comida só pra mim, aí ela vem e eu almoço com ela. Minhas duas filhas são apoio.” (PI 12)

Como já discutido anteriormente, a pessoa que se foi deixa também um vazio em relação ao papel social e as tarefas que desempenhava, sejam estas tarefas domésticas ou compromissos financeiros e os familiares ajudam também neste sentido, como representado nas falas seguintes:

“A visita do meu filho e do meu neto que sempre vem aqui em casa, isso também ajuda. Eu nem sei botar a roupa na máquina, meu filho que faz para mim, tem tudo isso. Eles sempre vêm almoçar aqui em casa, minha nora vem, lava a louça, vem os netos, que é igual filho pra gente.” (PI 2)

“Olha, eu tenho os filhos, a netinha, isso que me deu forças, aquela netinha me deu forças, eu cuidava dela toda tarde, a tarde inteira, porque a nora trabalha, era uma ocupação, aí à tardinha eu vinha pra casa, aí eu fiz uma rotina, muito tempo assim, todo dia a mesma coisa,

ajudou. E outra, levou uns 4 meses até eu conseguir começar a receber a pensão, até lá os filhos me ajudaram, pagaram as contas, cada um fazia uma ajudinha, até eu receber, para eu me manter, e velório, essas coisas, dá um gasto” (PI 16)

A convivência familiar parece resgatar um sentido para o restabelecimento da rotina das pessoas idosas. Imerso em uma convivência familiar o idoso sente-se novamente motivado para realizar atividades e ter momentos de distração da dor da perda e do luto que ainda vivencia:

“Eu fiquei bastante assim, abalada, mas a minha sorte, graças a Deus, que eu fiquei com uma neta que veio morar comigo, ela com o marido, são gente muito boa e tem o netinho, aquele menino que é a minha terapia, ele me chama para brincar, com os brinquedos, de bola, e isso está sendo até minha fisioterapia, porque eu estava com essa mão aqui que eu não podia nem mexer, aí agora mesmo eu falei que não sinto mais nada. Então ele começou a brincar comigo, ele vai lá no quarto e me busca, quando às vezes estou meio assim, parece que ele adivinha, então o tempo vai passando.” (PI 3)

“Em primeiro lugar foi Deus que me ajudou, em segundo lugar foi a minha netinha, que é tudo na minha vida e as minhas duas filhas, que estão sempre aqui me dando força, ligando para mim, eu fico lá quando não estou bem. Olha, o que ajuda, minha filha liga todo dia, manda foto do neném pra mim, então aquilo ali me ajuda muito.” (PI 13)

O reconhecimento da importância dos familiares como suporte após uma perda também aparece nas falas. Nos familiares os idosos enxergam a possibilidade de continuar tendo por quem esperar, por quem voltar a desempenhar certas atividades, por quem retomar o controle da situação. Este é um subprocesso que está presente e é um dos apoios que dá sustentação ao idoso

“Quando chegam os guris, depois das duas horas, já começo a me animar, eles começam a falar, fazer uma coisa, fazer outra, juntos. Esse meu filho que mora aqui atrás, ele traz a namorada toda sexta feira, ela é muito legal, sempre que ele sai trabalhar ela fica aqui, conversa muito comigo, gente boa.” (PI 15)

“Hoje meus netos que me dão forças, que me distraem, um agrada daqui, outro agrada dali, tem o meu netinho na escola, isso anima a gente, tem alguém pra conversar e pra distrair, melhor que a gente ficar bem sozinho, pensando, dá forças pra gente.” (PI 21)

“E olha, essa minha nora aqui, ela tá vinte e quatro horas comigo, isso é importante. Ela vem de manhã, ela vem dormir aqui comigo, porque ele tem medo de acontecer alguma coisa comigo. São muito

cuidadosos comigo, graças a Deus. Sempre estão por aqui junto comigo. E eu tenho toda certeza que eles reconhecem tudo o que fiz por eles, eu sei disso.” (PI 23)

Durante a validação dos dados novos discursos representativos sobre a importância do suporte familiar emergiram:

“Eu já acho que quando tem pessoas da família por perto é melhor, porque parece que divide o sofrimento.” (PI 5)

“E a coisa dos outros da família escutarem a gente ajuda demais.” (PI 17)

A presença dos membros da família no dia a dia dos idosos ameniza a sensação de vazio e dá motivos para que eles consigam manter certa motivação e sentido numa rotina provisória após a perda da pessoa próxima. Para esses idosos, neste terceiro processo do luto, ter companhia familiar, sentir que não estão sozinhos é um símbolo compartilhado. Após sentirem que a família reconhece o seu luto e os apoia, os idosos começam a sentir a necessidade de um reconhecimento ampliado, que venha agora da sociedade. Isso será discutido a seguir.

PRECISANDO DE RECONHECIMENTO

O caminho que a pessoa idosa percorre durante o luto de um próximo não é linear, mesmo já dispondo de mais forças e imersos em um processo de buscar apoio e sustentação. O reconhecimento é um dos fatores que afetam esse processo. O idoso em situação de luto parece receber apoio e reconhecimento social de seu luto durante os rituais fúnebres e religiosos, mas nota-se a necessidade de que seus contemporâneos reconheçam esse luto por mais tempo. Os idosos explicam o desejo de que a sociedade compreenda que o seu luto é um processo complexo e, muitas vezes, longo, indo além daquele recorte de tempo em que duram os ritos fúnebres.

O reconhecimento social do luto também passa pela necessidade de reconhecer o que a pessoa idosa fez pelo seu próximo em vida, é uma forma de manter o seu papel social por mais tempo e traz o sentimento de dever cumprido, alivia culpas e preocupações. A voz da sociedade, reconhecendo os esforços dos idosos, parece falar por aqueles que se foram e não podem mais reconhecer os feitos

de quem ficou configurando-se como mais uma forma de preenchimento do vazio discutido anteriormente.

“Menina, no começo a gente só chora, e às vezes vêm pessoas bacanas, mas às vezes vêm pessoas e falam umas coisas que não são legais. Tem pessoas boas, que falam: “olha como vocês eram boas com a tua mãe” e isso é muito bom. “Sabe o que eu fico indignada? Tem ser humano que fala: “foi, foi, era a hora, morreu, morreu”. Claro, você tem que saber que morreu, mas nunca mais vai ver, sabe, mesmo sendo um senhor de idade, velhinho, você não tem mais aquela pessoa, acabou a vida, não tem mais, é muito triste e o ser humano que pensa diferente é frio, calculista... “morreu, morreu, se vocês estão chorando, ela não está descansando”, esse tipo de coisa. Tem gente que é fria, um coração de pedra, por que será? Eu fico pensando... E eu tenho muito orgulho do meu pai, minha mãe e minhas irmãs, muito orgulho, todo mundo que nos conhece, não tem nada de ruim para falar de nós.” (PI 10)

“Até minha vizinha me mandou um áudio, que eu me emociono, ela disse: - olha vizinha, meu Deus, eu estou chorando, por tudo, mas principalmente por ver como você cuidava da tua mãe, porque foram nove anos, eu não tomei um banho na praia, a gente tinha casa na praia, mas eu não ia até a praia, para não deixar minha mãe sozinha. Tudo na minha cabeça nesses nove anos, era mãe, mãe, mãe e mãe.” (PI 17)

“Teve velório, tudo certinho, enterro, a gente não estava na pandemia ainda, veio bastante gente, os amigos deles, ele era bem conhecido, como teve um velório bonito e um enterro bonito, com bastante gente, isso ajuda muito, faz diferença, ser reconhecido, ter o apoio.” (PI 16)

Durante as entrevistas de validação essa necessidade de reconhecimento foi reforçada:

“E olha, eu acho que receber as pessoas é importante. Aqui o pastor veio nos visitar e trouxe uma flor para a gente, aquela pequenininha, violeta, que fica dentro de casa e eles pediram para a gente cuidar da flor, falaram que estavam orando por nós. Então toda vez que eu vou lá molhar a plantinha a gente lembra que tem o respaldo dessas pessoas, tem alguém pensando na gente.” (PI 5)

“Quando meu pai faleceu, na pandemia, eu só avisei meus irmãos, e avisei um primo só, mais ninguém. Daí sabe qual era minha preocupação? Como a gente vai levar o pai para fora da igreja, porque não vai ter ninguém, para segurar o caixão, mas quando cheguei na igreja, não sei como, tinha uma porção de gente, olha, foi de chorar, ver esse reconhecimento, mesmo que não avisei ninguém .” (PI 15)

A falta de reconhecimento parece dificultar a vivência do luto, o idoso se vê desautorizado a sofrer. Notou-se, portanto, que os idosos sentem necessidade dessa legitimação do sofrimento, uma espécie de autorização social para que se possa sofrer, chorar, sentir a dor, de uma maneira que essas expressões não sejam julgadas como exagero ou ilegítimas.

“Falavam para mim: “você tem que ser forte, pra não entrar em depressão, tem que ser forte”, eu dizia, eu sei que tenho, mas quem vai me dar forças, acho que só Deus, não adianta vocês falarem, não estou conseguindo.” (PI 11)

Os idosos também falam a respeito das demais dificuldades que precisam enfrentar, mesmo durante o luto, uma das fases mais difíceis da vida humana, uma angústia ou inconformidade com o fato de que a sociedade não enxerga o luto, os problemas não param de surgir, não sendo possível tomar um tempo de recuperação antes que novos eventos dolorosos aconteçam. Segundo as pessoas idosas, tais dificuldades são obstáculos quando estão tentando sustentar-se em algo para seguir após a perda. A falta de respeito/reconhecimento da sociedade pelo culto da memória da pessoa que se foi, também é citada:

“As vezes eu me pego pensando assim... meu deus, a mulher no cemitério, o mais novo na cadeia, olha, não é fácil. Nós estamos muito tristes, porque arrumamos todo o túmulo dela e quebraram, para roubar os alumínio, sabe. Até essa foto aqui, estava lá no cemitério, mas eles arrancaram o vidro fora, eu já queria arrumar de novo, meu filho pediu para eu ficar calmo, porque temos que colocar outro material, senão eles roubam de novo.” (PI 15)

Em certos momentos os idosos comparam o seu sofrimento decorrente do luto com o de outras pessoas, que parecem descumprir um certo comportamento social esperado em uma situação de enlutamento:

“Olha, eu vejo minha cunhada mesmo, que o marido dela também morreu e sei lá, parece que ela nem sente que o marido morreu.” (PI 15)

“É tudo acontecendo agora, alguém me falou que leva uns três meses pra aceitar, mas a gente não se acostuma, não adianta, pode ser que pra certas pessoas, talvez, mas pra mim não.” (PI 20)

Por outro lado, alguns idosos ressaltam que nem todos vivem o luto da mesma forma e querem ser reconhecidos e respeitados em seus lutos, ainda que não demonstrem de maneira explícita seus sentimentos e dificuldades:

“Pra mim, eu não queria mais saber de nada, sabe, mas as pessoas me aconselharam, você tem que lutar, tem que ir pra frente, você tem os teus filhos, mas foi muito difícil, não é bem assim. Eu acho importante que reconheçam, sabe, mas nem todos reconhecem isso, sabe. Chegaram a falar para mim que eu não senti a morte do meu marido, porque eu não falava disso, eu guardava para mim, eu disse, vocês acham que eu não sinto? O que manda é isso aqui (bate no peito), é o coração.” (PI 22)

“Eu acho que tem que respeitar a família, sabe, tem um tempo que tem que passar.” (PI 24)

Esses aspectos foram reforçados nas entrevistas de validação dos dados, a seguir alguns trechos representativos:

“A dor é a mesma, às vezes prolonga a dor. Mas veio pouca gente e hoje em dia os parentes só visitam no velório, depois que a pessoa vai não aparece mais nenhum. Uma tia não veio porque estava com Covid, tudo bem, mandou a coroa, mas depois disso liguei pra eles duas vezes, eles não apareceu ninguém, as pessoas se afastam, hoje em dia é assim, antigamente a família era uma panela só, hoje em dia cada um tem a sua panela, mudou tudo. E meu pai ajudou tanto o irmão dele sabe e hoje ele nem vem aqui, as pessoas não visitam mais um ao outro, isso acabou, é cada um para si e Deus para todos, é assim. Até tem famílias unidas ainda, mas é muito pouco nesse mundo, hoje em dia prevalece a ganância.” (PI 7)

“É no velório as pessoas vem, mas depois acaba tudo. As pessoas, na hora te abraçam e depois você fica sozinha.” (PI 9)

“As pessoas não reconhecem mesmo o luto.” (PI 9)

Ao mesmo tempo em que gostariam de obter reconhecimento social em seus processos de perda e luto, os idosos compreendem que falta de reconhecimento social, pode estar atrelada ao fato de que nem todas as pessoas do círculo social dos idosos já enfrentaram processos semelhantes. Os participantes acreditam que para ter a real dimensão do que é uma experiência como essa, as pessoas precisam vivenciar esse fenômeno:

“Agora parece que tem uma coisa, que faz a gente se conformar, agora mais velha, eu entendo mais os outros sabe, sei notícia de gente

afogada, acidente, fico com mais pena, sabe? Dá uma tristeza. Parece que a gente sente junto com os outros. Por exemplo, meu vizinho perdeu as duas filhas há pouco tempo, eu sentia por eles, disse, eu sei o que vocês estão passando, porque eu passei por isso. Eu fico com tanta pena dessas pessoas. Só quem passa que sabe, quem não passou, não entende.” (PI 21)

O momento final do terceiro processo se dá quando o idoso não está mais somente precisando de reconhecimento, mas está compreendendo que é impossível que os atores sociais que não vivenciaram um luto parecido consigam reconhecer totalmente o que eles vivenciaram, como representado no trecho acima. A partir desta compreensão a pessoa idosa entra em um novo processo, o de reinventar a si mesmo, que será discutido na sequência.

REINVENTANDO O SELF

Neste processo será possível notar que os verbos escolhidos não foram “inventar”, “construir” ou “descobrir”, como ações que acontecem pela primeira vez. As pessoas idosas que vivenciam um luto já construíram, já inventaram e já descobriram muito, tanto em ações compartilhadas com os próximos que se foram, quanto por si mesmas, e já possuem essa bagagem. No entanto, dada a dimensão avassaladora da perda e do luto, muitas coisas no seu self são destruídas, destituídas, deformadas e precisam de um recomeço, de uma reconstrução, de uma reinvenção.

Este processo inicia-se com a busca da pessoa idosa por ampliar suas possibilidades após o luto, e como já discutido, um novo caminho começa a ser traçado, mas esse não é um caminho vivido pela primeira vez. O idoso está reinventando quem é. “Re”inventando porque ele já era alguém antes, já tinha construído antes, e o luto vem e desfaz muito do que estava em pé. Dessa forma a pessoa idosa utiliza-se do prefixo “re” ao descrever as ações que pautam sua vida nesse último estágio do luto, no sentido de se aproveitar do que sobrou e reconstruir seu próprio self a partir disso.

RECONSTRUINDO OS PRÓPRIOS ESPAÇOS

A primeira reconstrução que a pessoa idosa refere está relacionada ao seu espaço físico. A pessoa idosa enxerga em um projeto de reforma ou melhorias do seu

ambiente íntimo um sentido para realizar planos e para dar continuidade a algum legado deixado pela pessoa próxima. Eles estão realizando mudanças, reconstruções, criando um espaço mais seguro, com menos lembranças dolorosas da perda, já com menos culpa por fazer mudanças sem a opinião de seu próximo falecido. Dessa forma estão agora tomando decisões com mais autonomia, não mais compartilhadas com a pessoa próxima, e ao mesmo tempo, dando continuidade a planos e desejos que tinham com eles.

“A casa estava para ser reformada, tinha cupim, ele até tinha comprado algum material para reformar e a gente não arrumava ninguém para fazer. Depois que ele se foi, eu resolvi, arrumei os pedreiros e aí eu tinha companhia durante o dia.” (PI 8)

“Olha, é bem difícil, agora faz seis meses, é bem difícil, sabe. Mas nós estamos reformando o cemitério e eu vou lá, aí eu lembro muito dela, choro, choro, mas lembro só coisas boas, como ela era, vejo a reforma, como está ficando, isso ajuda.” (PI 10)

Aqui as pessoas idosas estão também desconstruindo lembranças doloridas, para que exista espaço para reconstruir suas histórias.

“Era para ter desmanchado e reformado essa casa antes, porque enquanto tem a casa do jeito que era, tem aquela lembrança muito forte. Fiquei bastante tempo com a lembrança, mas depois que desmancharam a casa, até veio mais luz aqui para minha casa, que estava uma escuridão, então melhorou.” (PI 12)

Os idosos reformam as suas moradias/espacos também para terminar projetos que compartilhavam com os seus próximos, honrando assim os desejos destes e dando-lhes um novo lugar de memória.

“Quando ele faleceu, faltava muita coisa para fazer na nossa casa, ainda falta, mas eu fui conseguido colocar as coisas aqui dentro de casa, que era uma necessidade urgente para nós, pena que ele não conseguiu ver essa parte que o filho conseguiu fazer. Isso que me conforta, ele foi, mas o filho conseguiu botar o que ele queria dentro de casa. Ele sempre dizia, tem que arrumar isso e aquilo. Era uma coisa que ele queria, arrumar direitinho, reformar. Sempre falava que ele não queria nos deixar sem um teto, tanto que viemos para nossa casa e ele ficou só sete meses aqui dentro. Mas fomos conseguindo fazer em casa as coisas que ele tinha vontade, isso me conforta mais. Era a vontade dele.” (PI 20)

“Muita coisa mudou, sabe, depois que ele morreu, eu dividi o terreno, reformei, fiz minha cozinha lá fora pra mim.” (PI 22)

O subprocesso segue com a reconstrução que parece agora estar direcionada para si e não mais para o ambiente externo. O ato de se refazer parece ser parte de reconstruir e é apontado como essencial nesta etapa. Refazer, denota o significado de tornar a fazer, restituir, consertar, reparar, aquilo que sofreu degradação. Agora os idosos já percebem as marcas deixadas pelo luto, sentiram quais foram as perdas e dificuldades deixadas, já reformaram seu ambiente físico para sentirem-se mais seguros e confortáveis e então buscam reagir, refazer seus caminhos sem o outro.

“Depois dessas coisas, você tem que se refazer, ajudar quem está do lado, quem está passando por isso, e se ajudar, se reconstruir, tem que ter objetivo na vida também, que a nossa vida vai continuar.” (PI 11)

“Eu falo, deixa a mãe viver a vida da mãe, se não querem cuidar da mãe bota no asilo, não tem problema, eu vou viver, refazendo as coisas, até quando Deus quiser.” (PI 3)

O reconstruir também pode ainda estar relacionado a busca por reconstruir relacionamentos.

“Então a gente precisa de outros relacionamentos para reconstruir, fazer novas amizades. Precisa porque a vida continua . ” (PI 16)

O processo de reaprendizagem com uma perda é prerrogativa para a superação do luto, neste fenômeno, especificamente, os idosos relatam a ação de reaprender. Uma realidade anterior já era deveras aprendida, então parte do processo agora é reaprender, ou seja, se despir de parte do que tinham aprendido em uma vida convivendo com aquela pessoa, para agora reaprender, recuperar aprendizados, ou aprender novamente.

“Eu tinha uma preocupação intensa com a mãe, sabe, então eu estou reaprendendo e estou me sentindo até preocupada de estar tão sem preocupação, estou tão zen, tão zen. Meu filho até perguntou como eu estava ontem, eu disse: filho, a mãe até se assusta, porque, agora, não tem uma folha fora do lugar, a mãe nunca teve uma paz tão grande aqui dentro.” (PI 17)

“E outra coisa, nós temos que reaprender a viver sozinhos, porque nossa casa era muito cheia de gente, apesar de sermos quatro, era um entra e sai.” (PI 20)

“Mas assim, acho que nós temos que reaprender a viver, só, tem que reaprender, é muito tempo juntos. Nós fomos 46 anos casados, ficamos 4 anos sozinhos no começo da vida, trabalhando, mas vivemos um para o outro.” (PI 18)

Durante a validação dos dados os idosos esclarecem que a reconstrução dos próprios espaços está relacionada com a aceitação de uma nova vida, que precisa ser reconstruída, agora com outro atores e consigo mesmo:

“Depois que a pessoa morre, tem que arrumar outro jeito, outra vida, uma nova vida, reconstruir tudo, porque a pessoa que estava contigo não volta mais. Esse suporte que a gente tinha dele, não tem mais. Ano passado foi pesado, fez um ano agora há pouco, mas o tempo a dor alivia, fica um pouco mais leve, a gente não quer aceitar, mas é obrigado, porque é uma coisa que cada um vai passar.” (PI 17)

Após a reconstrução de um lugar para si, os idosos começam a pensar em formas de dar lugar à memória de quem se foi demonstrando afeto e respeito, mas agora não mais colocando o próximo num espaço de protagonismo, como o que ocupava antes e sobre isso trata-se o seguinte subprocesso.

HONRANDO ÀS MEMÓRIAS DO OUTRO

Parte importante do processo de se reinventar de um luto é dar um novo lugar aos que se foram, honrando suas memórias. Os sentimentos de culpa, possíveis arrependimentos e dor parecem ser minimizados quando o idoso finalmente dá um lugar a pessoa que se foi. As formas que esse lugar tomou nessa pesquisa foram através da imagem e da narrativa e da dedicação de uma parcela de tempo de suas rotinas dedicadas à memória da pessoa próxima.

A imagem, materializada através das fotos e objetos, parece ser um símbolo social muito importante que é compartilhado entre os idosos enlutados.

“Eu rezo para ela de noite, deixo uma foto perto de mim, lá no quarto, aí olho para a foto dela e faço a oração, e ela está sempre sorrindo para mim, eu falo para ela na foto, como tu é linda! Até tenho uma foto dela para você ver (aponta), e eu sempre digo pra ela, tu sempre estás alegre, sempre estás sorrindo.” (PI 1)

“Vou te mostrar as fotos (vai buscar), olha essa, foi tirada com o celular, olha o cachorrinho, ela tinha um apego. Eu olho para essas fotos, vejo ela, sempre rindo. Aqui, olhe, o cabelo estava menor, foi o começo da quimioterapia, ela já estava, assim olha, quando ela faleceu ela já não tinha mais cabelo, isso aí dói muito. Mas ver a foto assim, preenche.” (PI 11)

“E olha, nada nessa vida é por acaso, nos últimos tempos foi batido muita foto dele, ainda bem.” (PI 13)

“Me dá licença um pouquinho só, vou no quarto buscar fotos, você tem que ver.” (PI 15)

“Meu filho tem todas as fotos dela, quando eu vou limpar o quarto às vezes ela está ali, parece que ela está olhando pra mim.” (PI 15)

As fotos são uma prova física das histórias contadas e de que a vida do outro teve sentido, valeu a pena e é nesta fase avançada do processo de luto que os idosos conseguem perceber isso, conforme representado nas falas a seguir:

“Deixa eu te mostrar até uma foto para eu te confirmar o que eu falo, olha, aqui são os 99 anos dela, eu fazia flores, fazia decoração. Olha aqui a foto dela, o balão que eu enfeitei a garagem, o bolo. Até no jornal ela saiu. Fizemos os kits de salgadinhos, enfeitamos tudo com balão. Olha ela no jornal falando dos 101 anos. Olha só a foto dela na praia, uma coisa que tenho orgulho é ter sido filha de uma mulher que viveu 100 anos.” (PI 17)

“Eu tenho fotos dele no meu celular, ele sempre estava sorrindo, ele tinha uma cara fechada, as vezes, mas dependendo do dia, eu vou lá e olho, ele sorrindo pra mim, parece que aquela noite eu durmo bem, e tem outros dias que eu tenho sonhado com ele, com ele falando alguma coisa, escutando a voz dele.” (PI 20)

“As roupas, essas coisas eu doeii, eu não ia ficar com tudo isso, por quê? Mas as fotos eu guardei tudo, quando bate saudades eu pego e olho.” (PI 22)

O vazio, tão presente no processo anterior, agora começa a ser preenchido novamente, de uma maneira reconstruída, a imagem dá esse lugar a abre a oportunidade de deixar a pessoa que se foi presente também para os membros mais jovens da família.

“Olha, na época eles tiraram as fotos do meu marido da parede e estava vazio até semana passada, minha filha disse, mãe, vamos colocar de novo essas fotos na parede, onde elas estavam, eu falei, vamos, já poderíamos ter colocado. O pai, voltar, não volta mais, mas nós temos que ter ele vivo no coração. E a gente sempre via ele ali,

colocamos as fotos de novo. Agora mostramos as fotos pra minha bisnetinha.” (PI 23)

“As coisas dela eu doeí, arrumei tudo e doeí, sabe. Eu tenho as fotos dela, vou te mostrar, olha. Eu lembro de tudo o que ela fazia por aí, me ajuda muito. Eu acho bom ter as fotos. Todo mundo pediu fotos, deixei levar algumas.” (PI 24)

A narrativa sobre a vida do outro também teve significado para as pessoas idosas. Falar sobre seu luto, narrar os processos têm importância e pode ajudar na reinvenção de si e de sua vida após o luto. O fato de contar sua história para o outro, torna o idoso o autor dessa história e o faz sentir protagonista do processo, o faz admirar a própria história e reconhecer a si mesmo por tudo o que fez e compartilhou com seu próximo que não está mais aqui. A narrativa também aparece como uma forma de preencher o vazio discutido no processo anterior. Essa ação dos idosos remete a necessidade de abrir espaços para que o luto possa ser narrado, falado, discutido e compartilhado. O luto, portanto, é um acontecimento social, que não deve ser vivido de forma isolada.

“É mais ou menos isso aí então, se te ajudou na pesquisa pra mim também ajuda, porque pelo menos eu estou passando tempo, falando da minha trajetória de vida, pra mim é bom também, só da gente falar já fica melhor.” (PI 1)

“Olha, alivia quando a gente pode falar e desabafar.” (PI 8)

“Falar e conversar ajuda a melhorar também para os idosos. Acho que pra quem é velho, ficar sozinho assim, sem muita conversa, não é uma boa opção para mim. Falar ajuda, sabe, tu estás ali, só naqueles quartos, sempre sozinho, se a gente fica só lá, para o idoso, é muito difícil. Uma visita, uma conversa, é muito bem-vinda.” (PI 9)

“E olha, meus parabéns para você que está estudando isso, se preocupando com isso, porque a maioria das pessoas não quer saber das nossas perdas.” (PI 11)

“Quando você me perguntou uma entrevista, eu disse ai meu deus, será? Mas não foi difícil não, assim ao menos a gente se abre, tira aquela coisa daqui do peito, alivia sabe.” (PI 14)

“Nossa, como é bom a gente conversar, desabafar, é bom, a gente fica lembrando, boas lembranças, muito boas.” (PI 15)

“Quando a gente fala a gente fica mais leve, nem que a outra pessoa não possa fazer nada. Até queria que você falasse com meu irmão, que não está bem, ele não assumiu minha mãe na velhice, até por ser

homem, se calou, pra não ter problema com a mulher, mas hoje ele chora muito.” (PI 17)

“Olha, é bom falar disso, alivia sabe, é bom.” (PI 19)

“Eu vou dizer a verdade, vou levando minha vida, tem dias que me sinto bem, tem dias que me sinto triste, quando estou triste eu peço ao futuro, vou me distrair, faço alguma coisa, penso que o que passei está lá atrás, mesmo que eu viva com a lembrança. É pesado falar, mas pelo menos a gente desabafa o que a gente sentiu, sabe? É bom que você se interesse pelo que a gente já passou, viu!” (PI 21)

“E olha, foi uma passagem da minha vida, mas aquela dor fica e é um alívio quando a gente fala com outra pessoa sobre isso, porque desabafar, alivia o coração, muito bom.” (PI 23)

Durante a validação dos dados, os idosos reforçam que quando existe o sentimento de ter feito sua parte, e inicia-se uma aceitação da morte do próximo mais perceptível, entendendo que nada, além do que foi feito por eles, poderia evitar ou postergar a morte. É o fim da culpa, da consternação e da revolta contra o fator morte, para que a redescoberta de si, no caminho da perda e do luto.

“Só que a vida continua para a frente, ele fez a parte dele, a gente fez a nossa parte, cuidou certinho, fez tudo o que podia fazer, mais do que aquilo não deu para fazer. A gente não queria perder ele, queria ele mais tempo com a gente, mas se Deus quis assim, fazer o quê? Não tem o que fazer, cada um tem sua hora quando nasce e tem sua hora quando vai embora. Tem gente que chega aos 90, outros só aos 5, cada um tem seu ciclo de vida.” (PI 7)

Os dados contrariam os tabus que circundam o luto, de que falar sobre a morte e morrer ou relembrar os que se foram através da imagem, são assuntos pesados, delicados, que exigem momentos específicos e muita preparação e que, portanto, devem ser evitados ao máximo. O código *in vivo* “alívio” foi bastante utilizado pelos idosos ao falar sobre como se sentiram contando a história de seu enlutamento. Sentindo-se dessa maneira, os idosos agora entram na reta final do último processo (não linear) da vivência de um luto, e da reinvenção do *self*, com as reconstruções feitas, eles partem para a redescoberta de quem são, apesar de suas perdas. Isso está descrito a seguir:

REDESCOBRINDO O SELF

As pessoas idosas agora encontram-se, finalmente, em um subprocesso de redescobrir seu próprio self, esse, como os demais não é um processo linear, mas tem uma particularidade, pode durar muitos e muitos anos e não se pode afirmar que os idosos realmente consideram esse como um processo finalizado em algum momento. As pessoas idosas agora estão se reinventando, considerando sua própria história, mas não mais relacionando o processo de luto ou a pessoa próxima como definidor do seu presente, como observado em processos anteriores. Esse subprocesso parece iniciar quando os enlutados se redescobrem merecedores de um novo caminho. Para que essa possibilidade seja vislumbrada o idoso precisa sentir-se livre e sem culpa para seguir, sentir que não se encontra em dívida com a pessoa próxima e isso se inicia quando eles mesmos estão reconhecendo que cumpriram com êxito a sua missão com o outro.

“O que me fortalece bastante é que eu não tenho rancor da minha mãe. Eu olho para trás e penso que tenho que aceitar.” (PI 10)

“Essa é uma coisa que depois tu estás tranquilo, sabe? A gente fez tudo com amor. Se você vive brigando, depois a consciência pesa, nós estávamos tranquilos, nós fizemos nossa parte, a consciência estava tranquila de que tudo que podíamos fazer por eles, foi feito, isso é o que mais ajuda. O jeito que a gente vive com a pessoa é o jeito que vai passar o luto depois.” (PI 6)

“Penso nele e vem lembrança dos momentos bons, dos filhos pequenos, ele trabalhando, momentos bons, é o que vem agora.” (PI 16)

“Outra coisa linda que fiz para minha mãe, foi fazer festas para minha mãe. Olha, minha mãe deve estar no céu assim, feliz, eu só queria que todos os velhos tivessem tudo o que minha mãe teve.” (PI 17)

“E daí assim, é triste de todos os sentidos, mas o que mais me conforta é que cumpri minha missão, tenho certeza, o que fizemos por ela ajuda porque você está com a consciência tranquila.” (PI 18)

“E uma coisa que nós aprendemos nisso tudo foi que a convivência que nós tivemos com essas pessoas que nós perdemos foi de amor.” (PI 8)

O que está acontecendo a seguir é que o idoso começa a reconhecer suas forças pessoais. Sabendo que fez o que era possível, ele agora procura e reconhece em si mesmo as forças necessárias para continuar seu caminho, sentindo-se então merecedor e empoderado para continuar escrevendo sua história e enxergando sentido nisso, conforme representado a seguir:

“Eu sou uma pessoa que não me entrego. Se eu fosse uma pessoa parada, já teria caído em depressão. A gente cuida do quintal, depois vou mostrar para você, faço comida para todos, a gente tem que se entreter.” (PI 17)

“Na vida, sempre trabalhei fora, trabalhei 38 anos e fiz trabalho voluntário, se não fosse esse meu trabalho na comunidade eu não sei, porque sou muito sozinha, de manhã é só eu e Deus e Deus e eu. Aqui nessa rua, sou quase uma líder agora, tem a rede de vizinhos e eu sou uma das cabeças, a gente sempre faz campanhas de arrecadar roupas e tudo, a gente está sempre envolvida.” (PI 13)

A autonomia e independência também conferem sustentação para o empoderamento dos idosos nesse momento:

“O que me deixa feliz hoje é quando eu tenho uma dor e isso passa. Para mim é felicidade, alegre na hora, para mim me alegra tudo. Uma das coisas boas é quando vem uma visita também, essas coisas alegram.” (PI 9)

“Hoje mesmo fui sozinha até o posto, cheguei lá, vi aquela fila grande, pensei, vou desistir, mas velho tem prioridade, aí passei, na fila dos velhos só tinha quatro, tem que ter alguma vantagem.” (PI 13)

“Às vezes os filhos vêm me buscar, eu durmo na casa deles, mas eu já prefiro ficar em casa, porque ele me disse antes de morrer: - nega, não abandona tua casa, eu vou morrer antes. Eu dizia: - não, eu que vou na tua frente. E ele dizia: - só que tu não abandones a tua casa, aqui a hora que tu queres comer, tu comes, a hora que tu queres dormir, tu dorme, na casa dos outros não é fácil, você vai passar trabalho, vai se incomodar muito, fique na tua casa. Eu digo para os filhos: - não, deixa a mãe aqui embaixo do teto da mãe, aqui a gente faz se está com vontade, senão não faz. Eu capino lá fora, eu junto folha, me distraio um pouco e na casa dos outros, ser mandado, não é fácil. Aqui eu tenho o meu cantinho, está bem bom.” (PI 4)

“Agora, depois que o marido faleceu, no serviço mais pesado o meu sobrinho me ajuda, mas a maioria eu faço sozinha. Buscar frutas nas costas. Não que eu precise fazer, mas eu quero e daí já ocupa a cabeça com outras coisas.” (PI 8)

“A casa sou eu que limpo, tudo e enquanto eu tiver perna e puder erguer a perna, eu quero fazer.” (PI 4)

“Eu era muito ativo, isso me preocupa. Até falei ontem, vamos entrar numa academia? Porque já ir parando é coisa de velho, mas eu tenho 67 anos, tenho que botar na cabeça que é normal fazer isso, mas é porque eu era pilhado, eu pinteí essa casa inteira sozinho. Ano passado, nós fomos para casa da praia e pintamos inteira juntos. Nós nunca pagamos para pintar, só eu e ela.” (PI 18)

“Já disse para os meus filhos, vocês me deixem falar até a hora de eu morrer, porque sabe, a gente fica velha e fica chata, e então os filhos começam a calar a gente, essa aí está velha e não sei o que. O velho não pode esquecer alguma coisa que já começam: “tá com mal de Alzheimer, tá com mal de Alzheimer” e começa a já excluir o velho, fica mesmo, porque o velhinho não tem mais com quem conversar, fica isolando, sabe?” (PI 17)

Durante o processo de validação dos dados os idosos incluíram novas reflexões representativas neste sentido.

“Nossa, faz todo sentido, ainda ontem estávamos conversando, com a vizinha que perdeu o marido, e ela entrou em vários grupos da igreja, isso anima a gente de novo, porque a vida não para.” (PI 5)

“Eu queria tanto voltar a fazer coxinha, meu freezer estava ruim, aí alguém veio e arrumou para mim, já fiquei muito feliz, eu pensava, nossa, agora nunca mais vou fazer, mas fiz, achei uma senhora que vem aqui, redescobri uma coisa que eu já gostava de fazer.” (PI 9)

Os idosos demonstram o desejo de serem novamente felizes, de saber-se agora não merecedor de voltar ao fundo do poço, lugar onde a perda e o luto já o levaram anteriormente. Entendem o sentido de continuar, através de quem ficou, e da sua espiritualidade e crenças. Estão sentindo que esse momento chegou e demonstram esperança em sentir alegria, apesar da ausência da pessoa próxima, que agora já possui um novo lugar.

“Deus não nos botou no mundo pra ir para o fundo do poço e ficar depressivo, Deus não fez isso, ele fez o caminho do bem, nós temos um pouco de espinhos, mas vai, sabe.” (PI 10)

“O que mais me anima, hoje mesmo é quando os netos vêm aqui, aí, para mim é uma alegria tremenda, ver eles todos crescendo e eu vou fazer 69 anos, eu penso, eu vivi até aqui, pra ver eles, uma esperança na gente, alegre a gente, fico bem feliz mesmo. Tenho sete netos e duas bisnetas.” (PI 16)

O processo que possibilita a redescoberta do próprio self, demanda entender suas próprias vontades e desejos, experimentar novas formas de viver sua rotina, mas

isso só é possível após sentir que cumpriu seu dever e encontrou suas forças pessoais. Descobre-se aqui novos sentidos que motivam o prosseguir da travessia do caminho da vida.

“Eu nunca tinha viajado antes, aí fui pra Piratuba. E minha filha que morava mais perto naquela época também. Viajei com a minha neta também, fui para o Paraguai.” (PI 8)

“Porque eu perdi minha mãe e meu pai, agora eu quero fazer mais coisas boas, quero me doar para as pessoas boas, quero estar com essas pessoas. Eu quero só pensar nas coisas boas dos meus pais e eu gostaria mais de ajudar os outros. Então depois que a minha mãe se foi, eu estou cada vez mais assim, meus pensamentos mudaram” (PI 10).

“Vem dar uma olhadinha aqui na casa, só não repara, mas deixa eu te mostrar, olha, aqui do jeitinho que ela deixou, olha, meu filho é bagunceiro, mas eu arrumo tudo. Minhas filhas falam: o pai agora que está velho tem que andar igual guri novo, anda com umas calças apertadas na perna e boné para trás, agora que é velho, não, não dá (risos).” (PI 15)

“Depois que minha mãe faleceu, eu fiquei até com o rosto menos cansado, tanto é que estava tomando remédio para dormir enquanto minha mãe estava viva, hoje eu larguei tudo. Falei para o meu irmão Domingo ainda, não adianta, virem essa página e vão viver a vida de vocês porque a mãe não quer isso. Vocês acham que eu estou bem? Vocês acham que de manhã eu não tenho vontade de ficar na cama e não fazer nada? Mas eu levanto, eu vou trabalhar, eu vou viajar, eu e meu marido estamos passeando, já fomos para Aparecida, Domingo passado fomos na colheita do pêssego. Tudo isso era o que a gente tinha planejado antes de cuidar da minha mãe, estamos botando em prática.”(PI 17)

“E com essa idade é procurar se tratar, viver, se puder sair a gente sai, se puder viajar, mas graças a Deus estou contente porque estou bem, com saúde.” (PI 21)

“Primeiro vem muitas saudades e muda totalmente a vida, mas eu superei.” (PI 9)

É importante lembrar que esse não é um processo linear e que não parece ter um fim especificado e a manutenção de determinados rituais não deixa de ter importância.

“Eu precisava tocar a vida para a frente. Mas eu sinto muito, hoje ainda a saudade fica, ela vem, e quando eu tenho vontade, eu vou corto umas flores, vou ao cemitério e levo e pronto, não pergunto para ninguém, não digo para ninguém, só vou.” (PI 22)

Justamente nos momentos em que episódios de falta e vazio, agora já menores e esporádicos, aparecem, os idosos recorrem a suas forças pessoais, familiares e comunitárias, como já descrito. Mas agora, com mais tempo de caminhada, o percurso começa a ser marcado por uma esperança ainda maior, os idosos estão esperando por um reencontro ou sentindo a presença de quem se foi tomada de uma outra forma, não mais física e estão esperando que os próximos estejam melhor em outro plano e referem manter essa esperança viva ao longo dos anos decorridos da perda e do luto. E conseguem reconstruir seus selfs por acreditarem que essa possibilidade lhes está assegurada.

“A saudade e a lembrança são tranquilas sabe, a gente ainda conversa sobre eles, mas é uma coisa tranquila, porque a gente sabe que um dia vai ter um reencontro.” (PI 6)

“Ela não sofreu, a vida dela foi como a vida de Deus, e ela está junto com a gente, a espiritualidade dela, eu vejo, eu sinto, ontem mesmo eu tive um problema e senti ela.” (PI 10)

“Sei que ela está tão feliz onde ela está, ela não sente dor, ela não sente saudade, não sente mais nada, não vê mais nada, está num sono profundo, até o dia que Deus vier para fazer o julgamento de cada um.” (PI 14)

“Não sei se a gente vai se encontrar, depende de cada um, porque tem muitos mistérios, mas quem sabe, né? Tem esperança” (PI 11).

Durante a validação os idosos salientaram que esse não é um processo com tempo demarcado para ter fim. Dividir a cena da vida por muitos anos com alguém, tornar-se próximo, desenvolver valor inestimável pelo outro e para o outro e depois perdê-lo e vivenciar o luto que acontece como resposta a essa perda é um processo que carrega um simbolismo que não pode ser esquecido, tornando-se, um marco histórico na vida da pessoa idosa.

“E assim, não acaba, porque a gente não esquece. Esquecer, não esquece.” (PI 6)

“No dia a dia, quem estava com ele era eu, mas só a vida e o tempo que fecham a ferida.” (PI 7)

“E aí a gente se preocupa, quem vai cuidar da gente de novo?” (PI 9)

As pessoas idosas vão continuar reinventando o próprio self ao longo da vida, sempre carregando aprendizados que tiveram com seus próximos em vida e também baseados nas redescobertas que só foram possíveis na tentativa de se reerguer do luto pela perda. Ademais, continuarão reconstruindo a si mesmas a partir de suas novas experiências, e sobretudo, das interações com outras pessoas que darão novos passos ao seu lado, nas inéditas partes do caminho.

O modelo apresentado a seguir integra todos os processos desta teoria e representa a evolução final de mais de dezenas de diagramas que foram desenhados desde o início da pesquisa e foram evoluindo e aprimorando-se a partir dos dados. Para a geração das imagens contidas no modelo foi utilizado o *software Midijourney®* no qual o modelo criado previamente pelo proponente é convertido em imagens tecnológicas pela aplicação de inteligência artificial resultando em imagens e gráficos de alta qualidade, e no caso deste trabalho, de forma assistida por um designer gráfico.

Figura 4 - Modelo de “Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas”, colorida e legendada



Figura 5 - Modelo de “Percorrendo o caminho da perda e do luto em pessoas idosas” em preto e branco, não legendada



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Uma versão simplificada do modelo foi apresentada às pessoas idosas durante a validação dos dados, e entre os relatos, destacam-se alguns relativos à representatividade do mesmo:

“E essa figura me representa muito bem o que eu passei, não precisa tirar nada, tá?! Não tem o que mudar, é como está aqui, está tudo certinho, não tem o que mudar.” (PI 7)

“Mas isso que você falou, eu lembro mesmo de ter passado por isso tudo, é assim, desse jeitinho. Acho que assim explica bem o luto, a gente cai no fundo do poço, isso é a realidade. E do jeito como você mostrou, a gente entende tão bem.” (PI 9)

“Mas desse jeito que você mostrou, não precisa tirar e nem colocar nada.” (PI 6)

A Teoria

O objetivo deste estudo foi produzir uma teoria sobre os processos de perda e luto em pessoas idosas. A revisão de literatura propiciou um ponto de partida para a escolha da metodologia utilizada na pesquisa, que por sua vez, proveu os dados dispostos nos resultados deste estudo, que formam a base desta teoria substantiva.

A teorização é uma prática que se dedica a construir a compreensão abstrata sobre o mundo e dentro dele. A teorização interpretativa é o resultado de pressupostos construcionistas que passam pelo interacionismo simbólico e não se limitam aos atores sociais nem as situações micro, mas estabelece as primazias do fenômeno e enxerga tanto os dados, quanto a análise, como elementos gerados a partir de experiências compartilhadas na relação dos participantes com os outros (CHARMAZ, 2009, p. 176-177).

O foco na construção desta teoria, foi, portanto, nas experiências, ao invés de nos indivíduos, para isso, me questionava constantemente, como recomendado na TFD, sobre o que estava acontecendo nos dados naquele momento. Este foi o questionamento que permitiu estabelecer continuamente a relação entre as ideias teóricas e o que os participantes traziam nas entrevistas seguintes, obtendo assim a clareza de que as novas ideias viriam sempre dos dados.

A criação da teoria parte de interpretações imaginativas, indutivas e abduativas, testando as hipóteses continuamente até que os dados moldem a explicação teórico-interpretativa mais plausível (CHARMAZ, 2014, p. 200). No entanto, pontua-se que o

processo do desenvolvimento de uma teoria dificilmente poderia ser completamente explicado através de procedimentos segmentados e passo a passos concretos (MAY, 1992, p.15)

A Categoria Central

Parte do processo do desenvolvimento desta teoria foi a identificação das categorias centrais que possuem o maior poder explicativo de todo o estudo. Os processos principais justapostos "Percorrendo o caminho da perda e do luto" formam a categoria central deste estudo, a identificação destes temas marca o momento em que comecei a perceber um padrão nos dados relativos a este fenômeno. A "perda" e o "luto" foram os primeiros fragmentos mais expressivos, que começaram a aglutinar-se com outros achados, ideias, conceitos e, por fim, formam conexões com poder explicativo.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que o significado da perda e do luto para as pessoas idosas perpassa por questões centrais, que merecem ser discutidas com as evidências científicas recentes. Na TFD, a redação mantém e explora o conteúdo do trabalho analítico. Agora, ao invés de focar os autores, estabeleceremos o foco nas ideias e conceitos encontrados e no diálogo destes com publicações científicas da área (CHARMAZ, 2009, p104; CHARMAZ; THORNBERG, 2021).

O CAMINHO COMPARTILHADO E O CUIDADO PRESTADO AO PRÓXIMO – O “ANTES”

A construção de uma vida marital ou relação familiar são processos influenciados por diversos fatores e que tendem a mudar de acordo com o ciclo de vida das pessoas envolvidas. Os casamentos costumam ser relações interpessoais íntimas e duradouras e podem influenciar o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos ao longo dos anos. No entanto, os casais chegam a referir uma variabilidade da satisfação conjugal de 85%, o que demonstra quantas variáveis podem estar envolvidas neste processo, a começar pela idade dos envolvidos e o

tempo de vida juntos. À medida que os casais envelhecem e passam mais anos juntos, tendem a vivenciar desafios e dificuldades inerentes a cada ciclo vital, a depender do apoio despendido um ao outro, neste caminho. O vínculo de casais mais velhos tende a ser aumentado, assim como o senso de compromisso conjugal (ABREU-AFONSO; RAMOS, QUEIROZ-GARCIA, LEAL *et al.*, 2022; MA *et al.*, 2022).

O casamento coloca atenção sobre a perspectiva do curso de vida e sobre importância do tempo histórico compartilhado, além de ser historicamente reconhecido como uma instituição social de gênero (LAHIRE, 2004). As pessoas idosas de hoje foram criadas durante uma época de maior ênfase nos papéis conjugais de gênero, com os homens tradicionalmente ocupantes do papel de chefes de família e as mulheres designadas como cuidadoras das relações familiares e conjugais. As mulheres, portanto, detinham menor poder de escolha dentro de seus casamentos e suas opções eram restritas àquelas que englobassem a criação dos filhos e o cuidado do ambiente doméstico durante a vida. Há, ainda, uma percepção de que as mulheres são as responsáveis pelo teor emocional do casamento (BULANDA; YAMASHITA; BROWN, 2020).

Dadas as contrariedades e as influências do tempo e do gênero vivenciadas por casais que compartilham uma longa jornada matrimonial, sabe-se que um casamento satisfatório e solidário pode, portanto, proteger a saúde mental de pessoas idosas, ou seja, o relacionamento conjugal positivo está negativamente associado com a inclinação das trajetórias de sintomas depressivos para adultos mais velhos (BULANDA; YAMASHITA; BROWN, 2020).

Dentre os acontecimentos de uma vida compartilhada, o momento em que surge a necessidade de cuidar um do outro é um dos mais desafiadores. É comum que no final de uma vida compartilhada um dos cônjuges se torne cuidador do outro que vem a adoecer. Ressalta-se que no Brasil o processo de envelhecimento ainda se apresenta acompanhado do agravamento de doenças crônicas, o que requer cuidados muitas vezes dispendiosos. O idoso cuidador acaba por ser responsável por uma série de atividades que incluem a administração diária de medicamentos controlados, o auxílio ou provimento nas tarefas da vida diária (alimentação, higiene, etc), a viabilização do acesso a serviços de saúde, além de ter que lidar com o impacto econômico que as doenças crônicas acarretam, somando-se a renda familiar precária e a escassez de dispositivos sociais e comunitários comumente percebidas neste público (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021).

O cuidado familiar realizado por pessoas idosas, levando em conta as próprias limitações de quem cuida, pode ser um gerador de estresse e sobrecarga, no entanto, a avaliação da competência emocional dos idosos cuidadores é difícil de ser explicada objetivamente, uma vez que somado a isso está presente o medo de perder a pessoa cuidada e muitas vezes sentimentos de dever e culpa. O cuidado nesta fase da vida é permeado por aspectos singulares e subjetivos. Todavia, existe uma correlação entre conhecimento sobre a doença, habilidade de adaptação e preparo com o melhor desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais e psicomotoras em idosos cuidadores (SANTOS *et al.*, 2022).

Ainda no que diz respeito à sobrecarga ocasionada pelo cuidado, existe uma associação entre a vulnerabilidade e as dimensões psicológicas de idosos cuidadores. A sobrecarga de cuidado é percebida pelos idosos como um peso maior em suas necessidades e qualidade de vida. Além disso, a condição de saúde do cuidador também é considerada como um fator relacionado com a percepção de sobrecarga. Existe uma esperada fragilização na saúde ao longo do envelhecimento, para isso é necessário que se avalie não somente a saúde imediata, mas também a autopercepção dos idosos sobre as mudanças em sua vida após o início do período de cuidado (FLESCH *et al.*, 2020).

Idosos cuidadores referem a necessidade de serem enxergados além da sua idade, com possibilidade de respeito e dignidade neste período, com o estabelecimento de uma comunicação relacional que envolve o compartilhamento bidirecional de informações por parte dos profissionais de saúde e a possibilidade de apoiar-se em serviços sociais e de saúde que façam “com” ao invés de fazer “para”, promovendo a participação do idoso cuidador e de seu familiar que está sendo cuidado. Além disso, quando os idosos cuidadores lideram o caminho do cuidado, a colaboração entre os profissionais e pacientes é mais efetiva e estes apresentam a necessidade de estar engajados ativamente no planejamento de cuidados de saúde geriátricos. Soma-se a isso a demanda das pessoas idosas, cuidadoras e cuidadas, de compartilhar suas experiências vividas (GIOSA; BYRNE; STOLEE, 2022).

Além dos obstáculos que já foram descritos, a descoberta doença e da dependência do outro, que passa a requerer cuidados, já carrega em si um processo de luto. Essas descobertas passam por um período de negação inicial e uma descrença na profundidade das mudanças de vida que isso vai requerer. Passado esse primeiro momento, a pessoa idosa entra em um movimento de postura mais

anuente e pragmática, o que facilita uma mudança no estilo de vida familiar e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (LOND; WILLIAMSON, 2022).

Ainda em se tratando do estresse no cuidador familiar, este apresenta-se reduzido, quando se compara o pré e pós perda, mas isso não se relaciona com os demais sintomas presentes no luto. Um fator que demonstra papel central na mediação da ligação entre o sofrimento psíquico gerado pelo luto é a proximidade emocional que se tinha com o destinatário dos cuidados. Após a perda os aspectos de sofrimento psicológico se sobrepõem aos efeitos da anterior sobrecarga sentida pelo cuidado ou estresse por eventuais conflitos na relação com o falecido. Ressalta-se a escassez de pesquisas que tragam descobertas sobre este complexo e dinâmico processo de transição do cuidado para o luto (COELHO; ROBERTO; BARROS; BARBOSA, 2021).

O enlutamento é uma resposta natural à perda e em pessoas idosas o sofrimento é ainda mais desproporcional. Sabe-se que o luto é um processo único para cada pessoa e para cada tipo de perda, no entanto, é notório que o luto possa começar antes mesmo da morte do ente querido, especialmente em contextos de proximidade com a pessoa doente, o que pode ser chamado de luto pré-morte. É importante que as pessoas e profissionais saibam identificar os sinais de luto pré morte, projetando componentes de identificação e apoio ao pesar. O luto é um processo natural que acomete as pessoas em diferentes estágios de vida, mas não é de se esperar que evolua naturalmente sem um ambiente de acolhimento e, em alguns casos, avaliação direcionada e oportuna a tratamentos psicológicos e de saúde (MEICHSNER; O'CONNOR; SKRITSKAYA; SHEAR, 2020).

ADEUS – O “DURANTE”

O luto ainda é um objeto insuficientemente explorado, dadas as suas dimensões e profundidade. Poucos estudos investigaram o sentimento de medo de perder alguém relacionando-o com o sentimento de aceitação da perda, ou seja, explorando a interferência do medo de perder na superação do luto propriamente dito. Sabe-se, no entanto, que o medo de perder está positivamente relacionado aos sintomas de luto prolongado (GEGIECKAITE; KAZLAUSKAS, 2020).

O luto é um importante fator de risco para desenvolver e agravar sintomas depressivos. Os idosos que vivem sozinhos são o grupo mais vulnerável e apresentam

risco de depressão, sentimento de sobrecarga, maior nível de solidão e insuficiente apoio e suporte. Dessa maneira, idosos em situação de luto deveriam poder contar com medidas de prevenção de agravamentos em nível local, regional e nacional, somado a planejamentos sociais e de saúde que melhorem sua acessibilidade e inserção social. Além disso, profissionais como médicos, enfermeiros e assistentes sociais da área geriátrica deveriam ser constantemente sensibilizados para reconhecer pessoas idosas vulneráveis em situação de luto e apoiá-las com intervenções apropriadas (SCHLADITZ *et al.*, 2020).

As pessoas enlutadas referem uma dificuldade que envolve o momento de dizer adeus, o que muitas vezes acontece ainda dentro de instituições hospitalares e influencia em como o luto será vivenciado. Um estudo realizado com pais enlutados, que perderam seus filhos dentro de uma instituição de saúde, relatou que os pais queriam mais empatia e informações mais precisas nos momentos finais de vida dos filhos. Referiram ainda que se sentiram privados de despedir-se de seus filhos à sua maneira e preferência. Sabe-se que os profissionais de saúde enfrentam inúmeros desafios na comunicação com pessoas enlutadas, sobretudo após longos períodos de sofrimento assistido de pacientes em final de vida, no entanto, as barreiras de comunicação entre profissionais e enlutados afetam diretamente a vivência do luto. Evidencia-se que apesar das claras boas intenções por parte da equipe, a necessidade de informação e apoio aos enlutados não foi suficientemente atendida pelos profissionais. Sugerem, ao final, o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que obtenham compreensão mais profunda e detalhada das experiências vivenciadas por familiares enlutados (LYKKE; EKHOLM; SCHMIEGELOW; SJØGREN, 2022).

Além do sofrimento psicológico esperado em qualquer situação de luto, o mais recente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que é o dispositivo oficial de traçar os diagnósticos psiquiátricos, retirou o luto dos critérios de exclusão para transtornos depressivos, tornando possível o diagnóstico de depressão em enlutados e sua conseqüente medicalização. Este mesmo manual faz a distinção entre luto normal e patológico a partir do tempo decorrido da perda. Após doze meses em adultos (e seis meses, no caso de crianças) em que se apresenta um conjunto de sintomas persistentes do luto, a pessoa enlutada pode ser diagnosticada com o Transtorno do Luto Complexo Persistente (também conhecido como luto prolongado ou persistente). Sendo assim, após este período, as reações provenientes do luto

passam a ser consideradas sintomas que “interferem na capacidade do indivíduo de funcionar” (APA, 2014, p 792; PRIGERSON *et al.*, 2021).

Apesar das evidências que sustentam essa inclusão, salienta-se que o luto é um processo natural que afeta todos aqueles que têm um relacionamento com quem morre e, portanto, provoca sentimentos e emoções difíceis de lidar que afetam a rotina e o futuro dos enlutados. Para isso, a sua patologização ou não, envolve pesquisas contínuas e aprofundadas, bem como discussões éticas, teóricas, sociais e até mesmo jurídicas, que englobam várias áreas do conhecimento. Acredita-se que direcionar a atenção de profissionais, pesquisadores e sociedade em geral para este tema é uma necessidade iminente (RUBIN; MALKISON; WITZTUM, 2022).

Um estudo alemão, feito com 2.865 pessoas idosas mostrou importantes dados sobre a perda e luto durante o envelhecimento. 8,3% dos enlutados sentiu-se extremamente prejudicados pela perda, vivendo um luto prolongado que afetou a saúde dessas pessoas, o que demandaria a necessidade de ajuda imediata, que não foi oferecida. Os sintomas associados ao luto prolongado incluíram distúrbios do sono, menor satisfação com a vida, menor qualidade de vida e menor desempenho mental. Esses dados apontam para o quanto os sintomas do luto prolongado são negligenciados na área da saúde. Este mesmo estudo comparou perdas repentinas com perdas esperadas. Os idosos que perderam seus entes de forma esperada tiveram mais dificuldade de dar sentido à perda e isso pode estar relacionado com a sobrecarga do cuidado que desempenharam antes, em longos períodos de doença que essas pessoas enfrentaram (TREML *et al.*, 2020).

A coleta de dados do presente estudo aconteceu em meio a pandemia de Covid 19. Neste cenário, a crise do COVID-19 fez com que muitas pessoas sofressem perdas e experimentassem luto. Os governos dos mais diversos países tiveram dificuldades em manter o bem-estar biopsicossocial das pessoas, e dos profissionais de saúde. No entanto, pacientes e familiares foram os principais grupos que sofreram perdas e lutos multifacetados. Além disso, o impacto do Covid-19, bem como as restrições sociais amplificaram nos enlutados o medo do futuro. No caso da população idosa, foi percebida uma maior ansiedade devido à evidência de que estes eram grupo de risco para a doença, além do consequente isolamento social neste público. A percepção de isolamento e desconexão social predispõe o luto prolongado e transtornos depressivos e de ansiedade, principalmente em momentos de crise (TAO; YU; LOW, 2022).

Outro agravante durante a pandemia de Covid-19 foram os estereótipos etários e a discriminação contra pessoas idosas, as quais são citadas como barreiras significativas para a equidade em saúde em termos de quantidade, qualidade e resultados dos cuidados. No decorrer da pandemia, o etarismo e um discurso público de vulnerabilidade e dependência supostamente intrínseca em pessoas idosas mostraram ter um impacto negativo na satisfação com a vida dos idosos e na sua saúde subjetiva (BARTH *et al.*, 2021).

Em meio ao processo do luto e de dizer adeus é comum que as pessoas refiram o sentimento de vazio. O adjetivo vazio é definido como “um espaço que nada contém, ou contém somente ar, ou ainda como um lugar que não há ninguém ou que há poucos ocupantes ou frequentadores” (SILLOWAY; GLOVER; COLEMAN; KITTELSON, 2018).

A literatura a respeito de sentimentos persistentes de vazio é escassa, mas sabe-se que o vazio constante está ligado a prejuízos na saúde mental. Em uma pesquisa com cento e setenta e oito pessoas, com experiências que as levaram a sentir o vazio, foram formuladas classificações diferentes para esse termo que ajudaram a definir o momento do vazio como uma sensação de “estar na vida sem propósito, entorpecido, vivendo de maneira mecânica”. O vazio interior psicológico e corporal trazem ainda uma sensação de desconexão com os outros e um sentimento de não estar contribuindo com o mundo, sentindo esse mesmo mundo distante e remoto. Dessa maneira, o vazio pode ser conceituado como um sentimento existencial, uma orientação que define a maneira que a pessoa está se relacionando com o mundo interpessoal e impessoal naquele momento (HERRON; SANI, 2022).

RECONSTRUÇÃO – O “DEPOIS”

Perder um familiar ou pessoa próxima é um evento comum na vida de pessoas idosas, o que não quer dizer que seja menos doloroso. 25% dos cônjuges enlutados, por exemplo, experimentam a forma patológica do luto prolongado. Apesar dos mecanismos subjacentes envolvidos em tais patologias, é clara a associação do luto com uma piora na qualidade de vida, o que por si só já seria motivo de maiores investigações e ações nesta área (DAVIDOW *et al.*, 2022).

Uma revisão de escopo identificou vinte e dois estudos sobre intervenções individuais e grupais relacionadas a processos de luto, a maioria avaliou idosos com

menos de um ano da perda decorrida. Todos esses estudos identificaram sintomas emocionais e psicológicos, mas a minoria (apenas quatro), avaliou a recuperação, ou os processos adaptativos que os idosos desenvolveram para enfrentar o luto. As evidências levantadas apontaram como satisfatórias as técnicas envolvendo *mindfulness* em formato de grupo relacionando-a com a melhoria da satisfação de vida. Terapias que abordassem a qualidade do sono melhoraram as emoções descritas e terapias que encorajaram a expressão das emoções através da escrita com bons resultados a curto prazo. Para os lutos disfuncionais foram identificadas terapias em grupo voltadas para luto complicados e uso de farmacologia como satisfatórias. O estudo recomendou pesquisas que explorem a relevância de fatores biológicos, sociais, cognitivos e comportamentais para melhorar os resultados de saúde das pessoas idosas em longo prazo (DAVIDOW *et al.*, 2022).

Outros autores que estudaram como “aprender a viver novamente” após uma perda corroboram com a importância dos grupos de apoio a pessoas enlutadas, além de recomendar a capacitação de todos as categorias de profissionais de saúde que atuam em cuidados primários para que estes saibam aconselhar seus pacientes enlutados, tendo em vista que a comunicação e a escuta estão dentre as principais técnicas demandadas por um enlutado. Especificamente para os profissionais da psicologia, a garantia ao acesso à terapia cognitivo-comportamental mostra-se eficaz. Essas medidas apresentam efeito uma vez que ajudam a expandir a capacidade do indivíduo em se ouvir através de sua própria narrativa ou da narrativa do outro e a partir daí desenvolver a resiliência necessária para retomar o seu caminho (KAPOOR; THAKKAR, 2022).

As estratégias focadas em promover um luto menos doloroso devem começar antes mesmo da morte do ente. É recomendado que as equipes de saúde abram espaço para que os familiares cuidem, alimentem e comuniquem-se com os seus próximos, observando os limites físicos e psicológicos de ambos. Para prevenção do luto complicado os profissionais devem atentar-se às condições físicas e as necessidades espirituais e emocionais também dos familiares, incentivando-os a busca por variadas formas de apoio, realizar escuta ativa e promover a abertura para expressões emocionais, bem como incentivar a atividade física, rotinas de sono adequado. Já as ações de enfrentamento para o pós perda incluem aquelas todas em que a família possa identificar e expressar emoções e memórias compartilhadas com a pessoa que morreu. Algumas das utilizadas foram registros em diário, *scrapbooking*,

revisões de vida, compartilhamento de boas lembranças, escrever uma carta para o próximo falecido e criar um memorial ou uma homenagem que possam ser retomadas em ocasiões especiais. Além destes, exercícios de respiração profunda, meditação, ioga, musicoterapia, inclusão de novos *hobbies* na rotina, encontrar grupos que o agradem em seu convívio social também são sugeridos (KISSANE; ZAIDER, 2015).

Apesar das atividades recomendadas para o enfrentamento do luto, cabe ressaltar que existem diferentes estilos de enfrentamento do luto. As pessoas idosas que utilizam estratégias de enfrentamento focadas nas emoções sentidas apresentam uma menor incidência de depressão associada ao luto, em comparação com as pessoas idosas que tentam focar suas ações de enfrentamento no problema “luto” em si. Esse mesmo estudo aponta que as relações causais entre perda de pessoas próximas e mecanismos de enfrentamento (*coping*), ainda não são totalmente explicadas pela ciência (LI; CHAN; CHEN; RAN., 2022). Apesar disso, em comparação com pessoas mais jovens os idosos mostraram maior controle emocional e a utilização de estratégias de readaptação durante o luto foram ligadas a resultados positivos para redução de sofrimento psicológico (SARDELLA *et al.*, 2022).

Apesar da morte ser um evento tão natural e ordinário quanto o nascimento, as pessoas raramente estão preparadas para a perda de seus amados. Soma-se a isso o fato de algumas culturas manterem um reverenciamento pelo sofrimento do luto por muitos anos após o evento morte, sugerindo que o luto é algo que deve ser carregado, ao invés de superado, o que pode ocasionar culpa naqueles que tentam descobrir formas de seguir em frente. Esses processos de elaboração podem ser precipitados quando a pessoa enlutada consegue cumprir os rituais de morte que julgue significativos para si e para sua família, dentro de seu contexto cultural, espiritual e religioso. Esses rituais passam a ser vistos como um símbolo do restabelecimento da continuação da vida da pessoa que se foi, em outro plano e uma passagem para o enlutado de uma vida nova. O funeral de um ente querido pode criar memórias profundas de apoio e reconhecimento familiar e social que tem impacto positivo na saúde mental do enlutado (BECKER, 2023).

Cabe salientar que, em se tratando de práticas fúnebres, evidências a respeito de pessoas que foram restritas de realizar tais práticas durante a pandemia de Covid-19 forneceram a visão de que existem benefícios nos rituais pós morte, mas que esses benefícios estão atrelados a capacidade do enlutados de utilizar esses rituais para

dizer adeus de uma forma que seja significativa para eles (BURRELL; SELMAN, 2022).

Além de recorrer à espiritualidade e aos ritos fúnebres, as pessoas enlutadas deveriam poder contar com apoio profissional no luto imediato. A ausência de suporte por parte de profissionais e instituições de saúde foram significativamente associados ao luto prolongado, depressão e Transtorno do Estresse Pós Traumático. Tais reações apontam para a relevância do apoio profissional ativo e disponível ao longo do período de enlutamento com vistas a atender as necessidades dos familiares (CARLSSON *et al.*, 2022). As pessoas enlutadas demonstraram resiliência em lidar com a proibição dos ritos funerários, no entanto, revelaram que utilizam rituais alternativos para lidar com suas perdas (MITIMA-VERLOOP; MOOREN; KRITIKOU; BOELEN, 2022).

A religiosidade, a espiritualidade influenciam na reatividade emocional ao luto. A espiritualidade previu uma regulação emocional mais adaptativa entre as pessoas com sintomas leves de luto prolongado, mas não influenciou na sintomatologia de sintomas graves. Isso demonstra a influência positiva das práticas espirituais e religiosas, mas também expõe os limites destas, define-se, portanto que o luto é um processo multifacetado que demanda atenção de outros setores, como sociais e de saúde (LEE; GIBBONS; BOTTOMLEY, 2022).

Os ateus são um segmento crescente da população, nas mais variadas faixas etárias. Trezentos e cinquenta e cinco ateus participaram de uma pesquisa que examinou associações entre reconstrução de significado, discriminação antiateísta e espiritualidade com resultados de luto complicado e sofrimento psicológico após perdas. Os resultados sugeriram que a espiritualidade não estava relacionada às reações do luto, já a discriminação antiateísta influenciaram no luto de pessoas com menor renda financeira e a reconstrução de significado foi mista nesta população (SAWYER, 2022).

No que diz respeito ao suporte proveniente da sociedade, enlutados referem que o suporte é altamente valorizado por eles e que tal suporte é construído a partir do convívio social, além dos familiares, a partir de amizades abertas à comunicação. O suporte social durante o luto está relacionado a um fenômeno específico que se estabelece entre conversas relacionais que se estendem para além dos ritos funerários, estando presentes na rotina dos enlutados após a perda. Sendo assim, a comunicação é a principal forma pela qual se dá o suporte social e tal comunicação

deve ser ofertada nos diversos pontos não lineares de uma vivência de luto. O ato de pedir por apoio também foi relacionado ao recebimento de maior apoio durante o enlutamento, pois cria um ambiente convidativo para a reciprocidade nas relações. Mensagens de suporte também foram relacionadas a uma maior satisfação no suporte recebido, não mensagens isoladas, mas o hábito criado de trocar mensagens durante o processo de luto. Portanto, o suporte social está a favor da reconstrução da natureza das relações interpessoais dos enlutados. Essas pessoas relataram como as conversas diárias os ajudaram a construir novos significados e novas possibilidades em suas vidas, através dos relacionamentos (HUISMAN; LEMKE, 2022).

Outra importante estratégia para o enfrentamento de um luto é o engajamento dos enlutados em cuidados de sua própria saúde que possibilitem desenvolver um relacionamento entre paciente e profissional. As pessoas enlutadas reconhecem a importância da interação com um provedor de cuidados que colabore com estes na busca por serem proativos e desenvolva cuidados centrados nos objetivos do paciente (HIRSCHMAN *et al.*, 2022). Essas descobertas se somam a uma crescente base de evidências que sugerem o desenvolvimento de avaliações e intervenções a respeito da resiliência e aceitação do luto de pessoas que perderam familiares ou pessoas próximas, ajudando a explorar o processo de manter a esperança enquanto se navega na reconstrução de uma perda, enfocadas no crescimento pós-traumático das pessoas que perderam (LOND; WILLIAMSON, 2020).

Programas de atendimento ao luto ajudam a desenvolver e amadurecer mecanismos de enfrentamento, além de ajudar a renovar significados, desenvolver a autoconsciência, aumentar a empatia, melhorar a valorização dos relacionamentos com familiares e amigos, aumentar a independência e autonomia do enlutados, ajudar na priorização de novos valores e objetivos de vida, aprofundar a espiritualidade e, por fim, fazer uma reavaliação positiva constante dos recursos sociais disponíveis (SILLOWAY; GLOVER; COLEMAN; KITTELSON, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser perde e enluta-se desde a mais precoce idade, o próprio crescimento nos coloca frente a perdas constantes e graduais. Mas ao invés da naturalização das discussões, indagações e reflexões sobre perda e luto, acompanhamos em nossa

cultura uma espécie de evitação destes temas que são tão fundamentais quanto a própria vida humana.

Somos ensinados que sentir a perda de forma mais intensa e longínqua do que o esperado socialmente, é um sinal de fraqueza, ou, de forma contraditória a primeira ideia, sofrer irredimivelmente pela morte de quem amamos, pode impedir, ou postergar a entrada dessa pessoa no merecido "descanso eterno". Ao mesmo passo em que não demonstrar nenhuma das formas de luto aceitas pela sociedade é considerada um desrespeito por quem já não está mais aqui.

Além destas problemáticas, outras crenças e superstições estão impregnadas nas interações culturais e sociais, desde tempos remotos. Falar sobre perda e luto significa tornar-se vulnerável, demonstrar dores, fraquezas, culpa e por vezes decepção, o que para a nossa sociedade, que privilegia, níveis cada vez mais altos de eficiência, superação e produtividade, pode ser um terreno pouco fértil. Existe, então, possibilidades de mudanças para a forma como o luto é visto e experienciado em nossa cultura? Entender como pessoas idosas enlutadas se sentem, contribui para trazer essas discussões à tona? Contribui para promover a empatia a respeito do assunto? Para sensibilizar os serviços que trabalham diretamente e indiretamente com esse fenômeno?

Estas questões ainda podem ser aprofundadas e mais bem discutidas no futuro. Mas a teoria desenvolvida nesta pesquisa sugere que responder indagações acerca da perda e do luto é um processo complexo e multifacetado. E gerar conhecimento e compreensão nesta área exige sensibilidade e atenção a inúmeros fatores externos aos próprios enlutados. O luto, portanto, é um produto coletivo que traduz como influenciados e somos influenciados pelas esferas sociais, culturais, de saúde, psicológicas e espirituais de nosso tempo.

A revisão de literatura conduzida nesta investigação reforçou a necessidade de ampliar e aprofundar as pesquisas sobre o tema perda e luto e quais os impactos desses fenômenos na vida de pessoas idosas. Ainda assim, este trabalho forneceu *insights* sobre o processo de perder e enlutar-se e revelou os impactos emocionais e sociais disso em pessoas com mais de sessenta anos. O fenômeno central apresenta-se composto de parte fundamentais, desde o compartilhamento de uma caminhada com a pessoa próxima, passando pelo vazio após sua perda, seguido do agarrar-se aos suportes disponíveis e, finalmente a tentativa de reinventar o self, que é uma fase que parece estar em contínua sucessão, ainda que passados muitos anos. A perda e

o luto de uma pessoa muito próxima, é, por conseguinte, uma marca eterna, um símbolo, uma impressão naquele que fica, que pode ser reparado, recomposto, e até ressignificado, mas que, definitivamente, não vai desaparecer.

O meio em que vivemos pode, inesperadamente, trazer situações frequentes de perda e luto, como foi o caso da última pandemia por Covid-19, momento que permeou a coleta de dados deste estudo e que despertou, ainda mais, a importância e a urgência em saber lidar com perdas e lutos, o que só é possível a partir do conhecimento dos conceitos e propriedades que permeiam esses fenômenos. Os esforços científicos nesta área contribuem para a mitigação de falsas informações, incompreensão e preconceitos com os quais as pessoas enlutadas precisam lidar diariamente, inclusive dentro de ambientes de saúde.

Além de uma importante lacuna relacionada às questões não respondidas sobre este tema, ainda existe um certo silêncio e constrangimento ao se falar sobre esse assunto, em instituições e em ambientes sociais. A teoria fundamentada nos dados desenvolvida aqui possibilitou a criação de um modelo conceitual que ilustra os processos experienciados pelas pessoas idosas durante a perda e o luto de uma pessoa próxima. A teoria lançou luz sobre os sentimentos, emoções, percepções, experiências e descrição das ações das pessoas envolvidas e mostrou a absoluta necessidade humana de sentir e falar sobre cada um dos processos, para essas pessoas. As proibições, ausências e impedimentos (normativos ou subentendidos) estão entre os principais problemas levantados pelos idosos durante a perda e o luto, como o impedimento do cuidado, da visita, de dizer adeus, impossibilidades de sentir e de ser reconhecido em seu luto, de praticar os rituais que considera importante e as dificuldades em seguir em frente, reinventando seu self, sem enfrentar prejuízos, dificuldades e preconceitos relativos a sua idade. Estes, talvez sejam os principais obstáculos que dificultam que encontremos um novo lugar para o luto em nossa sociedade, mais acolhedor e saudável.

Nós precisamos preparar pessoas idosas, familiares e profissionais de saúde para a perda e o luto, de maneira que eles compreendam a naturalidade destes processos, ao mesmo passo em que entendem a legitimidade de se tomar o tempo necessário para recuperação deste evento tão determinante na vida de quem o experiencia. As pessoas idosas estão a todo tempo lidando com suas perdas e lutos em ambientes não preparados para isso. São necessários esforços coletivos, incluindo os mais diversos setores, para que a perda e o luto passem a ser vistos,

reconhecidos e respeitados da maneira que merecem e onde as pessoas idosas se sintam cuidadas e acolhidas em suas dores e finalmente empoderadas a continuar percorrendo novos caminhos.

IMPLICAÇÕES PARA A ÁREA DA SAÚDE E ENFERMAGEM

Acredita-se que o conhecimento presente nesta teoria pode ser útil para ampliar o entendimento coletivo dos processos de perda e luto, que são historicamente negligenciados. Compreender os processos pelos quais passam os idosos que perderam pessoas próximas, pode ser profícuo para que os profissionais de saúde, em especial enfermeiros, desenvolvam mais compreensão e interesse pelo assunto, e conseqüentemente, mais empatia ao cuidar das pessoas idosas que atravessam esses processos.

Espera-se que o estudo seja uma contribuição que, somado a outras investigações na mesma área, possa sensibilizar as organizações sociais, academias e as instituições de saúde que recebem pessoas idosas que cuidam de seus próximos no final de sua vida e enlutam-se por sua perda. Sensibilizadas e informadas pelas evidências científicas, as organizações podem desenvolver políticas de identificação de pessoas enlutadas e focar na continuidade e longitudinalidade de cuidado daqueles que perdem próximos. Além destas, uma série de medidas de educação em saúde e educação permanente podem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde sobre o fenômeno, tanto voltado para profissionais quanto para as próprias pessoas idosas enlutadas.

Uma vez que este estudo foi finalizado eu refleti sobre as minhas próprias experiências com perda e luto e evoquei incontáveis memórias sobre todas as pessoas enlutadas com as quais tive contato no exercício do meu trabalho, nestes 12 anos como enfermeira. As experiências destas pessoas, bem como dos próprios participantes da pesquisa ecoam em mim, hoje, de uma forma muito mais significativa. E não há como não ter sentido identificação com as descobertas presentes nesta pesquisa. Desconsiderando a diferença de idade entre as pessoas idosas e a minha pessoa, pude me sentir, de certa forma, atravessando com eles este caminho, enquanto eles narravam suas experiências. A perda e o luto são processos inseparáveis da vida humana e as interpretações destes processos possuem um

padrão que nos coloca em situação de proximidade, igualdade, e identificação com qualquer um que se abra para nos contar sua história.

Assim como os participantes, todos nós já sentimos orgulho de compartilhar a caminhada com aqueles que entraram e depois se foram de nossas vidas, nos sentimos num completo vazio, num vácuo, sem bordas, após termos nos visto dizer um adeus definitivo. Procuramos e agarramo-nos ao suporte disponível para conseguir, então, buscar a reinvenção do nosso *self*, o vasto processo que permite a todos nós uma segunda chance, não sem marcas, não sem símbolos, de reconstruir nossa maneira de caminhar pela vida. Todos nós, em algum momento da vida, vamos conhecer os sentimentos dolorosos causados pela perda e pelo luto e entenderemos, assim como os participantes, que tais sentimentos podem ser temporariamente incapacitantes, no sentido de que destroem crenças e modos de ser no mundo de maneira definitiva, mas que existem novas chances esperando por quem consegue alcançar a compreensão de que é possível: a reinvenção, a reconstrução e a redescoberta.

Fundamentados nisso, recomenda-se, portanto:

Uma pesquisa que examine os efeitos dos processos de perda e luto na saúde das pessoas idosas, usando variáveis de demografia, gênero, faixa de idade, tipo de perda, anos de cuidado dispensado ao outro.

Uma investigação sobre a diversidade da vivência do luto em pessoas com mais de sessenta anos, em relação a outras faixas etárias.

Estudos baseados na prática que investiguem as melhores práticas para preparar estudantes e profissionais de saúde para lidarem com pessoas idosas em situação de perda e luto.

Uma revisão de escopo das atuais publicações em saúde sobre pessoas idosas em situação de luto e perda

Outras pesquisas qualitativas que explorem conceitos aqui referidos e busque compreender como podemos, enquanto profissionais e sociedade, estar mais atentos e sensíveis às questões que circundam a perda e o luto de pessoas idosas na contemporaneidade.

LIMITAÇÕES

A estrutura teórica deste estudo foi desenvolvida a partir da teoria fundamentada nos dados, a partir de entrevistas com 24 pessoas idosas, portanto a teoria poderia ser expandida com mais investigações. Novas entrevistas de validação, além das que já foram realizadas, podem ainda ajudar a sustentar a validade da teoria e expandir o conhecimento levantado sobre pessoas idosas em situação de perda e luto. Mais especificamente, as áreas para as quais essa teoria poderia ser expandida seriam uma análise mais detalhada sobre o tempo decorrido do luto e as implicações de cada período, além de expandir os achados para os demais grupos envolvidos no luto, como familiares dos idosos, profissionais de saúde e líderes religiosos e comunitários.

Uma das principais limitações já conhecidas desde o início deste estudo é a dificuldade que as pessoas têm em se abrir para falar sobre um assunto considerado tabu, como é o caso da morte, perda e luto. Além disso, os idosos participaram de forma voluntária, o que, seleciona, obviamente, aqueles que já possuem uma maior inclinação para falar, e suscita a possibilidade de que aqueles mais traumatizados com o assunto ficaram de fora do presente trabalho, apesar dos participantes terem relatados inúmeras dificuldades a respeito do assunto. Admite-se, ainda que apesar de possuírem potencial de comparação interessante, por se tratar de uma teoria fundamentada, as variáveis de gênero e situação econômica não foram consideradas.

A pesquisa também não levou em conta as variáveis de habilidades/dificuldades emocionais e psicológicas prévias, como propensão a depressão, tristeza ou enfrentamento e resiliência. Entretanto, como observado previamente, não era um dos objetivos medir tais variáveis, mas pesquisas adicionais que trabalhem com essas mensurações, e até mesmo com desenvolvimento de escalas de perda e luto podem ser de grande valia.

Reconheço, ainda, enquanto adepta da teoria fundamentada nos dados construtivista, que trouxe ao trabalho minhas perspectivas, observações e compreensões conceituais, além do meu conhecimento prévio sobre a perda, o luto e sobre a saúde das pessoas idosas, tema que estudo desde a minha graduação. Todavia, enxergo esses fatos como uma forma de somar, acrescentar e não subtrair dos dados provenientes dos participantes.

Por último, ressalta-se que todos os participantes deste estudo conseguiram identificar a perda e o luto como os processos centrais e este é, então, um claro ponto de partida para novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ABREU-AFONSO, J.; RAMOS, M. M.; QUEIROZ-GARCIA, I.; LEAL, I. How does the couple's relationship last over time? A Model of Marital Satisfaction. **Psychol Rep.**, v.125, n. 3, p. 1601-1627, jun. 2022. DOI: 10.1177/00332941211000651.
- APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARRETT, D. Research spotlight: constructivist grounded theory. **Evid Based Nurs.**, v. 26, n. 3, p. 89-90, jul. 2023. DOI: 10.1136/ebnurs-2023-103747.
- BARTH, N. *et al.* COVID-19 and Quarantine, a catalyst for aging. **Front. Public Health**, v 9, p. 589244, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.589244
- BECKER, C. B. *et al.* How grief, funerals, and poverty affect bereaved health, productivity, and medical dependency in Japan. **Omega (Westport)**, v. 85, n. 3, p. 669-689, ago. 2022. DOI: 10.1177/0030222820947573.
- BECKER, C. B. Using the spirituality of funeral rituals to recover from post-pandemic grief. **Psychological Front.**, v. 13, p. 1040482, jan. 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1040482.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 dez 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 04 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021
- BULANDA, J. R.; YAMASHITA, T.; BROWN, J. S. Marital quality, gender, and trajectories of depressive symptoms in adult life. **Journal of Women & Aging**, v. 32, n. 2, 202. DOI:10.1080/08952841.2020.1818538
- BURRELL, A.; SELMAN, L.E. How do funeral practices affect the mental health, grief, and grief of bereaved relatives? A review of mixed methods with implications for COVID-19. **Omega (Westport)**, v. 85, n. 2, p. 845-383, jun. 2022. DOI: 10.1177/0030222820941296.

CACCIATORE, J.; FRANCIS, A. DSM-5-TR turns normal pain into a mental disorder. **Lancet Psychiatry**, v. 9, n.7, e32, jul. 2022. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00150-X.

CARLSSON, N. *et al.* Grief reactions to professional and social support among relatives of people who died of sudden cardiac arrest: a longitudinal research study. **Resusc Plus**, v. 12, p. 100318, 19 out. 2022. DOI: 10.1016/j.resplu.2022.100318.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHARMAZ, K. Grounded Theory in Global Perspective: Reviews by International Researchers. **Qualitative Inquiry**, v. 20, n. 9, p. 1074–1084, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800414545235>

CHARMAZ, K.; THORNBERG, R. The pursuit of quality in grounded theory. **Qualitative Research in Psychology**, v. 18, n. 3, p. 305–327, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>

CHOW, A. Y. M. *et al.* Intervention in a Double Process Grief Group (DPBGI) for Widowed Elderly People. **Gerontologist.**, v. 59, n. 5, p. 983-994, set. 2019. DOI: 10.1093/geront/gny095.

COELHO, A.; ROBERTO, M.; BARROS, L.; BARBOSA, A. Family caregiver grief and post-bereavement adaptation: a longitudinal cohort study. **Palliative and Supportive Care**, v. 20, n. 3, p. 348-356, 2021. DOI:10.1017/s147895152100095x

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design**: choosing between five approaches. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DAVIDOW, J. B. *et al.* A review of the scope of spousal bereavement interventions in older adults. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 404-418, mar. 2022. DOI: 10.1016/j.jagp.2021.08.002

DE LA ESPRIELLA, R.; GÓMEZ RESTREPO, C. Grounded theory. **Rev Colomb Psiquiatr**, v. 49, n. 2, p. 127-133, abr./jun. 2020. DOI: 10.1016/j.rcp.2018.08.002.

ENGEL, L. *et al.* Quality of life and post-bereavement loneliness: results of a national survey of bereaved elderly people. **Death Stallion**, v. 17, p.1-12, dez. 2022. DOI: 10.1080/07481187.2022.2155887.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Cien Saude Colet.**, v. 26, n. 1, 2021. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-e-suas-implicacoes-na-vida-de-idosos-dependentes/17784?id=17784&id=17784>. Acesso em: 15 jun. 2022.

FLESCH, L. D. *et al.* Elderly people who care for the elderly: dual vulnerability and quality of life. **Paidéia**, v. 30, e3003, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3003>

GEGIECKAITE, G.; KAZLAUSKAS, E. Fear of death and acceptance of death among bereaved adults: associations with prolonged bereavement. **OMEGA - Diary of Death and Dying**, v. 84, n. 3, p. 884-898, 2020. DOI:10.1177/0030222820921045

GERBER K. 'Unprepared for the depth of my feelings' - Capturing grief in older people through poetic research. **Aging.**, v. 51, n. 3, afac030, mar. 2022. DOI: 10.1093/ageing/afac030.

GIOSA, J. L.; BYRNE, K.; STOLEE, P. Person- and family-centered goal setting for seniors in Canadian home care: a solutions-focused approach. **Health & Social Care in the Community**, v. 30, n. 5, e2445–e2456, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13685>.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967. 271p.

HERRON, S. J.; SANI, F. Understanding the typical presentation of emptiness: a study of lived experience. **J Ment Health.**, v. 31, n. 2, p. 188-195, abr. 2022 DOI: 10.1080/09638237.2021.1922645.

HIRSCHMAN, K. B. *et al.* Older Adult and Family Caregiver Perspectives on Engagement in Primary Care. **Slack Journals.**, v. 48, n. 11, p. 7-13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-02>

HUISMAN, D. M.; LEMKE, A. I am this widow: social support in friendship after the loss of a spouse in midlife. **Omega (Westport)**, v. 86, n. 1, p. 45-64, nov. 2022. DOI: 10.1177/0030222820961231.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas Completas de Mortalidade**. 2020. IBGE; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>. Acesso em: 22 dez. 2020.

KAPOOR, S.; THAKKAR, J. Learn to Live Again. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 39, n. 9, p. 1121-1123, 2022. DOI: 10.1177/10499091211055902.

KISSANE, D. W.; ZAIDER, I. T. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**: 5 ed. Oxford: Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2015. p. 1110–1122

LAHIRE, B. **Sociological portraits**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEE, S. A.; GIBBONS, J. A.; BOTTOMLEY, J. S. Spirituality influences emotional regulation during the conversation about grief: the moderating role of prolonged grief symptomatology. **J Relig Health**, v. 61, n. 6, p. 4923-4933, dez. 2022. DOI: 10.1007/s10943-021-01450-z.

- LI, Y.; CHAN, W. C. H.; CHEN, H.; RAN, M. Widowhood and depression among elderly Chinese: examining coping styles and perceptions of aging as mediators and moderators. **Aging and Mental Health**, v. 26, n. 6, p. 1161-1169, 2022. DOI: 10.1080/13607863.2021.1935455
- LOND, B. J.; WILLIAMSON, I. R. Acceptance, grief and adaptation among caregivers of partners with acquired brain injury: an interpretive phenomenological investigation. **Disability and Rehabilitation**, v. 44, n. 11, p. 2285-2294, jun. 2022. DOI: 10.1080/09638288.2020.1829104.
- LYKKE, C.; EKHOLM, O.; SCHMIEGELOW, K.; SJØGREN, P. Communication at the end of life: a national study on the perceptions of bereaved parents. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, n. 4, e616-e622, 2022. DOI:10.1136/bmjspcare-2018-001709
- MA, S. S. *et al.* Connectome-based prediction of marital quality in husbands' processing of marital interactions, Social Cognitive and Affective. **Neuroscience**, v. 17, n. 12, p. 1055-1067, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/scan/nsac034>.
- MASON, T. M.; TOFTHAGEN, C. S.; SZALACHA, L. A.; BUCK, H. G. Quality of life of elderly people with complicated grief: a thematic analysis. **Death Stallion**, v. 46, n. 6, p. 1424-1432, 2022. DOI: 10.1080/07481187.2021.2006828.
- MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. An attachment perspective on loss and grief. **Curr Opin Psychol.** v. 45, p. 101283, jun. 2022. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.11.003.
- MITIMA-VERLOOP, H. B.; MOOREN, T. T. M.; KRITIKOU, M. E.; BOELEN, P. A. Restricted Grief: Impact of the COVID-19 Pandemic on Funeral Services, Rituals of Grief, and Prolonged Symptoms of Grief. **Front Psychiatry**, v. 13, p. 878818, 27 maio 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2022.878818.
- MEICHSNER, F.; O'CONNOR, M.; SKRITSKAYA, N.; SHEAR, M. K. Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 560-569, maio 2020. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.12.010.
- PAUN, O.; LOUKISSA, D.; CHIRICA, M. G.; NOWELL, H. M. Loss and Grief in the Context of Dementia Caring. **J Psychosoc Nurses Ment Health Serv.**, v. 60, n. 10, p. 7-10. Out. 2022. DOI: 10.3928/02793695-20220909-01.
- PRIGERSON, H. G. *et al.* Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief over a disorder and the PG-13-Revised scale (PG-13-R). **World Psychiatry**, v. 20, p. 96-106, 2021.
- ROBINAUGH, D. J.; TONER, E. R.; DJELANTIK, A. A. A. M. J. The causal systems approach to prolonged grief: recent developments and future directions. **Curr Opin Psychol.**, v. 44, p. 24-30, abr. 2022. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.08.020.
- RUBIN, S. S.; MALKINSON, R.; WITZTUM, E. Prolonged grief disorder. **Lancet Psychiatry**, v.9, n. 9, p. 696-697, se., 2022. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00261-9.

SANTOS, F. G. T. dos *et al.* Competence of elderly informal caregivers of people in home care. **Esc Anna Nery**, v. 26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288>

SARDELLA, A. *et al.* Emotion regulation strategies and difficulties in the elderly: a systematic review. **Clin Gerontol.**, v. 26, p. 1-22, set. 2022. DOI: 10.1080/07317115.2022.2128706.

SAWYER, J. S. Grief outcomes for atheist individuals: the role of spirituality, discrimination, and meaning. **Omega (Westport)**, v. 86, n. 2, p. 395-412, dez. 2022. DOI: 10.1177/0030222820974536.

SCHLADITZ, K. *et al.* Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 283, p.285-292, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.008

SILLOWAY, C. J.; GLOVER, T. L.; COLEMAN, B. J.; KITTELSON, S. Filling the void: Hospital palliative care and community palliative care: A collaborative approach to providing hospital bereavement support. **Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care**, v. 14, n. 1–2, p. 153-161, 2018. DOI: 10.1080/15524256.2018.1493627.

SKANTHARAJAH, N. *et al.* The bereavement and bereavement experiences of informal caregivers: a comprehensive review of the North American literature. **J Palliative Care**, v. 37, n. 2, p. 242-258, abr. 2022. DOI: 10.1177/08258597211052269.

TAO, X.; YU, C. C.; LOW, J. A. Exploring loss and grief during the COVID-19 pandemic: a scoping review of qualitative studies. **Ann Acad Med Singapore**, v. 51, n. 10, p. 619-628, out. 2022. DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.2021460.

TENNY, S.; BRANNAN, J. M.; BRANNAN, G. D. Qualitative Study. **StatPearls**, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

TREML, J. *et al.* Loss and grief in the elderly: results from the LIFE-Adult study. **Death Studies**, v. 46, n. 7, p. 1–10, 2020. DOI:10.1080/07481187.2020.1824203.

6.2 MANUSCRITO 2 – CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PERDA E LUTO

CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE PERDA E LUTO

HEALTH CARE FOR ELDERLY PEOPLE IN SITUATIONS OF LOSS AND GRIEF

CUIDADO EM SALUD A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE PÉRDIDA Y DUELO

RESUMO

Objetivo: Apreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado de saúde recebido durante a perda de uma pessoa próxima e a vivência do luto. **Métodos:** estudo qualitativo, explicativo, baseado no referencial teórico metodológico construtivista, elaborado, a partir de entrevistas semiestruturadas com vinte e quatro pessoas idosas a partir da codificação inicial e focalizada. **Resultados:** Foram obtidas três subcategorias: “Identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde”, “Encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda.” e “Recebendo suporte dos profissionais de saúde” que compuseram a categoria “O cuidado de saúde recebido pela pessoa idosa em situação de luto por uma pessoa próxima” **Considerações Finais:** Foi possível identificar que os aspectos envolvidos no cuidado de pessoas idosas que perderam seus próximos são caracterizados por uma cultura institucional de baixa valorização do luto como um fator condicionante de saúde e doença. Notou-se que o esse é um fenômeno complexo, composto pelo estabelecimento de uma relação terapêutica e permeado por dualidades, em que espaços de poder ainda são majoritariamente ocupados pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Luto, Cuidado Universal de Saúde, Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Objective: To apprehend the perception of the elderly about the health care received during the loss of a close person and the experience of mourning. **Methods:** qualitative, explanatory study, based on the theoretical constructivist methodological framework, elaborated from semi-structured interviews with twenty-four elderly people from the initial and focused codification **Results:** Three subcategories were obtained: “Identifying the place of power of health professionals health”, “Finding yourself without clarification at the time of loss.” and “Receiving support from health professionals” that made up the category “Health care received by the elderly person in mourning situation for a close person” **Final Considerations:** It was possible to identify that the aspects involved in the care of elderly people who lost their loved ones are characterized by an institutional culture of low appreciation of mourning as a conditioning factor of health

and disease. It was noted that this is a complex phenomenon, consisting of the establishment of a therapeutic relationship and permeated by dualities, in which spaces of power are still mostly occupied by health professionals.

Keywords: Elderly Person; Mourning; Universal Health Care; Health Services for the Elderly.

RESUMEN

Objetivo: Aprehender la percepción de los ancianos sobre la atención a la salud recibida durante la pérdida de un ser querido y la experiencia del duelo. **Métodos:** estudio cualitativo, explicativo, basado en el referencial metodológico teórico constructivista, elaborado a partir de entrevistas semiestructuradas con veinticuatro ancianos de la codificación inicial y focalizada **Resultados:** Se obtuvieron tres subcategorías: “Identificar el lugar de poder de los profesionales de la salud”, “Encontrarse sin esclarecimiento en el momento de la pérdida”. y “Recibir apoyo de los profesionales de la salud” que componían la categoría “Atención a la salud recibida por el anciano en situación de duelo por un ser querido” **Consideraciones Finales:** Fue posible identificar que los aspectos involucrados en el cuidado del anciano que perdió a los seres queridos se caracterizan por una cultura institucional de baja valoración del duelo como condicionante de la salud y la enfermedad. Se constató que se trata de un fenómeno complejo, consistente en el establecimiento de una relación terapéutica y permeado por dualidades, en el que los espacios de poder siguen siendo mayoritariamente ocupados por profesionales de la salud.

Descriptor: Anciano; Duelo; Atención Universal de Salud; Servicios de Salud para el Anciano.

INTRODUÇÃO

O luto é uma resposta natural à experiência da perda. Apesar de avanços na área de pesquisa em saúde sobre a perda de alguém significativo e suas consequências, o fenômeno do luto só tem sido recentemente estudado e reconhecido em relação a sua interferência na saúde das pessoas que o vivenciam. A narrativa das pessoas enlutadas aponta para a necessidade de uma melhor preparação para o luto e para a importância de receber dos profissionais de saúde informações precisas utilizando linguagem inclusiva durante todo o processo de cuidado do próximo, bem como durante a perda e o enlutamento (YAN *et al.*, 2022).

Apesar de ser um fenômeno que recentemente preocupa os profissionais e estudiosas da área da saúde, a assistência a pessoas que vivem a perda e o luto é uma experiência constante nas instituições de saúde. Os profissionais podem e devem colocarem-se como integrantes da rede de apoio para os familiares e amigos daqueles que se foram, atuando para prevenir o luto patológico e propiciando a livre

expressão das emoções e dos diferentes sentimentos e complexidades relacionadas a tal fenômeno. Dessa maneira, aos profissionais são necessários recursos que os ajudem a promover um cuidado aos enlutados livre de estigmas e com potencialidade para promover mudanças institucionais em relação à cultura do cuidado às pessoas que vivem a condição de luto (YAN *et al.*, 2022; BRANDL *et al.*, 2022;).

Durante o envelhecimento a perda de uma pessoa próxima é uma situação recorrente. Contrariando os estigmas sociais, as pessoas idosas não estão necessariamente mais aptas para dizer adeus aos seus entes e muitas delas apresentam dificuldades para processar a perda e seguir com uma rotina considerada satisfatória. Parte da população que apresenta tais dificuldades desenvolve a forma patológica do luto, com sintomas graves que se relacionam com uma série de problemas físicos e psicológicos, como depressão, transtornos de ansiedade, sentimentos de solidão e isolamento (BRANDL *et al.*, 2022; WILSON *et al.*, 2020; MOLINA *et al.*, 2019).

Assim, é necessária a sistematização dos conhecimentos sobre os processos de terminalidade, morte e luto por parte dos profissionais de saúde que incluam as implicações para a prática assistencial, reconhecendo e analisando as demandas de pessoas que sofreram a perda de pessoas próximas e vivenciam o luto. Há que se considerar que as experiências ligadas a tal fenômeno são singulares e, portanto, complexas, não havendo uma lógica normatizadora que possibilite uma prática de cuidados sem reflexões profundas e contínuas (CREPALDI *et al.*, 2020). Alicerçados nesta temática e considerando a escassez de pesquisas sobre a temática, o presente estudo questiona: como a pessoa idosa percebe o cuidado em saúde recebido durante a perda de uma pessoa próxima e a vivência do luto?

OBJETIVO

Apreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado de saúde recebido durante a perda de uma pessoa próxima e a vivência do luto.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (processo nº

46870421.9.0000.0121) e da Secretaria Municipal de Saúde do município. Os idosos participantes assentiram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram respeitadas as recomendações da resolução 466/12. A identidade dos participantes foi preservada substituindo seus nomes por códigos que combinaram as iniciais "PI" (Pessoa Idosa) e um número.

TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sustentada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista. A TFD atua como uma busca pelo aprendizado sobre os mundos que estão sendo pesquisados e, de maneira metodológica, elabora teorias que conseguem demonstrar a compreensão do que foi observado (CHARMAZ, 2009, p.23). Outrossim, foram seguidos os passos recomendados para a divulgação de pesquisas qualitativas pelo guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no território comunitário de três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de um município da região Norte do estado de Santa Catarina.

FONTE DE DADOS

Participaram do estudo 24 pessoas idosas, pertencentes a três territórios comunitários das UBSF, selecionados a partir do contato com as equipes de saúde. Os critérios de inclusão foram: a) ter mais de sessenta anos; b) ter enfrentado perda de pessoa próxima (familiares, cônjuges ou significantes) há mais de 30 dias; e, c) estar inserido no território da Atenção Primária em Saúde. Foram excluídos do estudo a) idosos com alguma dificuldade na audição e na fala que impossibilitassem a comunicação. A escolha de não entrar em contato com os idosos que tenham tido perdas de pessoas próximas há menos de 30 dias se dá em decorrência de respeitar o momento mais fragilizado da perda precoce, reduzindo os riscos de tornar a entrevista invasiva.

As enfermeiras e os agentes comunitárias de saúde das unidades identificaram os idosos em situação de perda e luto e realizaram o comunicado de que a pesquisadora entraria em contato para fazer um convite para participação da pesquisa. Após essa abordagem era realizado um agendamento de visita no domicílio, no qual a pesquisadora realizava o convite para a pesquisa e expunha os objetivos, a metodologia e os aspectos éticos da pesquisa. Os idosos que aceitavam a participação, agendaram o melhor horário para a coleta de dados, que só teve início após a assinatura do TCLE. Todos os idosos convidados assentiram na participação.

COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A Teoria Fundamentada nos Dados possui o seu processo de coleta de dados concomitantemente ao de análise (codificação), dessa forma a primeira entrevista foi realizada em julho de 2022 e a última em fevereiro de 2023. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. Durante a entrevista foram mantidas as medidas de biossegurança com a utilização de máscaras N95 e higiene recorrente das mãos e o distanciamento social mínimo foi respeitado, devido a pandemia da Covid 19. A primeira versão do instrumento de coleta foi realizada após uma revisão de literatura narrativa teórica sobre o enlutamento de pessoas idosas pela perda de pessoas próximas ou significativas. (MAIRINK; GRADIM; PANOBIANCO, 2021)

As fontes de dados foram 24 entrevistas iniciais, 4 entrevistas de validação e mais de 40 memorandos escritos durante a fase de coleta e análise dos dados. As entrevistas utilizavam indagações a respeito de como o idoso em situação de perda e luto percebia o cuidado em saúde recebido. Nas entrevistas seguintes, conforme os dados emergiram e apontavam hipóteses, foram incluídos questionamentos mais focalizados, como aqueles relacionados com o acesso ao sistema de saúde, aos serviços e ambientes institucionais, e aprofundamento sobre relação desenvolvida com os profissionais de saúde durante a perda e o luto.

Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas em recurso de áudio e transcritas na íntegra, na sequência os dados foram organizados dentro do *software* de análise qualitativa NVivo, o que otimizou o processo de organização e interpretação dos

dados. Essa codificação permitiu a construção contínua de códigos, hipóteses, subcategorias e categorias, que puderam totalizar um tema central, com potencial explicativo sobre como a pessoa idosa percebe o cuidado em saúde recebido durante sua condição de luto

Durante todo o processo de análise, aqui chamado de codificação (iniciais e focalizadas) utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (CHARMAZ, 2009). Destaca-se que com o uso de tal proposta de codificação o intuito não foi produzir uma teoria fundamentada nos dados, mas sim usufruir da proposta metodológica e análise propostas por Charmaz (2009). A codificação inicial originou os primeiros códigos, que ao serem organizados no *software* NVivo, foram formando uma codificação mais complexa composta por frases, oriundas de dados brutos que foram continuamente analisados e comparados na busca por contrapontos e similaridades, que guiaram o planejamento de novas entrevistas. Durante a codificação as primeiras conexões entre os dados emergiram por meio da combinação entre a comparação constante, somada à redação e análise de memorandos. Após o agrupamento dos dados por propriedades e dimensões, foram estabelecidas 3 subcategorias dimensionadas e 1 categoria central. Esta comparação das propriedades, por sua vez, originou o código focal.

Durante a codificação focalizada as categorias finais foram sendo reforçadas a partir de novas entrevistas e das assimilações e encadeamentos do pesquisador. Os constructos finais desta pesquisa encontram-se saturados por profundidade e estão relacionados na categoria central, apresentado nos resultados.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dentre as 24 pessoas idosas participantes, houve um predomínio de mulheres (18 do sexo feminino e seis do sexo masculino). A idade variou entre 60 e 82 anos. Com relação a moradia, oito moravam desacompanhados, oito residiam com filhos, seis dividiram o domicílio com o cônjuge e dois com irmãos. 19 consideram-se independentes para atividades diárias, três semi-dependentes e um dependente. Com relação à prática religiosa, 10 declaram-se como luteranos, nove como católicos, três evangélicos e um umbandista. Dentre os motivos de perda e enlutamento, 12 idosos

havia perdido o cônjuge, quatro haviam perdido o pai ou a mãe, três perderam filhos, dois perderam irmãos e três perderam sogro ou sogra com quem dividiram domicílio. Dentre as causas de morte dos próximos, cinco foram em decorrência de câncer, três por Acidente Vascular Cerebral, três por Infarto Agudo do Miocárdio, três por Covid 19, dois por Alcoolismo, um por Acidente Automobilístico, um por afogamento, dois por pneumonia, e quatro não souberam especificar o que, exatamente, levou a morte dentro da instituição hospitalar. O tempo de perda decorrida da pessoa próxima variou entre dois meses até 15 anos.

Categorização

Nesta pesquisa, após a identificação de diversas propriedades do fenômeno estudado, foi denominada a categoria central: percepção da pessoa idosa sobre o cuidado de saúde recebido durante o luto de uma pessoa próxima e suas respectivas subcategorias dimensionadas. A representação desta, encontra-se a seguir:

Quadro 10 - Síntese da categorização ampliada, o cuidado de saúde recebido pela pessoa idosa em condição de luto por uma pessoa próxima, Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2023.

CATEGORIA CENTRAL	SUBCATEGORIAS DIMENSIONADAS	CODIFICAÇÃO FOCALIZADA
O cuidado de saúde recebido pela pessoa idosa em situação de luto por uma pessoa próxima	Identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde	Ambiguidade de sentimentos e culpa por compartilhar o cuidado com os profissionais de saúde (P10, P13, P22, P5, P11, P6...);
		O poder instituído aos profissionais de saúde (P1, P11, P15, P22, P13...);
	Encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda	Identificando as falhas na comunicação e no acolhimento (P19, P5, P15, P13...)
		Recebendo notícias de maneira abrupta (P14, P23, P22, P5...)
	Recebendo suporte dos profissionais de saúde	Cuidando, perdendo e enlutando-se num contexto comunitário (P16, P13, P12, P22...)
		Sendo escutado pelos profissionais de saúde (P17, P22, P9, P13...)
		Valorizando o sistema de saúde (P24, P8, P9...)

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde

A ambiguidade de sentimentos é comum frente a finitude de uma pessoa próxima. Embora as pessoas idosas sintam medo de dizer adeus aos seus próximos, elas precisam compartilhar o cuidado e as decisões com os profissionais de saúde neste momento. No entanto, esse compartilhamento do cuidado vem carregado de uma culpa por ter que deixar seus próximos sob as a responsabilidade de profissionais de saúde, sem estar completamente seguros de suas decisões.

“Também tinha a terapeuta ocupacional dela, que dizia: - não interna! Ai, eu fico com a dor no peito que ela não queria que a gente internasse e aí ela se entregou.” (PI 10)

“Já tinham feito o procedimento, passado a sonda, nem tinha internado, ia ganhar alta. Daí ele parou. Ele foi pra lá só pra passar sonda, mas ele foi e piorou... As enfermeiras disseram que ele não queria morrer em casa, aí ele paralisou, a enfermeira não deixou trazer, não podiam liberar ele assim, mas ele ficou no corredor, e aí ele faleceu.” (PI 13)

“Só que bem no dia que ele piorou, minha filha queria ficar no hospital, eu não queria, mas deixei... Quando deu meio-dia ela me ligou que ele estava passando mal, eles queriam entubar ele e eu disse que não queria, eu não vou deixar! Fui lá, eu achei que seria muito sofrimento. Cheguei lá, eles estavam lá, a equipe inteira em cima dele, aí a médica me disse: é a última vez que te pergunto, quer entubar ou não quer? Meu coração apertou, faz ou não faz, aí eu disse: - entuba, pode entubar! Aí entubou, não tinha vaga na UTI, fomos para outro quarto. Aí, que sofrimento... Ele ficou ainda bastante tempo, ia e voltava da UTI. Foi bem difícil!” (PI 22)

“A gente levou no hospital muitas vezes, era só pra judiar dele. Eles ficavam com ele lá no pronto atendimento, aí não tinha cama, deixavam no sofá, só tomando soro, só pra ele sofrer.” (PI 5)

“A notícia, minhas filhas que receberam e foi muito triste... Elas até falam que se soubessem não tinham levado o pai pro hospital, tinha deixado o pai em casa.” (PI 13)

“Na época disse para minha outra filha: - eu vou dizer para você a verdade. Não leva mais ela pro hospital, porque eu estou vendo o semblante dela. Minha filha insistiu e eu disse: - se quiser levar, leva, mas aí eu sei que não vou ver mais ela. Dito e feito! Comecei a chorar e eles levaram. Logo a minha outra filha ligou do hospital, que o estado dela estava piorando. Que nada, ela já tinha morrido! (PI 11).

“No momento, eu ainda corri para o telefone, falei com o doutor, e disse: - vou levar ele para o hospital. Ele disse: - não tem o que fazer, ele não tem como chegar vivo.” (PI 6)

Há, dentre os relatos dos entrevistados, um implícito poder pertencente aos profissionais de saúde. As pessoas idosas sentem medo de falar dos profissionais e de contestar suas decisões. Os entrevistados demonstram ainda certa desconfiança a respeito das condutas dos profissionais, mas também exigem escuta e cuidado humanizado, como forma de contestação deste poder instituído. A seguir esse aspecto se revela;

“No dia 23 de março ela passou mal de noite, eu a levei no PA para fazer um exame, só que não teve mais volta. A partir do momento que eu levei, ela já foi para o oxigênio e não normalizou mais. Eu não sei se eu posso falar tudo que aconteceu lá dentro do PA...?” (PI 1)

A médica nos disse que na quarta ia desligar os aparelhos, porque se ele vivesse, ia ficar em coma.” (PI 11)

“Mas vou te dizer, o hospital fez alguma coisa errada ali, chegou o último dia e eles ligaram para minha filha e disseram: - olha, ela não quer se esforçar para sair da UTI. A pessoa está doente, como vai se esforçar? Eu digo, eu estou desconfiado que eles desligaram todos os aparelhos dela, para ela morrer. Vamos dizer que eles tiraram as aparelhagens dela, tudo. Ela nem parecia que tinha 60 anos, ela era forte e tudo. Mas agora..., fazer o quê?” (PI 15)

“Ela ficou uma semana internada aqui no PA, e a gente não pode mais ver ela. Eu ia levar o café da manhã e o café da tarde para ela, mas ela começou a rejeitar comida. A minha preocupação ficou bem maior. Então, eu pedi para a assistente social que eu queria falar com o médico e ela dizia para mim assim: - mas olha a correria aqui está tão grande. E foi uma época que estava bem forte a pandemia. Eu disse, eu sei, mas o problema é o seguinte: - eu não vou sair daqui sem ver minha esposa! Eu quero saber como é que ela está sendo medicada? como é que ela está sendo tratada? e o que ela tem?” (PI 13)

“E lá no hospital, quando fomos parar lá na oncologia, porque já não tinha mais outro lugar, eles que davam banho nele e ele gritava muito. Duas vezes eu deixei passar. Quando foi o terceiro dia eu falei, não, não façam mais isso, aí eu entrei no quarto dizendo que ia pegar meu relógio, mas era mentira e aí eu disse para eles: - não faça mais o que você está fazendo com o meu marido. Fui lá embaixo reclamar com eles. Aí eles disseram que não era a primeira pessoa que reclamava e aí transferiram ele (o técnico) para outro lugar, mas foi um único que me incomodou lá. Ele chegava a amarrar ele bem forte assim, e ele já não tinha força nenhuma, para quê? Estava pele e osso! Acho que ele não tinha vontade de fazer isso, e outro senhor me disse que ele fez o mesmo com ele.” (PI 22)

Encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda

Os participantes verbalizaram a imprecisão de esclarecimento pelas inexatidões na comunicação entre eles e os profissionais, levando-as a sentirem-se desamparadas no momento da perda de uma pessoa próxima. Ressalta-se que a falta de um fluxo de informações claras, acolhedoras e concisas é percebida pelos idosos como uma falha no cuidado prestado pelos profissionais, evidenciando que uma comunicação acolhedora e eficaz se configura como uma importante ferramenta do cuidado aos enlutados.

“Ele ficou no hospital e eu não. Até nem fui visitar, porque eu não estava bem. Eu não sabia que ele estava tão ruim. Ninguém me falou!” (PI 19)

“Eu ia ao médico e ele falava: - olha, a tua mãe teve uma morte boa. Só aquilo não era consolo né, então era difícil.” (PI 5)

“Só na UTI ela ficou dois meses. Só que lá ninguém entrava, sabe? Minhas filhas foram lá, conversaram com o médico. Toda noite o médico ligava, mas só para dizer: -está estável, ela está estável. Aham..., estável..., olha o que aconteceu!” (PI 15)

“Quando foi de manhã cedo, eu estava pronta para ir para lá, pra fazer a internação, a gente conversou com o médico, só que eles foram..., eu achei assim..., da minha parte, negligentes. Quando elas chegaram lá, eles deviam ter falado: - olha, a gente fez de tudo, mas não deu..., Mas não! Ficaram falando que estavam pegando o plantão e que iam ver, só depois que ele disse que faleceu. Minhas filhas ficaram revoltadas, sabe? Até discutiram com o médico e tudo! A gente cuidou bem, o que estava na nossa mão a gente fez! Mas eu não sei o que aconteceu lá no hospital. A gente não sabe o que aconteceu...” (PI 13)

A notícia recebida da piora do estado de saúde ou da morte de uma pessoa próxima, é apontada pelas pessoas idosas como um momento de fragilização específico dentro do processo de perda e luto. Tais notícias são carregadas de simbologias que envolvem mudanças definitivas na vida e no futuro de quem as recebe. Os idosos estão verbalizando que a maneira como a receberam por vezes foram de forma abrupta, e ríspida impactando-os profundamente.

“O problema dele foi a bebida, mas os médicos não falaram nada pra gente. Não explicaram!” (PI 14)

“Meu esposo morreu no hospital. E, até agora isso não entra na minha

cabeça, porque ele ficou doente em uma semana e na outra semana ele já se foi. O médico não quis me dizer direito, só disse que era do coração. Ele ficou oito dias internado. Lá no hospital eles não me contavam o que estava acontecendo. Até me deu um começo de infarto lá, uma vez.” (PI 23)

“Doeu, sabe, mas fazer o quê? O médico chegou bem cedo, tirou aquela coisa por onde colocavam a comida, aí chegou a menina com a comida e o médico só disse: -não, não vai ter mais, não precisa. Eu ouvi aquilo e pensei, meu deus do céu, é o fim! Aí eu perguntei, ele está ruim mesmo? Ele disse: - está.” (PI 22)

“Na hora eu não sabia se ele faleceu ou não, ele tinha se passado, mas daí, depois, veio uma médica, ligaram para casa da minha filha, eles, decerto, já sabiam o que era para se fazer, mas eu não sabia. Quando minha filha, minha neta e meu genro vieram, disseram: - olha, falei com a sua filha porque o teu marido acabou de falecer, se quiser pode entrar lá. Os profissionais só falaram o que a gente tinha que fazer e a gente já saiu correndo atrás do caixão e essas coisas assim.” (PI 5)

Recebendo suporte dos profissionais de saúde

O universo das expressões dos participantes traz à tona uma outra realidade que é a vivência da perda e do luto no domicílio, no contexto comunitário, na maioria das vezes longe do contexto hospitalar, sendo o contato agora com profissionais da atenção primária. O relacionamento com os profissionais de saúde nestas circunstâncias toma outras nuances. Para os participantes, receber os profissionais de saúde em casa para uma visita domiciliar é um aspecto que ajuda na vivência da finitude do próximo, os torna mais seguros e contribui na construção de vínculos com estes profissionais.

“Um dia antes a médica já tinha me falado que ele não ia mais longe, mas que era para eu ficar calma, que ele teria uma morte tranquila e eu ia estar junto. A enfermeira do posto também, já vinha aqui em casa, aplicava injeção nele, foram muito legais comigo.” (PI 22)

“Até o postinho vinha aqui e tudo, a enfermeira veio aqui, várias vezes, uma enfermeira muito querida.” (PI 12)

“A equipe do postinho não saía daqui, até vieram vacinar ele em casa.” (PI 13)

“Os médicos e enfermeiras vinham aqui, me explicavam como fazer o curativo, aí levava um tempinho e sarava.” (PI 16)

O vínculo com os profissionais de saúde da atenção primária também é estreitado através do acolhimento e do fato de ser ouvido durante o período em há naquele domicílio o cuidado de uma pessoa em processo de morte e que demanda uma abordagem paliativa que impacta consideravelmente na vivência da perda e o luto. A equipe de saúde que realiza a visita domiciliar, que acolhe, que escuta e orienta é enxergada pelo viés de uma relação de pessoalidade e confiança.

“O postinho de saúde, para mim, é minha casa. Eles conhecem a gente, vem na casa da gente, chegam, sentam-se aqui, a gente conversa. A enfermeira espicula tudo, mas eu gosto muito. No começo do meu marido acamado, os técnicos do posto vinham aqui, viam a saturação dele, eles já colocavam o travesseiro, melhorava, então a gente tem esses apoios. A enfermeira vem aqui também! Eu agradeço a deus por nós termos esse postinho de saúde maravilhoso, eu também já fiz parte das reuniões, do conselho, sempre estava lá brigando, agradecendo. Então, se alguém fala mal do postinho eu retruco, porque ali eles fazem o que eles podem e fazem muito bem o trabalho deles.” (PI 13)

“O que faz muito bem é a minha fisioterapeuta, porque ela já é uma psicóloga, ela conversa, ela faz de tudo e ela diz que para ela faz bem também, eu fico feliz. A agente de saúde também me manda mensagem, eu gosto muito, me ajuda muito, mandam um áudio para mim, conversam comigo, aí essa parte é muito boa.” (PI 9)

“Depois deu câncer de garganta nele e aquilo ficou com mau cheiro, fui ali na médica do posto, ela disse, vamos dar um jeito. Ele não queria ir ao médico, ela disse que viria com a equipe, aí ela já encaminhou tudo, para psicóloga, foi uma luta bem difícil, mas ele aceitou o tratamento por causa da médica do posto, ele até deixou de beber.” (PI 22)

“O posto ajudou demais, até fui conversar com a enfermeira, essa menina foi uma benção, nossa, ela sabe de tudo o que aconteceu. Mesmo agora, depois de tudo, ela me ajuda. Ontem mesmo, eu fui ao posto porque quebrei um dente comendo osso, ela me viu esperando e já veio conversar. E, nós recebemos muita assistência do posto, até hoje pra mim, porque eu fiz cirurgia do coração e é difícil o mês que eu não vou ali. Agora na pandemia mesmo, nossa, a vacina, vieram aqui pra me dar, agora mesmo fiz consulta. Para nós aqui é uma benção, eu agradeço muito, eu não tenho nada pra reclamar, eles vieram em casa dar vacina pra ela quando ela estava viva, até a terceira dose. O postinho fornecia o material do curativo dela, até avisamos agora que não vai mais precisar. Mas sou muito bem atendido lá, tranquilo, requisições de exames, agendamento, tudo, eles trazem aqui, é só esperar.” (PI 17)

Por se tratar de pessoas com mais de sessenta anos, o vínculo estabelecido com os profissionais de saúde se destaca, assim como a comparação com a

resolutividade de suas demandas de saúde pelo Sistema Único de Saúde. Esse acesso e cobertura de atenção à saúde em nível comunitário permite aos idosos estabelecerem conexões entre a assistência de saúde recebida agora, mesmo em um momento de grande fragilização, como a perda e o luto e a assistência que era dispensada no passado, como vemos nos depoimentos a seguir:

"Sabe, um dia até me aborreci e falei para todo mundo, por que vocês falam mal do SUS? Eu estou pelo SUS e estou tão bem cuidada, as enfermeiras aqui são, meu deus, não tem, peguei o nome de todas as enfermeiras que cuidaram de mim, vou comprar uma lembrancinha e vou dar para cada uma, porque eu adorei as enfermeiras, são muito boas, o médico também me cuidou bem." (PI 24)

"Antigamente pressão alta, ninguém ligava, não tinha recurso, hoje em dia, nesse ponto é mais fácil. Em geral tudo é mais fácil para os idosos hoje em dia, não tinha ambulatório, não tinha nada no passado e hoje já tem exames, medicamentos, tudo." (PI 9)

"Meu pai, antigamente (...) levamos ele para o hospital, ele foi internado na sexta e no domingo e já faleceu. Nós levamos as injeções que ele tomou na farmácia para o hospital e lá falaram que estavam vencidas, mas naquela época ninguém fez nada, hoje em dia, eles iriam em cima, mas naquela época nada." (PI 8)

DISCUSSÃO

O cuidado em saúde enfrenta desafios cada vez mais complexos. As adversidades enfrentadas pelos profissionais da área excedem a preparação deles, o que nos leva a questionar os limites do cuidado e a atuação das instituições no processo de cuidar. Os profissionais se veem imersos em uma constante necessidade de ajustes para atender cada vez mais condições de saúde para as quais, muitas vezes possuem mais perguntas do que respostas. Dessa maneira, a habilidade de adaptação nunca foi tão necessária (KOLOKYTHAS, 2022).

Ademais, existe um impacto direto na qualidade do cuidado prestado que depende do tipo de relacionamento que profissional e pessoa cuidada desenvolvem. Estudo com enfermeiros hospitalares revelou que esses profissionais associam um bom relacionamento com a melhora dos resultados de saúde dos usuários do serviço. Achados do mesmo estudo indicam que uma vez que o usuário recuse ou questione determinada ação o enfermeiro adquire um papel que pode envolver persuasão e coerção para se alcançar os objetivos de saúde previamente estabelecidos. Enquanto

o enfermeiro, em seu discurso verbal, valoriza mais as habilidades de comunicação na sua relação com o usuário, os / critérios de avaliação de qualidade da assistência prestada apontam para o privilégio dos aspectos puramente técnicos por parte desses profissionais. Neste sentido, quando o serviço e profissionais precisam manter o índice de qualidade um cuidado com esse embasamento tende a anular a autonomia do ser cuidado. Tal abordagem não favorece o desenvolvimento de uma relação compassiva em relação aos idosos no momento do enfrentamento de suas perdas. (MOLINA-MULA; GALO-ESTRADA, 2020).

Ao discutir os dados deste estudo que resultou na subcategoria - identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde – pode-se dizer que ao contrário do que se pode pensar, o enfermeiro, quando trabalha em um local que promove o empoderamento institucional de sua classe, tende a assumir uma liderança transformadora que tem impacto positivo no engajamento do usuário em seu plano de cuidados. Tal profissional, munido de estimulação intelectual, consideração individual e motivação inspiradora acaba reconhecendo sua relevância e, conseqüentemente, suas responsabilidades e sensibilidade para a comunicação de más notícias (GARCIA-SIERRA; FERNANDEZ-CASTRO, 2018).

Pesquisa realizada entre usuários vulneráveis em serviços de saúde revelou que o nível de confiança que essas pessoas têm nos profissionais enfermeiros é alto em comparação com demais membros da equipe. Frente a essas evidências é importante considerar que a relação de confiança estabelecida com os usuários é um fenômeno multifatorial que exige investigações profundas, voltadas para quais valores, atitudes e aspectos culturais estão envolvidos nessa tecitura (OZARAS; ABAAN, 2023).

Ainda sobre os profissionais de saúde, uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas evidenciou que os enfermeiros e os psicólogos foram os profissionais com maior sensibilidade para lidar com questões de competência cultural dos pacientes. Apesar destes dados, a mesma pesquisa chama a atenção para a lacuna de conhecimentos e habilidades que permeiam todas as questões de saúde que envolvem interpretações culturais, como é o caso do luto (ARGYRIADS *et al.*, 2022).

Os dados da pesquisa nos trazem uma reflexão importante no que se refere à subcategoria - encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda - Não há como falar do cuidado a pessoas enlutadas sem falar dos profissionais de saúde, que

são atores fundamentais para a formulação de toda e qualquer política na área. No entanto, o trabalho dentro das instituições de saúde é de natureza complexa e existem vários contornos de um "poder oculto" outorgado aos profissionais. Historicamente é mantido um domínio e monopólio profissional, que inicialmente era mais visível entre os médicos, o que garantia que o controle dos espaços de saúde ficasse longe dos usuários. A lógica de poder do profissional sobre o usuário faz com que a assistência seja coercitiva e as ações sejam planejadas com o enfoque de oferta de serviços e procedimentos e não a partir das necessidades da pessoa. Além disso, alguns fatores institucionais e políticos que limitam a ascensão da autonomia dos usuários, contribui para que esse status de poder do profissional ainda seja realidade em muitas instituições (LASSA *et al.*, 2022).

É notável que os usuários dos serviços de saúde estão cada vez mais conscientes dos seus direitos, dos procedimentos e da legalidade das ações desempenhadas durante o atendimento e possuem cada vez mais acesso a informações, o que ameaça os profissionais de saúde que ainda se encontram imbuídos em um território de poder outrora não questionado. Embora essa seja uma realidade cada vez mais comum a relação entre usuários e profissionais ainda é assimétrica e ocorrências de atitudes estigmatizadas que resultam da falta de atenção às preferências dos usuários ainda não são raras e impedem o estabelecimento de confiança dentro de uma relação terapêutica (TAKASE *et al.*, 2022; MARTINEZ-MARTINEZ; SÁNCHEZ-MARTINEZ, 2021).

Como pode-se observar neste estudo em relação à concepção da subcategoria - recebendo suporte dos profissionais de saúde - quando o poder das decisões sobre o processo saúde e doença estão distribuídos da forma mais horizontalizadas os usuários adquirem cada vez mais autonomia e usa a relação com o profissional como fonte de aconselhamento. As decisões das pessoas não devem perseguir a mudança em seus costumes e valores, mas posicionar o profissional como um apoiador do desenvolvimento da autonomia e poder de decisão informada daqueles que estão sendo cuidados (MOLINA-MULA; GALLO-ESTRADA, 2020). O cuidado em saúde demanda que os profissionais desempenhem a função de promotores do papel ativo dos usuários em seus atendimentos e propiciem que estes participem da tomada de decisão sobre seus regimes terapêuticos, além disso devem escutar as pessoas cuidadas, para além do mero questionamento sobre sinais e sintomas (MARTINEZ-MARTINEZ; SÁNCHEZ-MARTINEZ, 2021).

A comunicação com os usuários idosos é pilar fundamental do cuidado. Em se tratando da vivência do luto isso passa a ter ainda mais importância. A inserção de uma comunicação terapêutica favorece a implementação de ações, especialmente na atenção primária à saúde. A conversa acolhedora entre usuários e profissionais propicia vínculo e troca de experiência que só fazem somar ao processo terapêutico de enlutados. Há que se considerar, no entanto, que existem inúmeros desafios neste contexto, como a escassez de tempo e volume de demandas profissionais diárias (PIMENTEL; SOUSA; MENDONÇA, 2022).

A comunicação é especialmente importante quando há a necessidade de comunicar más notícias. Os idosos em condição de luto passam um longo período recebendo notícias que podem ser dolorosas e representar mudança completa em seus planos de vida, desde a notícia da doença de seus entes, até a notícia de morte. Para transmitir más notícias de forma eficaz e empática, os profissionais precisam estar abertos ao aprendizado e estar confortáveis frente a situações difíceis e emoções fortes. Um passo fundamental é avaliar a compreensão dos familiares sobre a situação de seus próximos antes de fornecer novas informações. Dar más notícias é algo relativamente comum para profissionais de saúde, mas nem sempre é levado com a seriedade de um procedimento que precisa estar embasado pelas melhores práticas disponíveis. Além de ser empático no momento da notícia, o profissional é valorizado pelos usuários quando não tenta fugir ou desligar-se logo após a comunicação de más notícias (HARRIS; GILLIGAN, 2022).

Um relatório internacional a respeito do "valor da morte" foi publicado no ano de 2022, avaliando tal valor não somente para a área da saúde, mas para a sociedade em geral. O relatório propõe pensar em todas as áreas que se relacionam com a finitude e seus desdobramentos, enxergando morte, perda e luto como fenômenos relacionais, espirituais e com um valor indissociável da vida, indo muito além de eventos puramente fisiológicos. As dificuldades e despreparo dos profissionais para lidar com a morte e o luto são apenas o reflexo da baixa prioridade que os governos em todo o mundo dão para as questões de alívio do sofrimento na finitude e apoio aos enlutados. A negação da finitude nos sistemas de saúde se reflete em indicadores como a baixa qualidade de morte, na qual o Brasil ocupa a 42ª posição. Maiores esforços precisam partir do poder legislativo e executivo até que avanços estruturais e conceituais possam trazer benefícios às pessoas que estejam vivenciando a finitude

e o luto (THE ECONOMIST 2015; RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022; SALLNOW *et al.*, 2022).

Dentre as necessidades de saúde mais significativas para as pessoas idosas enlutadas encontram-se: ser apoiado por um contato profissional encorajador, ser ouvido e compreendido e ser recebido com respeito. Uma relação entre profissional e pessoa idosa que esteja embasado por tais aspectos empodera ambos os envolvidos e traz dignidade para a troca humana. Especialmente na atenção comunitária, a dignidade percebida nas relações aumenta a sensação de boa impressão e confiança dos idosos para com os profissionais de saúde (ZOTTERMAN; SKÄR; SÖDEBERG, 2022).

Assim sendo, sugere-se que o cuidado aos idosos enlutados parta do reconhecimento das formas pelas quais os idosos compreendem adequadamente sua situação, considerando os fatores intrínsecos e as questões culturais e familiares envolvidas em todo o processo. É sobressalente que os diferentes níveis de atenção estejam conectados e informem-se de forma contínua sobre as decisões tomadas em cada local (TAKASE *et al.*, 2022). Além disso, ser visto e valorizado como pessoa e ser informado continuamente sobre a situação de seus familiares doentes é algo que as pessoas idosas que cuidam, perdem e enlutam-se tendem a valorizar. Somado a isso, permitir que os idosos descrevam suas experiências durante a perda e o luto é fundamental para garantir a sensação de pertencimento desses (WELDING; KIRKEVOLD, 2022).

O cuidado ideal do luto se beneficia de ações coordenadas e multiprofissionais, baseadas em estratégias de apoio e educação do usuário. Facilitar o cuidado holístico aos enlutados perpassa um planejamento centrado no paciente, que inclua comunicação aberta e facilitada, empatia, confiança mútua e normalização das experiências de luto em sua diversidade (LAVELA *et al.*, 2022).

Contribuições para a área da saúde e enfermagem

Ao apreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado de saúde recebido durante a perda e o luto de uma pessoa próxima, o estudo oferece contribuições que podem amparar estratégias de ação desse fenômeno, tanto de maneira individual quanto mudanças sociais e culturais que possam trazer benefícios ao acesso de pessoas idosas enlutadas aos serviços de saúde, além de ter potencial

de interferir nas discussões que levam a formação educacional das pessoas em geral e profissional e pro consequência a formulação de políticas públicas nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos envolvidos no cuidado de pessoas idosas que perderam seus próximos são caracterizados por uma cultura institucional de baixa valorização do luto como um fator condicionante de saúde e doença. Analisando o cuidado prestado, sob o olhar da pessoa idosa, percebe-se que esse é um fenômeno complexo, composto pelo estabelecimento de uma relação terapêutica e permeado por dualidades, em que espaços de poder ainda são majoritariamente ocupados pelos profissionais de saúde.

Está claro que promover momentos de reflexão e problematização acerca da perda e do luto em idosos nos espaços técnicos e de gestão de saúde pode contribuir no desenvolvimento das habilidades que os profissionais de saúde precisam para lidar com o público em questão. Tal desenvolvimento profissional pode evitar que comportamentos inadequados e falhas na comunicação mantenham as pessoas idosas sem esclarecimento e acolhimento em um dos momentos mais delicados que o indivíduo pode experimentar.

Os idosos referiram que é na atenção primária que recebem um cuidado mais acolhedor nos momentos de perda e luto e que é possível que profissionais de saúde sejam vistos como suporte nesse momento. Portanto, o SUS também é apontado como uma ferramenta qualificadora do cuidado em saúde, neste caso.

A partir deste trajeto, aconselha-se a realização de novos estudos para a ampliação das evidências sobre esta temática não somente pela perspectiva das pessoas idosas, como também dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado durante a perda e o luto nos diversos níveis de atenção.

Recomenda-se a realização de novas investigações com o público ampliado, incluindo estudantes e docentes da área da saúde, bem como com gestores, para investigar a perda e o luto na perspectiva de outros atores e cenários, contribuindo para a ampliação e aprofundamento das discussões acerca desse fenômeno complexo e carregado de significados. Outras áreas ainda podem se somar às investigações e análises da temática como as ciências humanas e sociais, além das ciências aplicadas, para manifestar as particularidades que o cuidado a pessoa enlutada pressupõe.

REFERÊNCIAS

ARGYRIADIS, A. *et al.* Self-Assessment of Health Professionals' Cultural Competence: Knowledge, Skills, and Mental Health Concepts for Optimal Health Care. **Int J Environ Res Public Health**, v. 19, n. 18, p. 11282, set. 2022. DOI: 10.3390/ijerph191811282.

BRANDL, L. *et al.* Consulting the Oracle: A Delphi study for determining parameters for a mental health user profile and personalization strategy for an online service to aid grieving older adults. **Internet Interv.**, v. 28, 100534, abr. 2022. DOI: 10.1016/j.invent.2022.100534.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 dez 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 04 jan. 2022.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. psicol.** v. 37, e200090, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.

GARCÍA-SIERRA, R.; FERNÁNDEZ-CASTRO, J. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. **J Adv Nurs.**, v. 74, n. 12, 2809-2819, dez. 2018. DOI: 10.1111/jan.13805.

HARRIS, D.; GILLIGAN, T. Delivering Bad News. **Med Clin North Am.**, v. 106, n. 4, 641-651, jul. 2022. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.02.004.

KOLOKYTHAS, A. Greek philosophers: stoics and health care. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.**, v. 135, n. 5, p. 501, maio 2022. DOI: 10.1016/j.oooo.2022.01.019.

LASSA, S. *et al.* Power Dynamics Among Health Professionals in Nigeria: A Case Study of the Global Fund Policy Process. **Int J Health Policy Manag.**, v. 11, n. 12, dez. 2022. DOI: 10.34172/ijhpm.2022.6097.

LAVELA, S. L.; KALE, I.; BURKHART, E.; BOMBARDIER, C. H. Strategies for health care providers to help individuals experiencing grief and loss due to spinal cord injury (SCI): A qualitative study. **Rehabil Psychol.**, v. 67, n. 3, p. 315-324, ago. 2022. DOI: 10.1037/rep0000438.

MAIRINK, A. P. A. R.; GRADIM, C. V. C.; PANOBIANCO, M. S. O uso da metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200494, 2021.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, C. *et al.* A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 28, n. 4, p. 721-737, 2021. DOI:10.1111/jpm.12727

WELDINGH N. M.; KIRKEVOLD M. What older people and their relatives say is important during acute hospitalisation: a qualitative study. **BMC Health Serv Res.**, v. 22, n. 1, p. 578, abr. 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-07981-9.

MOLINA, N. *et al.* Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. **Behav. Sci.**, v. 9, n. 5, p. 53, 2019. DOI: 10.3390/bs9050053.

MOLINA-MULA, J.; GALLO-ESTRADA, J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, p. 835, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>

ZOTTERMAN, A. N.; SKÄR, L.; SÖDERBERG, S. Dignity encounters: the experiences of people with long-term illnesses and their close relatives within a primary healthcare setting. **Prim Health Care Res Dev.**, v. 23, e72, 14 nov. 2022. DOI: 10.1017/S1463423622000603.

OZARAS, G.; ABAAN, S. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. **Nurs Ethics**, v. 25, n. 5, p. 628-639, ago. 2018. DOI: 10.1177/0969733016664971.

PIMENTEL, V. R. de M.; SOUSA, M. F. de; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, p. e320316, 2022.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. D.; CABRERA, M. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 38, n. 9, e00130222, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222.

SALLNOW, L. *et al.* Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. **Lancet**, v. 399, n. 10327, p. 837-84, 2022. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X).

TAKASE, A. *et al.* Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system. **BMC Health Serv Res.**, v. 22, n. 1, p. 1400, 23 nov. 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-08838-x.

THE ECONOMIST. **The 2015 Quality of Death Index**. Ranking palliative care across the world: a report by The Economist Intelligence Unit. 2015. Disponível em: <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

WILSON, D. M. *et al.* What exactly is “complicated” grief? A scoping research literature review to understand its risk factors and prevalence. **OMEGA-J. Death Dying**, v. 86, n. 2, 2020. DOI: 10.1177/0030222820977305.

YAN, H. Grief and bereavement of family and friends around medical assistance in dying: scoping review. **BMJ Support Palliat Care**, 13 set. 2022. DOI: 10.1136/spcare-2022-003715.

6.3 MANUSCRITO 3 - EXPERIENCIANDO A PERDA E O LUTO DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

EXPERIENCIANDO A PERDA E O LUTO DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

EXPERIENCING LOSS AND GRIEF DURING THE COVID-19 PANDEMIC

EXPERIMENTAR LA PÉRDIDA Y EL DOLOR DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

RESUMO

Objetivo: compreender como as pessoas idosas experienciam o luto pela perda de pessoas próximas durante a pandemia de Covid-19. **Métodos:** trata-se de um estudo explicativo de abordagem qualitativa, com referencial da Teoria Fundamentada nos Dados construtivista, realizada com 24 pessoas idosas inseridas nas Unidades Básicas de Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas, e o conteúdo foi analisado por meio da codificação inicial e focalizada. **Resultados:** foram obtidas duas categorias: “Experimentando a perda em um cenário de pandemia” e “Convivendo com o enlutamento, o envelhecimento, e o adoecimento de si durante a pandemia”. A partir da interação dessas, emergiu o fenômeno “Experienciando a perda e o luto durante a pandemia de Covid 19”. **Considerações Finais:** foi possível identificar como as vivências dos idosos no período de pandemia de COVID-19 repercutiram no seu processo de perda e luto, sendo influenciados por fatores, como a interrupção do cuidado dispensado aos seus próximos, a ausência dos ritos funerais, a impossibilidade de dizer adeus, o isolamento social e o medo da doença.

Palavras-chave: COVID-19; Idoso; Enfermagem em Saúde Pública, Luto, Isolamento Social

ABSTRACT

Objective: to understand how elderly people experience grief over the loss of close people during the Covid-19 pandemic. **Methods:** this is an explanatory study with a qualitative approach, based on the Grounded Theory on Constructivist Data, carried out with 24 elderly people inserted in the Basic Family Health Units. Data collection took place through interviews, and the content was analyzed through initial and focused coding. **Results:** two categories were obtained: “Experiencing loss in a pandemic scenario” and “Living with bereavement, aging, and self-illness during the pandemic”. From their interaction, the phenomenon “Experiencing loss and grief during the Covid 19 pandemic” emerged. **Final Considerations:** it was possible to identify how the experiences of the elderly in the period of the COVID-19 pandemic had repercussions on their process of loss and mourning, being influenced by factors such as the interruption of care provided to their close ones, the absence of funeral rites, the impossibility of saying goodbye, social isolation and fear of the disease.

Keywords: COVID-19; Elderly; Public Health Nursing, Mourning, Social Isolation

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo los ancianos experimentan el duelo por la pérdida de personas cercanas durante la pandemia de Covid-19. **Métodos:** se trata de un estudio explicativo con enfoque cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada en Datos Constructivistas, realizado con 24 ancianos insertos en Unidades Básicas de Salud de la Familia. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas, y el contenido se analizó a través de una codificación inicial y focalizada. **Resultados:** se obtuvieron dos categorías: “Vivir la pérdida en un escenario de pandemia” y “Vivir el duelo, el envejecimiento y el autoenfermedad durante la pandemia”. De su interacción surgió el fenómeno “Experimentando la pérdida y el duelo durante la pandemia del Covid 19”. **Consideraciones finales:** fue posible identificar cómo las vivencias de los ancianos en el período de la pandemia de COVID-19 repercutieron en su proceso de pérdida y duelo, siendo influenciados por factores como la interrupción del cuidado brindado a sus allegados, la ausencia de ritos funerarios, imposibilidad de despedirse, aislamiento social y miedo a la enfermedad.

Descriptor: COVID-19; Anciano; Enfermería en Salud Pública, Duelo, Aislamiento Social

INTRODUÇÃO

O mundo começou a enfrentar uma crise de saúde a partir do final do ano de 2019 quando foi descoberta a variação de um coronavírus denominado SARS-Cov-2. No dia 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi comunicada de casos de infecções respiratórias na cidade de Wuhan, na China. Tal infecção foi posteriormente denominada de Covid-19 e declarada como pandemia mundial no dia 20 de março de 2020. No Brasil, até o ano de 2023 mais de 37 milhões de casos foram confirmados e mais de 700 mil óbitos foram notificados (WHO, 2020; HUANG *et al.*, 2020; AGUIAR *et al.*, 2020; BRASIL, 2023).

As pessoas idosas foram especialmente afetadas nos mais diversos âmbitos pela Covid-19. Apesar das tentativas de adaptação e sobrevivência a esse cenário, os idosos apresentaram níveis aumentados de medo e estresse durante todo o período. A população teve seu bem-estar e qualidade de vida afetados. Além do contágio pela doença, na qual a população idosa apresentava-se como público de risco, os sentimentos conflitantes, a limitação de espaço, a interrupção das atividades e a solidão desencadearam doenças que afetaram a saúde mental e física nas pessoas idosas (PEREIRA; FERNANDES; AGUIAR; SOUSA, 2022).

Além dos estigmas atribuídos às pessoas durante o envelhecimento, o curso da pandemia reforçou tais preconceitos, principalmente pelos idosos brasileiros possuírem maior vulnerabilidade com relação às doenças crônicas. Além disso, os idosos tiveram que lidar com a perda de seus familiares e/ou pessoas próximas de forma isolada e com restrito apoio social e comunitário. Presume-se que os conflitos vivenciados em decorrência destes fenômenos não foram ainda amplamente relatados pela literatura científica e as experiências destas pessoas ainda não foram consideradas de maneira ampla na tomada de decisões públicas de saúde (MEDEIROS, 2021; MUNIZ *et al.*, 2023).

Poucos foram os períodos da história mundial em que a humanidade lidou de maneira tão coletiva com o medo, a dor, a perda e o luto. À medida que o Coronavírus transformou as necessidades de saúde no mundo, fomos acompanhando muitas pessoas morrerem, em um curto espaço de tempo. Dentre os que se foram, ocorreram os casos daqueles que estavam completamente isolados e desacompanhados das pessoas mais próximas, deixando enlutados os familiares que não tiveram a chance de despedirem-se adequadamente. A pandemia ainda tem afetado a maneira como a equipe de saúde passou a cuidar das pessoas em sua finitude restringido os rituais e costumes que eram tradicionalmente praticados como permitir a despedida da família e o acompanhamento na fase final e preparo do corpo e os rituais religiosos e de velório praticados há séculos pelas sociedades ocidentais. Fato este que impactou sobremaneira as pessoas idosas que sobreviveram, mas não conseguiram se despedir de seus entes queridos acometidos pela doença (GOVEAS; SHEAR, 2020; ASHRAF *et al.*, 2022).

Embora sejamos encorajados pela resiliência humana em resposta às catástrofes, as pessoas idosas têm carregado um pesado fardo pelas consequências da recente pandemia. Dentre os problemas de saúde mental causados pelas perdas em decorrência da Covid-19 ainda acompanharemos um aumento nos transtornos de luto prolongado e outras dificuldades relacionadas ao isolamento, como a evidência de outras morbidades e fragilidades instaladas a partir deste período (GOVEAS; SHEAR, 2020; LOBOS-RIVERA *et al.*, 2023)

Baseados nesta problemática enfatiza-se que a população idosa requer estratégias e ações de saúde voltadas para o apoio e assistência na condição de luto decorrente da mais recente emergência de saúde pública, a pandemia de Covid-19. Para que ações sejam fomentadas e embasadas por evidências faz-se necessário o

urgente interesse de pesquisadores para a compreensão dos desdobramentos desse fenômeno na contemporaneidade. Visando contribuir para o tema, questiona-se neste estudo: como a pessoa idosa experiencia o luto pela perda de uma pessoa próxima durante a pandemia de Covid 19?

OBJETIVO

Compreender como as pessoas idosas experienciam o luto pela perda de pessoas próximas durante a pandemia de Covid-19

METODOLOGIA

Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos recomendados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Previamente a participação as pessoas idosas, informadas sobre o projeto e os procedimentos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPESH/UFSC), processo nº46870421.9.0000.0121, além de ser autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Joinville. Com vistas a garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados com a letra “PI” de “Pessoa Idosa”, seguido do número correspondente à ordem de sua entrevista.

Tipo de estudo

Este é um estudo qualitativo orientado pelo referencial teórico metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) sob a ótica da vertente construtivista. A TFD construtivista pressupõe que o conhecimento é construído e cocriado em um processo ativo a partir das interações humanas (CHARMAZ, 2009). Para retratar a apresentação dos resultados desta investigação utilizou-se o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Cenário de Estudo

O estudo foi realizado em três Estratégias Saúde da Família que integram a Atenção Primária à Saúde do município de Joinville, Santa Catarina

Participantes e Fontes de Dados

Participaram do estudo 24 pessoas idosas. Quanto aos critérios de inclusão: ter mais de sessenta anos de idade, ter tido perda de pessoa próxima (familiares, cônjuges ou significantes) há mais de 30 dias, sendo o tempo de 30 dias estabelecido com o intuito de preservar o período mais frágil do luto; e, a pessoa idosa estar vinculado à equipe da estratégia da saúde da família da rede de atenção primária à saúde do município. Os critérios de exclusão foram: ter alguma dificuldade na audição ou na fala que dificultasse a comunicação.

A busca pelos participantes teve início pela parceria com enfermeiras e agentes comunitárias de saúde da unidade básica de saúde com a identificação do público em potencial, uma vez que não há um sistema de informação que notifique pessoas enlutadas na rede de saúde. Após a identificação, as profissionais realizavam um primeiro contato e comunicavam a possibilidade do convite para a pesquisa, se os idosos assentissem, era realizado um agendamento da visita da pesquisadora no domicílio, onde eram realizadas a explicação dos objetivos do estudo, cuidados éticos e que seriam submetidos à uma entrevista com uso de gravação e na sequência procedia-se o convite para participação da pesquisa. As pessoas que aceitaram participar, agendavam com a pesquisadora o horário mais conveniente para a coleta de dados. Todos os que inicialmente foram convidados assentiram participação.

Coleta e Organização dos Dados

O período de coleta de dados estendeu-se de junho de 2022 até fevereiro de 2023. Na Teoria Fundamentada nos Dados o processo de coleta e análise (codificação) ocorre simultaneamente. A coleta foi realizada utilizando-se de entrevistas individuais semiestruturadas. As questões abrangiam perguntas de caráter sociodemográfico, como sexo, idade, estado civil, religião, como classificavam sua independência e autonomia para atividades diárias, com quem residiam, motivo da

morte do próximo, tempo decorrido da perda. Além disso, foram utilizadas questões norteadoras relacionadas às experiências e percepções a respeito de vivenciar o luto em meio a pandemia mundial. As questões foram sendo adequadas e direcionadas a partir dos dados que surgiam em cada coleta.

O contato com as pessoas idosas foi feito a partir de visita domiciliar, sobretudo diante da dificuldade de deslocamento das pessoas idosas. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra logo após cada coleta. Após cada entrevista eram redigidos memorandos com as impressões e insights da pesquisadora sobre a entrevista. A coleta foi finalizada uma vez que se alcançou a saturação teórica, ou seja, os dados já não traziam informações que permitissem novas reflexões e hipóteses a respeito das pré categorias sinalizadas pelos dados codificados.

Análise dos Dados

O processo de análise foi desempenhado em duas etapas de codificação, a inicial e a focalizada (CHARMAZ, 2009). A codificação inicial compreende o processo de fragmentação dos dados, que são analisados linha por linha e comparados entre si, com o objetivo de se pensar em conceitos para os achados convertendo-os em códigos. Já a codificação focalizada os códigos eram elaborados de maneira mais direcionada e seletiva, na tentativa de explicar de forma sintetizada os principais segmentos dos dados. Tais procedimentos levaram à descoberta da categoria central desta pesquisa. Essa pesquisa não teve intuito de desenvolver uma teoria, mas de aproveitar do referencial teórico metodológico até que se chegasse a uma categoria central.

Para otimizar a organização dos dados, utilizou-se o *software* NVIVO®, que possui ferramentas de auxílio a codificação. A partir das 24 entrevistas iniciais, mais quatro entrevistas de validação e mais de 40 memorandos escritos durante a coleta e codificação dos dados, foram obtidos um total de 1112 códigos iniciais que foram transformados em 42 códigos focalizados por meio do processo de comparação constante entre os conteúdos de cada entrevistas e entre os conteúdos da comparação de todas elas.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos 24 idosos que participaram desta pesquisa, o intervalo etário variou entre 60 e 82 anos, sendo a maioria do sexo feminino (18). Quanto à situação de moradia, declararam que moram sozinhos (8), com filhos (8), com o cônjuge (6) e com irmãos (2). No que tange a autonomia e independência para atividades da vida diária, 19 julgaram-se independentes para atividades diárias, 3 semi-dependentes e 1 dependente. A respeito da prática religiosa, afirmaram ser luteranos (10), católicos (9), evangélicos (3) e umbandista (1).

Oriundos do processo de codificação e integração sistemática dos dados emergiu o fenômeno apresentado neste estudo "Experienciando a perda e o luto durante a pandemia por Covid-19", sustentado por duas categorias, reveladas a seguir

EXPERIMENTANDO A PERDA EM UM CENÁRIO DE PANDEMIA

Nesta categoria as pessoas idosas estão falando sobre o seu processo de perda, narram que se sentiram impedidos de dizer um adeus apropriado em decorrência da pandemia, também relacionam à Covid-19 essa antecipação da sua perda. Ainda durante a perda, relatam como foi ver o cuidado que dispensavam aos seus próximos ser interrompido pelas medidas de prevenção implementadas na pandemia e como foi não poder realizar os ritos funerários adequadamente.

SENTINDO-SE IMPEDIDO DE DIZER ADEUS

As pessoas idosas sentem que a pandemia por Covid 19 precipitou o adeus, sentem que seus próximos ainda tinham anos de vida pela frente e saúde para desfrutá-los, ainda que fossem, em sua maioria, idosos. Nota-se a dificuldade que as pessoas idosas têm em pronunciar a palavra Covid, nomeando-a como "essa doença" (*in vivo code*), o que demonstra a adversidade ainda presente com relação aos sentimentos e emoções despertados pela perda em meio a pandemia.

“Olha, minha mulher morreu, foi ano passado, ela não tinha nada, nada, estava forte, daí bateu essa doença que ninguém sabia, bateu febre e febre, a gente levava para o hospital, mandavam embora, na quarta vez que levamos naquela semana ela já não voltou mais, já

ficou lá. Ficou 2 meses na UTI. E sabe, ela era forte, tinha saúde bem boa, mas ficou dois meses na UTI, ninguém viu mais ela, nem falamos mais com ela.” (PI 15)

“Foi de repente, ele começou tipo com pianço, aí uma tossezinha começou a ficar cansado, e nós pensamos que era essa praga dessa doença mesmo! covid...” (PI 4)

As pessoas idosas apontaram para outro fator que estaria atrelado a prematuridade da perda de seus próximos em meio a pandemia por Covid-19: a sobrecarga hospitalar e comprometimento da assistência de saúde durante o período, pois as pessoas idosas creditam à doença o aceleração de mortes e agravamento indireto dos problemas de saúde.

“Na verdade, ela (esposa) tinha problema de enfisema pulmonar, bronquite, desde quando era nova e daí ela foi se acabando, se acabando, cada vez mais. Ai, quando começou o Covid-19 ela não quis mais continuar o tratamento, não quis mais sair de casa, ficou com medo de pegar o Covid-19, mas só que aí começou a se agravar cada vez mais, ela não tinha dor nenhuma, só fraqueza. Aí se internou no PA por dois dias e depois levaram ela para outra cidade porque aqui não tinha recursos para ela, de lá, depois de 10 dias, faleceu.” (PI 2)

“Perdi faz pouco tempo a mãe, eu não sabia que ela iria tão ligeiro assim, ela não estava doente, claro ela tinha 87 anos, mas você olhava e não parecia e ela se entregou de repente, e nós fizemos de tudo, chamamos médicos, uns 5 ou 6, vieram aqui, aí eles diziam: não interna, por causa da Covid. Aí eu fiquei tão nervosa!” (PI 10)

Um sinal dos tempos pandêmicos vividos no período da coleta de dados está presente nos discursos, quando os idosos descrevem a forma como a pandemia interferiu no seu luto. Os idosos revelaram que gostariam de ter estado mais próximos aos seus no prenúncio da morte, na fase final da vida destes. Gostariam de ter assistido e cuidado de seu próximo em sua partida, mas o contexto da pandemia isolou as pessoas idosas e impediu que isso ocorresse.

INTERROMPENDO O CUIDADO DE SEU PRÓXIMO EM CONSEQUÊNCIA DA COVID-19

Nesta subcategoria as pessoas idosas revelam que dentre os fatores que contribuíram para o sofrimento durante a pandemia foi a interrupção do cuidado que dispensavam aos seus próximos.

“Eu não pude acompanhar ela, por causa da idade e do Covid e eu quase não posso usar máscara que me dá falta de ar, aí eu não podia entrar no hospital.” (PI 2)

“Ele começou a piorar, eu dizia pra ele, meu velho, se você for pro hospital, meu velho, sabe que eu não posso entrar, pessoa de idade eles não deixam com essa covid.” (PI 4)

“Lembro que naquela noite minha outra filha ficou lá e eu aqui matutando as coisas, e eu não podia ir pra lá por causa da idade, o hospital não me aceitava na Covid.” (PI 11)

“Menina, ela ficou no hospital 16 dias, no São José e o pior é que eu não podia ir visitar, porque quem tem 60 anos não pode ir visitar, por causa da Covid.” (PI 12)

A impossibilidade de cuidar traz aos idosos sentimentos de preocupação e, sobretudo, de culpa, por não estarem próximos aos seus em sua finitude e sofrimento. Somado a perda dificultada pelas narrativas das subcategorias anteriores os idosos ainda enfrentaram dificuldades no momento de dizer adeus, relacionados a impossibilidade de realizar os ritos funerários, como descreve a subcategoria seguinte

SENTINDO A AUSÊNCIA DOS RITOS FUNERÁRIOS

Os ritos funerários têm uma importância e uma simbologia cultural e histórica em nossa sociedade. Para as pessoas idosas, ligadas ainda a determinadas crenças religiosas durante toda uma vida, esses ritos podem ser especialmente representativos nas primeiras fases do luto. A pandemia impediu, em muitos casos, o cumprimento de ritos que os idosos consideravam importantes e dignos de serem feitos, sendo, muitas vezes, entendidos por eles como um desrespeito aos direitos e à memória de seus próximos que se foram.

“Eles não deixavam a gente entrar no hospital, é para acabar também,

nem teve velório. Meu senhor!...” (PI 15)

“Daí foi assim, um enterro que não teve meus familiares, eles poderiam estar ali juntos, não vieram e até hoje não vieram e daí eu fico pensando, eu acho assim, que por causa da pandemia tem que se cuidar, mas eu acho comigo, que se for da minha família eu daria um jeito de estar perto.” (PI 8)

“Daí eu fui ao consultório do médico e o médico falou para mim que o problema dela que era pulmão e que ela estava com Covid. Ai eu não aceitei a notícia, eu disse: doutor, se ela pegou o Covid foi aqui, porque de casa ela não trouxe, eu acompanho 3 anos e meio, o problema dela é pulmão, eu sei. Eu conhecia muito bem o histórico de saúde, aí ele pediu para assistente social buscar os exames dela e quando ela trouxe os 2 exames de Covid, os 2 estavam negativos. Agora se eu se eu deixo assim sim ia ser assinado assim a certidão de óbito dela, como Covid. Então eu tive que questionar e por esse motivo eu pude fazer um enterro decente para ela.” (PI 1)

O trecho acima, ainda aponta para outro fator relacionado a ausência dos ritos funerais, o isolamento dos familiares, o aumento da sensação de estar sozinho em um dos momentos mais delicados que o ser pode experimentar. Portanto, a pandemia isolou os idosos enlutados e repercutiu em isolamento social desse público, sem precedentes. Entretanto, alguns idosos descumpriram as regras sanitárias e procuraram maneiras alternativas de obter apoio familiar e social neste momento.

“Não tivemos a oportunidade do funeral. Primeiro eles pediram pra levar a roupa pra ele, levamos, daí eles devolveram que não iam usar, porque não ia ter velório. Só que depois que a gente falou com o nosso advogado, ele disse que eles não podiam ter feito isso antes do resultado do Covid, que podiam ter liberado ele depois do resultado. Mas não adiantou, a minha casa encheu de gente, eu tenho essa liderança na comunidade, e a rua era cheia de carro e eu digo: meu deus, e agora, a Covid? Mas estava todo mundo de máscara.” (PI 13)

“Tinha muita gente no cemitério, às vezes eu fico pensando assim, eles proíbem a gente de velar, que no cemitério tem que ser 20 min, mas ninguém respeitou, a funerária chegou e já estava cheio de gente lá, tinha parente por tudo, ficamos mais de uma hora lá, celebrando, cantando, a gente ficou com o caixão lacrado.” (PI 14)

As pessoas idosas falaram sobre o isolamento do corpo e os sentimentos de injustiça que isso desencadeou.

“A minha irmã que faleceu, eles tiveram que ir iguais a uns astronautas levar o caixão dela.” (PI 14)

Reflexões a respeito de um enlutamento de magnitude sem precedentes foram levantadas pelos participantes, muitas pessoas idosas assistiram de maneira isolada as muitas mortes na família, de forma que não havia espaço de tempo disponível para processar uma perda, antes que outra acontecesse, experimentando, portanto, um acúmulo de processos de luto.

“E além do meu marido eu perdi mais 6 ou 7 de Covid na minha família. Em coisa de um mês, tive luto atrás do outro. Depois do meu marido, foi meu sobrinho, ele estava no velório do meu marido e 21 dias depois ele já estava sendo sepultado. Se foi a minha sobrinha também, 52 anos, e a filha dela com 23, pensa, a filha cuidou da mãe, pegou Covid também, na missa de um mês da morte da mãe, era o sétimo dia da filha. Depois morreu mais uma sobrinha aqui de Joinville, que teve neném, o neném sobreviveu, ela morreu. Então mais um sobrinho em Porto Alegre, de 27 anos. Morreu muita gente dos nossos, não dava nem tempo. Até minha neta me levou ao psiquiatra por isso. Ainda hoje me alimento pouco, eu já era de pouco me alimentar.” (PI 14)

Após experienciar o processo de perda durante a pandemia, as pessoas idosas relatam como foi o processo de luto consequente da perda, é disso que trata a categoria a seguir

CONVIVENDO COM O ENLUTAMENTO, O ENVELHECIMENTO E O ADOECIMENTO DE SI DURANTE A PANDEMIA

Desde o decreto que vivenciávamos uma pandemia mundial as pessoas idosas foram classificadas como população de risco para a doenças, por uma combinação de fatores. Os participantes deste estudo tiveram que lidar com as consequências do medo de ver a vida ameaçada por uma doença ainda pouco conhecida, ao mesmo tempo em que conviviam com o luto dos seus próximos, muitas vezes vítimas da Covid-19, e com seu próprio envelhecimento, que já traz importantes mudanças por si só. Os idosos estão sentindo, a cada novo acontecimento relacionado ao Covid-19, que estão vivenciando o luto tudo de novo (*in vivo code*).

VIVENCIANDO TUDO DE NOVO

Aqui os idosos estão revelando como se sentiram ao, além de vivenciar a perda durante a pandemia do Covi-19, virem a adoecer pela doença ou conviver com

o medo do contágio. Narram como se estivesse vivenciando tudo de novo, pois a causa de morte de muitos de seus familiares ainda era uma ameaça iminente.

“Eu vim para casa e fiquei cada vez pior, até que fui ao PA aqui, fizeram os testes, para Covid, os dois deram positivo, não estava com febre, só tinha muita dor no corpo de novo dor de cabeça e muita fraqueza, que não podia quase nem andar, fizeram um raio x do meu pulmão, fiquei até o final da tarde no PA e me liberaram. Vim fazer o tratamento em casa, tomei remédios por 14 dias e não melhorei, só que não estou legal ainda. Quando a gente pensa: agora eu estou melhorando, daí parece que volta tudo de novo. Já não estamos passando um momento fácil não é vem esses desafios, mas faço o que posso.” (PI 1).

“Até agora eu choro pelos cantos, e depois de dois meses que ele morreu, ainda peguei Covid, minha filha quase ficou doida, mas graças a deus já tinha tomado a primeira dose da vacina, mas até agora tenho canseira e eu não gosto de pedir as coisas, eu gosto de fazer.” (PI 4)

“E olha, essa doença dela, eu também peguei, mandaram eu fazer exame. Cheguei no médico, ele disse, o que o senhor tem? Digo, nada. Aí ela disse, o senhor que pensa, olha, o senhor está com Covid e a gente vai ter que fazer uns exames no senhor, cheguei lá nove horas e saí de lá quase quatro horas da tarde, me fizeram tudo que é exame, fiquei sentando e levantando lá, aí me chamaram.” (PI 7)

Assimilou-se também que as pessoas idosas sentiram as consequências do isolamento social ocasionado pela pandemia. A falta de conforto e contato humano, especialmente necessários durante a condição de luto. Observa-se que não foi uma possibilidade, o que afetou diretamente a forma como a perda e o luto foram sentidos.

SENTINDO AS CONSEQUÊNCIAS DO ISOLAMENTO SOCIAL APÓS A PANDEMIA

A presente subcategoria desvela o quanto o isolamento social após a pandemia interferiu na no processo de vivência do luto dessas pessoas. A situação se agrava por se tratar de um período especialmente frágil, no qual as pessoas idosas revelam desejo de ter podido contar com mais apoio, presença e afeto.

“Agora com essa pandemia a gente não sai, nada, já vou ficando um pouco depressiva. Você tem que sempre se doar, olhar nos olhos, agora com essa pandemia ninguém mais se encosta, isso é muito triste viu!” (PI 10)

“Foi uma época tão difícil, a gente não podia se aproximar de ninguém, isso eu senti falta, de um abraço (chora).” (PI 8)

Para além do que foi relatado, o medo instalado como consequências das perdas durante a pandemia transformou a forma de agir, pensar e sentir das pessoas idosas. Muitas preveniram-se além do recomendado, numa espécie de isolamento preventivo, solitário, privando-se de contatos próximos, de assistência à saúde mental e psicológica o que levou ao aumento do medo de perder outros familiares e medo da própria morte.

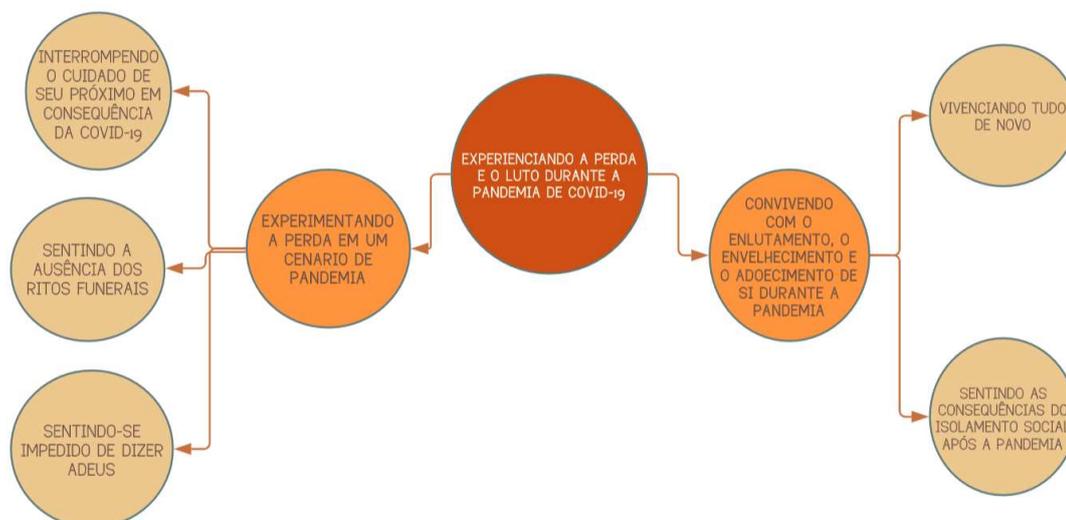
“Meus filhos chamam muito para sair, quando vão pro sítio, para qualquer lugar e eu estou desviando um pouco também por causa da minha saúde, porque dependendo do lugar para onde a gente vai a gente não sabe se vai ficar bem ou não.” (PI 1)

“Depois minha outra filha ficou mal de Covid, atingiu o pulmão, cansaço. Me deu tanto medo, ela só dizia, se eu morrer, por favor, cuida bem das crianças, aí todos nós chorávamos juntos.” (PI 11)

“Depois da pandemia, tu começa a pensar até na tua vida, será que eu estou indo também? A gente começa a se questionar” (PI 2)

A partir da conexão das categorias aprofundadas acima e seus respectivos códigos, podemos apresentar a experiência das pessoas idosas enlutadas durante a pandemia por Covid-19 e seus processos. Para elucidar as interações do fenômeno apresentado, foi elaborado um diagrama representativo (Figura 6).

Figura 6 - Diagrama representativo da interação das categorias com o fenômeno, Brasil, 2023



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

DISCUSSÃO

Foi exequível compreender como as pessoas idosas experienciam o luto pela perda de pessoas próximas durante a pandemia de Covid-19, salientando que isso se deu a partir de influências diversas que compõem sentimentos e experiências tão únicas relacionadas a se viver um luto em meio a pandemia mundial, sobretudo por se tratar de pessoas com mais de sessenta anos, que já sentem as questões próprias do envelhecimento.

Pessoas idosas em todo o mundo enfrentaram a perda repentina de familiares e amigos por consequência da Covid-19. Uma pesquisa realizada com idosos de 27 países concluiu que a pandemia teve implicações negativas persistentes na saúde dos idosos sobreviventes à doença e mesmo considerando os aparentes custos coletivos da Covid-19, os idosos enlutados sofreram consequências particularmente maiores que a população geral (WANG; VERDERY; MARGOLIS; SMITH-GREENAWAY, 2022).

Corroborando com a importância dos estudos sobre enlutamento, ressalta-se que cada morte por Covid-19 afeta inúmeras pessoas ligadas àquela que se foi. Uma investigação científica conduzida nos Estados Unidos revelou que cada morte por

Covid-19 resulta em uma média de nove pessoas fortemente enlutadas e que, dentre estas, as pessoas idosas são a faixa etária com a maior probabilidade de sofrer a perda de um pai, filho, irmão ou cônjuge pela doença (VERDERY; SMITH-GREENAWAY; MARGOLIS; DAW, 2020).

Como as mortes relacionadas a Covid-19, sobretudo em ambiente hospitalar, eram circunstâncias que exigiam práticas rígidas de controle de infecção, os três atores envolvidos: os pacientes, familiares e os profissionais de saúde se isolaram, apesar da necessidade de contato que a descoberta de uma doença, a morte e o enlutamento exigem. Nesta problemática que as pessoas idosas vivenciaram durante a pandemia foi a morte isolada de seus familiares o que mais impactou a pessoa idosa. Não obstante houve esforços das equipes de saúde na tentativa de buscar estratégias de aproximação entre os hospitalizados por Covid-19 e seus familiares. No entanto, as estratégias não eram suficientes para aliviar as dúvidas e angústias nos familiares. As pessoas idosas e os profissionais de saúde que vivenciaram tal experiência reconheceram que sentiam cotidianamente muita solidão e um vazio imenso durante todo período que tiveram que se manter em isolamento (NISHIMURA *et al.*, 2023).

A perda de um familiar e o enlutamento não foram as primeiras causas de sofrimento entre pessoas idosas no período pandêmico. O medo da Covid-19 foi associado ao aumento de doenças e inúmeros outros desafios à saúde psicossocial de pessoas idosas. Sabe-se que o apoio social a essas pessoas tem sido objeto de investigação gerontológica e um dos fatores apontados como uma possível contribuição é o uso das redes sociais por esse público durante a pandemia. Um estudo com 239 idosos conclui que o uso de meios on-line de socialização foi associado a diminuição do medo por Covid 19, o que sustenta a hipótese que os idosos com maior vulnerabilidade e menos acesso a recursos podem ter sofrido ainda mais (SCHILZ *et al.*, 2022).

No presente estudo os entrevistados apontaram para a importância dos ritos funerários, o que corrobora com a literatura no sentido de que tais ritos são formalidades sociais que trazem significado aos enlutados e, normalmente, são espaços onde acontecem expressões de sentimentos, trocas de experiências e conforto físico e emocional para além do diálogo (através de abraços, apertos de mão e expressões faciais). Os idosos que vivenciaram luto em meio a pandemia referiram que não conseguiram se despedir da maneira que desejavam. Apesar de algumas investigações neste campo, há ainda uma notável falta de pesquisas que identifiquem

os resultados do luto, ajustamento social e sintomatologia psicológica entre pessoas idosas que perderam familiares durante a pandemia (BURREL; SELMAN, 2022; LOPES *et al.*, 2023).

Estamos agora na era pós coronavírus, no entanto os fatores associados ao medo da doença entre pessoas idosas apontam para uma diminuição do bem-estar e do uso de cuidados primários de saúde. Um estudo transversal realizado em unidades primárias de saúde com 444 pessoas idosas com doenças crônicas mostrou que aproximadamente 78% deste público foi afetado negativamente pelo medo da contaminação e o agravamento da multimorbidade pós Covid-19. Tal estudo sugere a necessidade de explorar o fenômeno do medo de contaminação que as pessoas idosas vivenciaram e seus efeitos negativos sobre seu bem-estar e qualidade de vida. Para pessoas idosas tal isolamento é especialmente importante pois o bem-estar subjetivo desta população está relacionado com a felicidade, satisfação com a vida e emoções positivas (ALHALAI *et al.*, 2022).

A solidão é uma das consequências do isolamento das pessoas idosas durante a pandemia, mas somado ao enlutamento as consequências são negativamente mais notáveis. Segundo Choi *et al.* (2022), as pessoas idosas se viram em meio a necessidade de cancelar e avaliar atividades sociais e contato próximo e a diminuição destas atividades sociais aumentou a probabilidade de solidão, sobretudo entre idosos brancos e com níveis mais altos de educação e renda. Independente do perfil dos idosos, os autores argumentam que nem todos os grupos foram contemplados com investigações científicas e que são urgentes os esforços que resultem em intervenções personalizadas para ajudar pessoas idosas a manter conexão social e métodos de comunicação virtual, diminuindo o isolamento social que já existia e foi agravado pela recente pandemia (CHOI; FARINA; WU; AILSHIRE, 2022).

Uma análise importante foi realizada com mulheres idosas que vivenciaram o isolamento social na pandemia. A maioria que percebeu consequências negativas significativas residia sozinha e pertencia a um baixo nível econômico e de escolaridade ou eram de uma minoria racial. Este grupo era menos propenso a ter acesso à internet e por conseguinte não acessava serviços online de informações de saúde. Sendo as mulheres consideradas socialmente o pilar dos contatos e relações familiares, o isolamento afeta a capacidade de estabelecer conexões compromete o sentimento de pertencimento e bem-estar (SILBERZAN; MARTIN; BAJOS, 2022).

Ressalta-se que a saúde das pessoas idosas é, portanto, vulnerável aos efeitos das mudanças na vida cotidiana e na convivência social, sobretudo após a perda de uma pessoa estimada. A recuperação de problemas de saúde pode ser atrasada a depender do isolamento destas pessoas, assim como as consequências para sua saúde mental e física. As restrições impostas pela Covid-19 colocaram as pessoas mais velhas numa espécie de "casulo", por vezes, em detrimento de sua saúde. Os profissionais de saúde precisam urgentemente implementar estratégias que promovam o descondicionamento pós pandêmico de idosos em situação de isolamento, estimulando-os ao retorno das convivências familiares e sociais saudáveis (DUNFORD; BROOKE, 2022; LOPES *et al.*, 2023).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações do estudo precisam ser observadas. Os achados apresentados aqui se referem a população idosa que já possuía certo vínculo com a equipe de saúde primária o que pode ter resultado em uma exclusão da população idosa mais isolada no território. Outra limitação é não ter entrevistado idosos residentes de instituições de longa permanência, que foram bastante afetadas pelas perdas, enlutamento e isolamento social acarretados pela pandemia Covid-19.

CONTRIBUIÇÕES PARA AS ÁREAS DA ENFERMAGEM E SAÚDE

Os achados desta pesquisa colaboram com a área da enfermagem e saúde no sentido de expandir o conhecimento sobre as perspectivas das pessoas idosas que experienciaram o luto por perdas de pessoas próximas durante a pandemia do Covid-19. Tais achados têm potencial para orientar reflexões e elaboração de estratégias de ação que contribuam para a promoção do envelhecimento e enlutamento saudáveis e apoiados de maneira efetiva pelos profissionais de saúde, familiares e população geral. As contribuições para políticas públicas de saúde relacionam-se ao fato de validar que na atenção à saúde a condição de luta da pessoa idosa deve ser foco de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta investigação evidenciaram a experiência do luto e da perda de uma pessoa próxima durante a pandemia de Covid-19 entre as pessoas idosas. Esse fenômeno é permeado pelas vivências prévias cujas pessoas experimentaram a perda em meio a um cenário pandêmico e conviveram concomitantemente com o envelhecimento, o enlutamento e o adoecimento de si. Nestes processos, as pessoas idosas sentiram que o adeus de seus próximos aconteceu prematuramente em virtude da Covid-19 e além da interrupção do cuidado que realizam de seus próximos, ainda sentiram a ausência dos ritos funerários impossibilitados ou modificados em virtudes das medidas de restrição do convívio social. Muitos deles adoeceram pela mesma doença que ceifou a vida de seus próximos ou tiveram muito medo de morrer ou ainda perderem outras pessoas de sua convivência.

Sabe-se ainda que inúmeras pessoas foram afetadas pelas perdas e enlutamento durante a pandemia, mas o impacto desse fenômeno entre pessoas idosas atingiu diretamente seu bem-estar e sua saúde física e emocional. Constatase que as experiências de perda e enlutamento de pessoas idosas durante a pandemia do Covid-19 deve ser objeto das políticas públicas e intervenções em saúde. Novas investigações científicas sobre o tema são recomendadas, sobretudo englobando outras realidades sociais e maiores desfechos desse fenômeno em médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. F. F. *et al.* Ambiente domiciliar seguro para o cuidado de idosos em tempos de pandemia da covid-19. *In*: SANTANA, R. F. (Org.). **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19**. 2.ed. rev. Brasília: ABen; 2020. p. 7-13. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c01>

ALHALAL, E. *et al.* Fear of contamination among older adults in the post-COVID-19 era. **Geriatr Nurs.**, v. 48, p. 1-7, nov./dez. 2022. DOI: [10.1016/j.gerinurse.2022.08.010](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.08.010).

ASHRAF, F. *et al.* Bereavement in Pakistan during the COVID-19 pandemic: Psychometric analysis of the Pandemic Grief Scale-Urdu Version (PGS-UV) **Death Studies**, v. 46, n. 6, p.1465–1471, 2022. DOI: [10.1080/07481187.2022.2048197](https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2048197).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BURRELL, A.; SELMAN, L.E. How do funeral practices affect the mental health, grief, and grief of bereaved relatives? A review of mixed methods with implications for COVID-19. **Omega (Westport)**, v. 85, n. 2, p. 845-383, jun. 2022. DOI: 10.1177/0030222820941296.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentalada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHOI, E. Y.; FARINA, M. P.; WU, Q.; AILSHIRE, J. COVID-19 Social Distancing Measures and Loneliness Among Older Adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 77, n. 7, e167-e178, jul. 2022. DOI: 10.1093/geronb/gbab009.

DUNFORD, S.; BROOKE, J. Effects of social isolation and restrictions on older people during the COVID-19 pandemic. **Nurs Older People**, v. 34, n. 4, p. 20-26, ago. 2022. DOI: 10.7748/nop.2022.e1400.

GOVEAS, J. S.; SHEAR, M.K. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 10, p. 1119-1125, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.06.021.

HUANG *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

LOBOS-RIVERA, M. E. *et al.* Pandemic grief in El Salvador: factors that predict dysfunctional grief due to a COVID-19 death among Salvadoran adults. **Psicol Reflex Crit.**, v. 36, n. 1, mar. 2023. DOI: 10.1186/s41155-023-00250-6.

LOPES, L. P. *et al.* The self-care process of community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220644, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0644>.

MEDEIROS, A. de A. Pessoas idosas e o Cuidado pós Covid-19. **Rev Bras geriatr gerontol.**, v. 24, n. 4, e210231, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210231>

MUNIZ, V. de O. *et al.* Aplicabilidade da Teoria dos Sintomas Desagradáveis para a população de homens idosos com COVID-19 no Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 27, e20220245, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0245pt>

NISHIMURA, M. *et al.* Providing End-of-Life Care for Patients Dying of COVID-19 and Their Families in Isolated Death During the Pandemic in Japan: The Providing End-of-life Care for COVID-19 Project. **Chest.**, v. 163, n. 2, p. 383-395, fev. 2023. DOI: 10.1016/j.chest.2022.10.009.

PEREIRA, J. R.; FERNANDES, D. de S.; AGUIAR, V. F. F. de, SOUSA, F. de J. D. de. Avaliação do medo e estresse pelo idoso na pandemia do novo coronavírus: um estudo transversal. **Cogitare Enferm.**, v. 27, e83400, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83400>

SCHILZ, M. *et al.* The Association Between Social Network and Fear of COVID-19 Among Older Adults. **J Gerontol Soc Work**, v. 65, n. 8, p. 822-831, nov./dez. 2022. DOI: 10.1080/01634372.2022.2045661.

SILBERZAN L, MARTIN C, BAJOS N; EpiCov Study Group. Social Isolation Among Older Adults in the Time of COVID-19: A Gender Perspective. **Front Public Health**, v. 10, p. 840940, 9 jun. 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.840940.

VERDERY, A. M.; SMITH-GREENAWAY, E.; MARGOLIS, R.; DAW, J. Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA**, v. 117, n. 30, p. 17695–17701, jul. 2020. DOI:10.1073/pnas.2007476117.

WANG, H.; VERDERY, A.M.; MARGOLIS, R.; SMITH-GREENAWAY, E. Bereavement From COVID-19, Gender, and Reports of Depression Among Older Adults in Europe. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 77, n. 7, e142-e149, jul. 2022. DOI: 10.1093/geronb/gbab132.

WHO. **Novel Coronavirus Situation Report**. 21 January 2020. World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4. Acesso em: 20 jan. 2022.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho lançou luz sobre os processos de perda e luto em pessoas idosas, por meio da exploração, conceituação e explicação dos aspectos envolvidos no fenômeno central. Tal abordagem somente foi possível em decorrência das recomendações teórico-metodológicas e analíticas da Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista. A pesquisa buscou conhecer e construir uma teoria sobre os processos pelos quais as pessoas idosas passam quando perdem uma pessoa próxima e vivenciam o luto. O estudo oportunizou também "apreender a percepção da pessoa idosa sobre o cuidado de saúde recebido durante a perda de uma pessoa próxima e a vivência do luto" e "compreender como as pessoas idosas experienciam o luto pela perda de pessoas próximas durante a pandemia de Covid-19".

Desde a infância nós estamos envolvidos em processos de perda, a começar pelo próprio crescimento e desenvolvimento pessoal. Estamos sempre nos despedindo, de uma fase, de um lugar, de nós mesmos, da forma como éramos anteriormente, além de dizer adeus continuamente a inúmeros objetos e símbolos em nossa caminhada pela vida. A cultura na qual estamos inseridos nem sempre privilegia a vivência do luto que as perdas desencadeiam nas pessoas para que elas se sintam apoiadas, reconhecidas e legitimadas em suas dores. Assim, como poderíamos esperar que os profissionais e serviços de saúde estivessem prontos para lidar com esse complexo fenômeno, em constante mutação?

Tanto a teoria concebida, quanto os estudos complementares propostos neste trabalho revelam que as respostas despertadas quando estamos em face da perda e do luto de pessoas idosas são complexas e multifacetadas. Somente a partir da compreensão dos fatores internos e externos às pessoas idosas é que se pode chegar a uma explicação plausível para a perda e o luto. Não é possível simplificar as respostas aqui apresentadas, uma vez que o conteúdo teórico revelado pelas pessoas idosas demonstra em detalhes determinados padrões, acontecimentos, sentimentos, emoções, narrativas e tomada de decisões que os participantes compartilharam em suas vivências.

Percebemos o quanto compartilhar o caminho com alguém, fez com que a pessoa próxima ocupasse um lugar central e um porto de chegada na vida dos idosos. Os idosos têm a consciência de que a pessoa próxima trilhou com eles um caminho que seria completamente diferente na ausência desta. Eles permaneceram ao lado

dos seus, até o final desse primeiro caminho, nas palavras deles, até o "fim". Antes de dizer adeus, ainda assumiram o cuidado dos seus próximos, mudaram as rotas do caminho em função da fragilidade do outro e então disseram adeus. Um adeus que os tirou "o chão", que os fez sentir num completo "vazio", de sentido, de forças, de som, de presença, um vazio tão profundo, que a impressão que tinham era que um pedaço de si tinha ido junto com a sua pessoa próxima. Descreveram como é estar no "fundo do poço", por perder alguém que era presença diária em suas vidas e relataram como o envelhecimento agrava certos aspectos do luto.

Reuniram forças para agarrar-se aos apoios disponíveis, recorreram aos poderes maiores nos quais acreditavam, demonstraram o desejo de serem reconhecidos pelo que fizeram pela pessoa próxima e pelo que sentiram com sua partida e puderam contar com seus familiares neste processo. Munidos de tais suportes voltaram a caminhar, reconstruindo os próprios espaços, honrando as memórias dos seus, mas agora, ao mesmo tempo em que iam redescobrando seu self e reinventando uma nova rota, como protagonistas de sua trajetória. Neste contexto, conseguiram enxergar, refletir e revelar como foi viver um luto em meio a um contexto de pandemia e como foi a assistência de saúde que receberam em todos os estágios dessa vivência.

A revisão de literatura realizada para este estudo confirmou que a produção científica em torno do tema ainda não é capaz de revelar toda a profundidade envolvida na compreensão da perda e do luto, sobretudo em pessoas idosas, e ainda menos no contexto brasileiro. Este trabalho forneceu novos insights sobre a perda e o luto em idosos, aprofundado pela teoria fundamentada nos dados, e desafia ideias atuais sobre como conduzir a perda e o luto em serviços de saúde. Ao invés do foco intervencionista observado em profissionais que lidam com pessoas idosas enfrentando perda e luto, a teoria se concentra na jornada e desvela a presença e a escuta acolhedora como os pilares principais do cuidado nestes casos. Enfatiza ainda a necessidade de humanização dos processos organizacionais até que se desenvolva uma cultura de suporte às perdas e prevenção de lutos complicados dentro dos serviços.

Todavia, compreende-se que é chegada a hora de redirecionar a abordagem para pessoas idosas em situação de perda e luto não exclusivamente para a assistência à saúde, pois o caminho percorrido na vivência dos processos descritos neste trabalho extrapola tais serviços, envolvendo os setores educacionais, sociais,

culturais e religiosos. Todas estas áreas precisam ser envolvidas na discussão a respeito do tema tratado nesta pesquisa.

A co-construção da teoria fundamentada me colocou próxima às experiências das pessoas idosas de uma maneira que relembrei, refleti e repensei as minhas próprias experiências com perda e luto. Me lembrei de várias das pessoas que cuidei ao longo da minha trajetória como enfermeira e que confiaram em mim para compartilhar suas perdas e lutos, e lembrei das minhas perdas e lutos que só têm sido superadas em decorrência do suporte disponível a minha volta. Ninguém vive perda e luto sozinho, o pressuposto inicial de que as pessoas vivem tais fenômenos a partir de suas interações foi amplamente reforçado pelos dados. Conforme já discutido nos resultados, a perda e o luto de alguém próximo deixa na história da pessoa uma marca, que se torna um símbolo permanente, que pode vir a ser reparado, recomposto e ressignificado, mas que não vai deixar de existir.

É claro, a esta altura, que os profissionais de saúde precisam estar preparados para compreenderem os complexos processos da perda e do luto, para que dispensem o cuidado adequado às crescentes demandas que as pessoas idosas apresentam. Para isso é necessário sensibilidade e empatia, mas também evidências científicas de qualidade com ampla divulgação. Os profissionais, pessoas idosas, familiares e sociedade em geral precisam compreender a naturalidade complexa dos processos envolvidos na perda e no luto, para que legitimem e reconheçam as necessidades das pessoas durante esse período. O que sabemos hoje é que as pessoas idosas estão perdendo seu próximos em ambientes que muitas das vezes não estão preparados para atendê-los, e isso influencia sobremaneira na qualidade de vida e saúde dessa pessoa durante e após a perda.

As pessoas que perdem e enlutam-se precisam ser vistas, respeitadas em suas reações e sentimentos e reconhecidas tanto do ponto de vista do que fizeram por seus próximos, quanto da legitimidade de seu pesar. Só assim, contando com esse suporte, vão sentir-se finalmente merecedoras de iniciar novos caminhos em suas vidas.

Confesso que muitas das reflexões dos participantes ressoaram sobremaneira em mim e na minha história. Já senti a maior parte dos processos revelados pelas pessoas idosas quando passei pela perda de meus pais e de minha irmã, mas eles não tinham um nome, uma organização e uma interpretação clara dentro de mim, como a que a teoria fundamentada moldou a partir dos dados das

peessoas idosas. Com o tempo, consegui buscar a reinvenção do meu *self*, assim como eles, mas com os idosos aprendi que esse é trabalho para a vida toda. O caminho é longo e pretendo percorrê-lo agora, recorrendo aos suportes e honrando a história das minhas pessoas próximas e a história de cada pessoa idosa e dos seus próximos, que em sua generosidade me permitiram adentrar os espaços mais íntimos de suas memórias e aprendizados.

7.1 LIMITAÇÕES

Acredita-se que este estudo pode ser expandido do ponto de vista do número de pessoas participantes e da faixa etária escolhida, uma vez que a perda e o luto impactam toda a estrutura familiar, além das pessoas idosas, e é provável que a vivência dos demais familiares impactem o luto delas. Acredita-se que mais entrevistas com o mesmo público pode ainda ajudar a ampliar e sustentar a validade da teoria proposta neste estudo.

Outra investigação mais precisamente focada no tempo decorrido da perda e do luto, com a explicação mais detalhada dos encadeamentos de cada período específico pode ser especialmente benéfica para detalhar os achados de cada processo. Ainda, a inclusão de novos grupos amostrais que possuem influência no fenômeno também pode ser de grande valia, como os familiares, já citados anteriormente, os profissionais de saúde, líderes religiosos e comunitários.

Outra importante limitação foi o fato da coleta e codificação dos dados terem sido realizadas ainda na vigência da pandemia por Covid-19, o que atrasou o processo das entrevistas, conforme segmento das normas sanitárias recomendadas e o uso da máscara dificultava, em certa medida, a leitura das expressões dos participantes.

Dentre as limitações que já eram conhecidas antes do processo de coleta se iniciar, está a dificuldade que as pessoas poderiam ter em falar sobre assuntos delicados e que muitas vezes são evitados no convívio social, neste caso, finitude, relacionamentos íntimos, morte, perda e luto. Declara-se também que a participação dos idosos foi voluntária, o que pode ter selecionado aqueles que já são previamente dispostos a falar, excluindo os que poderiam ter dificuldades maiores para revelar a respeito do tema.

Admite-se ainda que a pesquisa não considerou de forma sistemática as variáveis de dificuldades e habilidades emocionais e psicológicas prévias

apresentadas pelos idosos, como a propensão ou diagnóstico de transtornos depressivos e outros sintomas. Apesar de declarar, dado o teor da TFD, que nosso objetivo nunca foi medir tais variáveis, mas que o desenvolvimento de evidências nesta área poderia contribuir sobremaneira para guiar as práticas de saúde.

Por fim, é necessário que eu declare, enquanto adepta da teoria fundamentada nos dados construtivista, que este trabalho contém algumas de minhas perspectivas, compreensões e observações e que além de já ter conhecimento prévio sobre a saúde da pessoa idosa, que é meu foco de estudo desde a graduação em enfermagem, tenho ainda experiências pessoais significativas a respeito da perda e do luto. Agora, findado o processo de teorização, posso dizer, todavia, que esses fatores não atrapalharam o desenvolvimento deste trabalho, pelo contrário somaram no sentido de conseguir compreender e valorizar ainda mais os relatos dos participantes, sendo inclusive uma declaração dos próprios idosos que trouxe sustentação a minha escolha temática "só quem passa por isso consegue entender" (*in vivo*).

Sustento, finalmente que todas as pessoas idosas que participaram deste estudo definiram a perda e o luto como processos centrais do fenômeno e que os dados aqui apresentados sustentam a tese de que as pessoas idosas passam pela perda de seus próximos e vivenciam o luto por meio de interações sociais, buscando por apoio e reinventando seu self enquanto percorrem esse caminho.

7.2 IMPLICAÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

A seguir apresentam-se as implicações para a área da saúde e enfermagem divididas pelas áreas de prática, educação, gestão e pesquisa.

Quadro 11 - Implicações da pesquisa para a área da enfermagem

ÁREA	IMPLICAÇÕES IDENTIFICADAS
Prática	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar as competências essenciais que enfermeiros e outros profissionais da saúde precisam apresentar durante o cuidado dispensado a pessoas idosas em situação de perda e luto e promover o desenvolvimento de tais competências nos espaços de saúde pertencentes aos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário; ● Adaptar tais descobertas à prática de enfermagem, no sentido de fornecer cuidado integral e humanizado adaptado às realidades das pessoas idosas em situação de perda e luto.

Educação	<ul style="list-style-type: none"> ● Explorar e avaliar o caminho da perda e do luto em pessoas idosas como estratégia de ensino na enfermagem; ● Promover a integração e o desenvolvimento de competências de docentes e discentes para o ensino dos processos relacionados a perda e o luto em pessoas idosas.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> ● Padronizar a taxonomia para os processos de perda e luto em pessoas idosas; ● Padronizar as competências essenciais e padrões da prática de enfermagem necessárias para o cuidado a pessoas idosas em situação de perda e luto, com definição das responsabilidades dos enfermeiros em cada nível de atenção; <ul style="list-style-type: none"> ● Implementar sistema de informação integrado que facilite o processo de identificação e acompanhamento das pessoas idosas em situação de perda e luto nos serviços de saúde.
Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolver a teoria fundamentada aqui apresentada incluindo dimensões mais amplas em pesquisas futuras, que envolvam os domínios da enfermagem e da área da saúde com vistas a validar os componentes aqui propostos sobre a perda e o luto em idosos; ● Investigar as dimensões potenciais entre a teoria e o uso de seus preceitos na prática clínica de enfermagem e de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A partir das implicações descritas, recomenda-se, como ponto de partida, o que está descrito no tópico seguinte.

7.3 RECOMENDAÇÕES

Ao final deste estudo tem-se a clareza da necessidade do fortalecimento e desenvolvimento de áreas relacionadas ao processo de perdas e luto e recomenda-se:

Realização de pesquisas que examinem os efeitos dos processos de perda e luto na saúde das pessoas idosas, usando variáveis demográficas e epidemiológicas associadas tipo de perda e o impacto para a vida da pessoa a partir do cuidado dispensado ao outro;

Realizar investigação sobre a diversidade da vivência do luto em pessoas com mais de sessenta anos, em relação a outras faixas etárias;

Estudos que proponham as melhores práticas para preparar estudantes e profissionais de saúde para lidarem com pessoas idosas em situação de perda e luto;

Revisões de literatura, como a revisão de escopo sobre as atuais publicações em saúde de pessoas idosas em situação de luto e perda;

Exploração das consequências da pandemia sobre os desfechos da vivência da perda e do luto e da saúde da pessoa idosa;

Proposição de pesquisas qualitativas que explorem conceitos aqui referidos e busque compreender como podemos, enquanto profissionais e sociedade, estar mais atentos e sensíveis às questões que circundam a perda e o luto de pessoas idosas na contemporaneidade;

Realização de novas investigações com o público ampliado, incluindo estudantes e docentes da área da saúde, bem como com gestores, para investigar a perda e o luto na perspectiva de outros atores e cenários, contribuindo para a ampliação e aprofundamento das discussões acerca desse fenômeno complexo e carregado de significados. Outras áreas ainda podem se somar às investigações e análises da temática como as ciências humanas e sociais, além das ciências aplicadas, para manifestar as particularidades que o cuidado a pessoa enlutada pressupõe.

REFERÊNCIAS

- ABREU-AFONSO, J.; RAMOS, M. M.; QUEIROZ-GARCIA, I.; LEAL, I. How does the couple's relationship last over time? A Model of Marital Satisfaction. **Psychol Rep.**, v.125, n. 3, p. 1601-1627, jun. 2022. DOI: 10.1177/00332941211000651
- ACIOLE, G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 805-818, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>. Acesso: 25 ago. 2020
- ADAMY, E. K. *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3121-3126, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>
- AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. de S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2729-2732, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900028>
- AGUIAR, V. F. F. *et al.* Ambiente domiciliar seguro para o cuidado de idosos em tempos de pandemia da covid-19. *In*: SANTANA, R. F. (Org.). **Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19**. 2.ed. rev. Brasília: ABen; 2020. p. 7-13. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2). DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c01>
- ALDIABAT, K.; LE NAVENEC, C. L. Data saturation: The mysterious step in grounded theory methodology. **Qualitative Report.**, v 23, n. 1, p. 245-261, 2018. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.2994>
- ALHALAL, E. *et al.* Fear of contamination among older adults in the post-COVID-19 era. **Geriatr Nurs.**, v. 48, p. 1-7, nov./dez. 2022. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2022.08.010.
- ANDREWS T. *et al.* A metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, v. 26, n. 4, e1560017, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720170001560017>
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol.**, v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARIÈS, P. **A história da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ASHRAF, F. *et al.* Bereavement in Pakistan during the COVID-19 pandemic: Psychometric analysis of the Pandemic Grief Scale-Urdu Version (PGS-UV) **Death Studies**, v. 46, n. 6, p.1465–1471, 2022. DOI: 10.1080/07481187.2022.2048197.

BALTES, P.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **Terceira idade**, n. 36, 2006. Disponível em: https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/8716_NOVAS+FRONTEIRAS+PARA+O+FUTURO+DO+ENVELHECIMENTO+DA+VELHICE+BEM+SUCEDIDA+DO+IDOSO+JOVEM+AOS+DILEMAS+DA+QUARTA+IDADE. Acesso em: 08 set. 2020.

BARRETT, D. Research spotlight: constructivist grounded theory. **Evid Based Nurs.**, v. 26, n. 3, p. 89-90, jul. 2023. DOI: 10.1136/ebnurs-2023-103747.

BARTH, N. *et al.* COVID-19 and Quarantine, a catalyst for aging. **Front. Public Health**, v 9, p. 589244, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.589244

BASTOS, R. A. *et al.* Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 17, p. 58-64, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0184>. Acesso em: 08 set. 2020.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1990.

BECKER, C. B. *et al.* How grief, funerals, and poverty affect bereaved health, productivity, and medical dependency in Japan. **Omega (Westport)**, v. 85, n. 3, p. 669-689, ago. 2022. DOI: 10.1177/0030222820947573

BECKER, C. B. Using the spirituality of funeral rituals to recover from post-pandemic grief. **Psychological Front.**, v. 13, 1040482, jan. 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1040482

BELEZA, C. M. F.; SOARES, S. M. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3141-3146, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30192017>

BENZIES, K; ALLEN, M. Symbolic interactionism as a theoretical for multiple method research. **Journal of advanced nursing.**, v. 33, n. 4, 541-7, 2021. DOI:10.1046/j.1365-2648.2001.01680.x

BLANCO, A. **Cinco tradiciones en la psicología social**. Madrid: Ediciones Morata, 1998.

BLUMER, H. **El interaccionismo simbólico: perspectiva y metodo**. Barcelona: Hora,1982.

BORGES, M. da S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 2, p. 324-31, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>

BOWLBY, J. **Apego e perda**: Tristeza e depressão. v. 3. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 dez 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília: MS, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Joinville**, 2018. Brasília: MS, 2018. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=42&VCodMunicipio=420910&NomeEstado= Acesso em: 23 dez. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: MS, 2018a.

BROWN, J. T.; STOUDEMIRE, G. A. Normal and pathological grief. **JAMA**, 250, n. 3, p. 378-38, 1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6854902/>. Acesso em: 22 dez. 2020.

BULANDA, J. R.; YAMASHITA, T.; BROWN, J. S. Marital quality, gender, and trajectories of depressive symptoms in adult life. **Journal of Women & Aging**, v. 32, n. 2, 2020. DOI:10.1080/08952841.2020.1818538

BURRELL, A.; SELMAN, L.E. How do funeral practices affect the mental health, grief, and grief of bereaved relatives? A review of mixed methods with implications for COVID-19. **Omega (Westport)**, v. 85, n. 2, p. 845-383, jun. 2022. DOI: 10.1177/0030222820941296.

BURTON, A. M. *et al.* Predictors of well-being in bereaved former hospice caregivers: The role of caregiving stressors, appraisals, and social resources. **Palliative and Supportive Care**, v. 6, n. 2, p 149-158, 2008. DOI: 10.1017/S1478951508000230

CACCIATORE, J.; FRANCIS, A. DSM-5-TR turns normal pain into a mental disorder. **Lancet Psychiatry**, v. 9, n.7, e32, jul. 2022. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00150-X.

CAI, Y. *et al.* The landscape of aging. **Sci China Life Sci.**, v. 65, n. 12, p. 2354-2454, dez. 2022. Disponível em: [10.1007/s11427-022-2161-3](https://doi.org/10.1007/s11427-022-2161-3). Acesso em: 22 dez. 2020.

CAMARA, S. L.; BASSANI, M. A. Estudos em psicologia sobre morte, luto, religião e espiritualidade: uma revisão da literatura brasileira. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 129-140, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2020.

CARDOSO, É. A. de O. *et al.* Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 110-122, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2020.

CARLSSON, N. *et al.* Grief reactions to professional and social support among relatives of people who died of sudden cardiac arrest: a longitudinal research study. **Resusc Plus**, v. 12, p. 100318, 19 out. 2022. DOI: [10.1016/j.resplu.2022.100318](https://doi.org/10.1016/j.resplu.2022.100318).

CARVALHO, V. D. de; BORGES, L. de O.; REGO, D. P. do. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>. Acesso em: 05 dez. 2020.

CHARMAZ K. **Building grounded theory: a practical guide to qualitative analysis**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHARMAZ, K. Grounded Theory in Global Perspective: Reviews by International Researchers. **Qualitative Inquiry**, v. 20, n. 9, p. 1074–1084, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800414545235>

CHARMAZ, K. The power of stories, the potential of theorizing for social justice studies. *In*: DENZIN, N.; GIARDINA, M. (Eds.). **Qualitative inquiry through a critical lens**. New York, NY: Routledge, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732315613982>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CHARMAZ, K.; THORNBERG, R. The pursuit of quality in grounded theory. **Qualitative Research in Psychology**, v. 18, n. 3, p. 305–327, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>

CHARON, J. M; CAHILL, S. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 8th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall, 2004.

- CHO, J. Y.; LEE, E. H. Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. **TQR**, v. 19, n. 32 p. 1-20, 2014. Disponível em: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol19/iss32/2>. Acesso em: 20 dez. 2020
- CHOI, E. Y.; FARINA, M. P.; WU, Q.; AILSHIRE, J. COVID-19 Social Distancing Measures and Loneliness Among Older Adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 77, n. 7, e167-e178, jul. 2022. DOI: 10.1093/geronb/gbab009.
- CHOW, A. Y. M. *et al.* Intervention in a Double Process Grief Group (DPBGI) for Widowed Elderly People. **Gerontologist.**, v. 59, n. 5, p. 983-994, set. 2019. DOI: 10.1093/geront/gny095.
- COELHO FILHO, J. F.; LIMA, D. M. de A. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 35, n. 88, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.35.88.AO02>.
- COELHO, A.; ROBERTO, M.; BARROS, L.; BARBOSA, A. Family caregiver grief and post-bereavement adaptation: a longitudinal cohort study. **Palliative and Supportive Care**, v. 20, n. 3, p. 348-356, 2021. DOI:10.1017/s147895152100095x
- CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. psicol.**, v. 37, e200090, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>. Acesso em: 25 ago. 2020.
- CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Artmed. 2014.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos. (Métodos de pesquisa)**. São Paulo: Penso 2013.
- CROSSETTI, M. G. O.; GÓES, M. G.O.; GIORDANI, C.; POTZIK, B. Investigação na Enfermagem: o Interacionismo Simbólico na Teoria Fundamentada em Dados construindo evidências qualitativas na prática clínica. **Investigación Cualitativa en Salud**, v. 2, p. 1403, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2302> Acesso em: 05 dez. 2020.
- DAHDAH, D. F. *et al.* Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 1, p. 186-196, Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1079>.
- DAKURAH, G.; KANWETUU, V. P.; BODOMO, A. No Kagyin, No Funerals Among the Dagaaba of North-West Ghana: Understanding the Symbolic and Ritual Aspects of the Uses of Crops. **Omega (Westport)**, 302228231157188, 14 fev. 2023. DOI: 10.1177/00302228231157188.
- DAVIDOW, J. B. *et al.* A review of the scope of spousal bereavement interventions in older adults. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 404-418, mar. 2022. DOI: 10.1016/j.jagp.2021.08.002

DE LA ESPRIELLA, R.; GÓMEZ RESTREPO, C. Grounded theory. **Rev Colomb Psiquiatr**, v. 49, n. 2, p. 127-133, abr./jun. 2020. DOI: 10.1016/j.rcp.2018.08.002.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. Constructivist and objectivist grounded theory. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. p. 509-535.

DERHUN, F. M. *et al*. A possibility for active aging: university activities for the elders. **Rev Gaucha Enferm.**, v. 43, e20200493, 1 ago. 2022. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20200493.en.

DERHUN, F. M. *et al*. O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180156, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0156>.

DOMINGUES, D. F.; DESSEN, M. A.; QUEIROZ, E. Luto e enfrentamento em famílias vitimadas por homicídio. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 61-74, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2020.

DUNFORD, S.; BROOKE, J. Effects of social isolation and restrictions on older people during the COVID-19 pandemic. **Nurs Older People**, v. 34, n. 4, p. 20-26, ago. 2022. DOI: 10.7748/nop.2022.e1400.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, T. N. Alcoforado. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-226, aug. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200004>.

DUPLANTIER, S. C.; WILLIAMSON, F. A. Barriers and Facilitators of Health and Well-Being in Informal Caregivers of Dementia Patients: A Qualitative Study. **Int J Environ Res Public Health**, v. 20, n. 5, p. 4328, 28 fev. 2023. DOI: 10.3390/ijerph20054328.

DUTRA, K. *et al*. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2146-2153, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>.

ENGEL, L. *et al*. Quality of life and post-bereavement loneliness: results of a national survey of bereaved elderly people. **Death Stallion**, v. 17, p.1-12, dez. 2022. DOI: 10.1080/07481187.2022.2155887.

FARINASSO, A. L. da C.; LABATE, R. C. A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v. 11, n. 1, p. 25-32, mar. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2020.

FERREIRA, F.; BUENO, T.; ALVES, M. Interaccionismo simbólico como una herramienta teórica y metodológica para el estudio en el ciberespacio. **Razón Y Palabra**, v. 21, p. 456-475, 2017. Disponível em: <https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/843> Acesso em: 20 dez. 2020

FERREIRA, L. de L. *et al.* Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180542, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Cien Saude Colet.**, v. 26, n. 1, 2021. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-e-suas-implicacoes-na-vida-de-idosos-dependentes/17784?id=17784&id=17784>. Acesso em: 15 jun. 2022.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; STILLWELL, S. B.; WILLIAMSON, K. M. Evidence-based practice, step by step: Critical appraisal of the evidence: part III. **Am J Nurs.**, v. 110, n. 11, p. 43-51, 2010. DOI:10.1097/01.NAJ.0000390523.99066.b5.

FLESCH, L. D. *et al.* Elderly people who care for the elderly: dual vulnerability and quality of life. **Paidéia**, v. 30, e3003, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3003>

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FREUD, S. Mourning and melancholia. *In*: STRACHEY, J. (Ed.). **The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**. v. 14 (pp. 243-258). London: The Hogart Press, 2001.

FUSTINONI, C. F.; CANIATO, A. O luto dos familiares de desaparecidos na Ditadura Militar e os movimentos de testemunho **Psicol. USP**, v. 30, e180131, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180131>

GARCÍA-SIERRA, R.; FERNÁNDEZ-CASTRO, J. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. **J Adv Nurs.**, v. 74, n. 12, 2809-2819, dez. 2018. DOI: 10.1111/jan.13805.

GBD. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1859-1922, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)

GEGIECKAITE, G.; KAZLAUSKAS, E. Fear of death and acceptance of death among bereaved adults: associations with prolonged bereavement. **OMEGA - Diary of Death and Dying**, v. 84, n. 3, p. 884-898, 2020. DOI:10.1177/0030222820921045

GERBER K. 'Unprepared for the depth of my feelings' - Capturing grief in older people through poetic research. **Aging.**, v. 51, n. 3, afac030, mar. 2022. DOI: 10.1093/ageing/afac030.

GHESQUIERE, A. M.; SHEAR, K.; DUAN, N. Outcomes of Bereavement Care Among Widowed Older Adults With Complicated Grief and Depression. **Journal of Primary Care & Community Health.**, v. 4, p.256-264, 2013. DOI: 10.1177/2150131913481231.

GIOSA, J. L.; BYRNE, K.; STOLEE, P. Person- and family-centered goal setting for seniors in Canadian home care: a solutions-focused approach. **Health & Social Care in the Community**, v. 30, n. 5, e2445–e2456, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13685>.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; SIMON, B. S.; LACERDA, M. R. Teoria Fundamentada nos Dados: aspectos metodológicos em teses da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 6, e20190274, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0274>

GLASER B. **Basics of grounded theory analysis**. Mill Valley, CA: The Sociology Press, 1992.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967. 271p.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>

GOVEAS, J. S.; SHEAR, M.K. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 10, p. 1119-1125, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.06.021.

GRIFFITHS, J. Grief, loss, change... and hope. **Br J Community Nurs.**,v. 27, n. 8, p. 365-366, ago. 2022. DOI: 10.12968/bjcn.2022.27.8.365.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

HALL, P. M. Interactionism and the study of social organization. **The sociological quarterly**, v. 28, n. 1, p. 1-22, mar. 1987. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1987.tb00280.x>

HARRIS, D.; GILLIGAN, T. Delivering Bad News. **Med Clin North Am.**, v. 106, n. 4, p. 641-651, jul. 2022. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.02.004.

HAYASIDA, N. M. de A.; ASSAYAG, R. H.; FIGUEIRA, I.; MATOS, M. G. de. Morte e luto: competências dos profissionais. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, v. 10, n. 2, p. 112-121, dez. 2014. DOI: 10.5935/1808-5687.20140017

HERRON, S. J.; SANI, F. Understanding the typical presentation of emptiness: a study of lived experience. **J Ment Health.**, v. 31, n. 2, p. 188-195, abr. 2022 DOI: 10.1080/09638237.2021.1922645.

HIRSCHMAN, K. B. *et al.* Older Adult and Family Caregiver Perspectives on Engagement in Primary Care. **Slack Journals.**, v. 48, n. 11, p. 7-13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-02>

HUANG *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497506, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

HUISMAN, D. M.; LEMKE, A. I am this widow: social support in friendship after the loss of a spouse in midlife. **Omega (Westport)**, v. 86, n. 1, p. 45-64, nov. 2022. DOI: 10.1177/0030222820961231.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas Completas de Mortalidade**. 2020. IBGE; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>. Acesso em: 22 dez. 2020.

IMAZ, J. A. G.; REYES, C. M. R. Dolor crónico y duelo. **Rev Colomb Psiquiat.** V. 48, n. 1, p. 182–191, 2019. DOI: 10.1016/j.rcpeng.2017.05.017

ISHIKAWA, R. Z. I may never see the ocean again: Loss and grief among older adults during the COVID-19 pandemic. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, n. S1, S85-S86, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000695>

JEON, Y.H. The application of grounded theory and symbolic interactionism. **Scandinavian Journal Caring Science**, v. 18, n. 3, p. 249-256. 2004. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2004.00287.x>

JOINVILLE. **Cidade em Dados 2020, Joinville**. Joinville: SEPUR, 2020. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/publicacoes/joinville-cidade-em-dados-2020/>. Acesso em: 10 Set 2022

KAPOOR, S.; THAKKAR, J. Learn to Live Again. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 39, n. 9, p. 1121-1123, 2022. DOI: 10.1177/10499091211055902.

KENNY, M.; FOURIE, R. Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: methodological and philosophical conflicts. **Qual Rep.**, v. 20, n. 8, p. 1270-89, 2015. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2251>

KASHI, S. K.; MIRZAZADEH, Z. S.; SAATCHIAN, V. A systematic review and meta-analysis of resistance training on quality of life, depression, muscle strength, and functional exercise capacity in older adults aged 60 years or more. **Biol Res Nurs.**, v. 25, n. 1, p. 88-106, jan. 2023. DOI: 10.1177/10998004221120945

KISSANE, D. W.; ZAIDER, I. T. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**: 5 ed. Oxford: Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2015. p. 1110–1122

KOERICH, C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em Enfermagem. **REME – Rev Min Enferm.** 2018. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180014.

KOLOKYTHAS, A. Greek philosophers: stoics and health care. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.**, v. 135, n. 5, p. 501, maio 2022. DOI: 10.1016/j.oooo.2022.01.019.

KOVACS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 1, p. 94-104, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>.

KREUZ, G.; TINOCO, V. O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. esp. 22, p. 109-133, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/31862/22119>. Acesso em: 22 dez. 2020.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017a.

LAHIRE, B. **Sociological portraits**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LASSA, S. *et al.* Power Dynamics Among Health Professionals in Nigeria: A Case Study of the Global Fund Policy Process. **Int J Health Policy Manag.**, v. 11, n. 12, dez. 2022. DOI: 10.34172/ijhpm.2022.6097.

LAVELA, S. L.; KALE, I.; BURKHART, E.; BOMBARDIER, C. H. Strategies for health care providers to help individuals experiencing grief and loss due to spinal cord injury (SCI): A qualitative study. **Rehabil Psychol.**, v. 67, n. 3, p. 315-324, ago. 2022. DOI: 10.1037/rep0000438.

LEE, S. A.; GIBBONS, J. A.; BOTTOMLEY, J. S. Spirituality influences emotional regulation during the conversation about grief: the moderating role of prolonged grief symptomatology. **J Relig Health**, v. 61, n. 6, p. 4923-4933, dez. 2022. DOI: 10.1007/s10943-021-01450-z.

LERNER, R.; BRENTANO, C.; DOWLING, E.; ANDERSON, P. Positive youth development: Thriving as the basis of personhood and civil society. **New directions for youth development**, v. 95, n. 7, p. 11-33, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11021497_Positive_Youth_Development_Thriving_as_the_Basis_of_Personhood_and_Civil_Society. Acesso em: 20 dez. 2020.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2003.

LI, C. *et al.* Effect of caregiver burden on anticipatory grief among caregivers of elderly cancer patients: Chain mediation role of family functioning and resilience. **Front Psychol.**, v. 13, p. 13:1020517, jan. 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1020517.

LI, Y.; CHAN, W. C. H.; CHEN, H.; RAN, M. Widowhood and depression among elderly Chinese: examining coping styles and perceptions of aging as mediators and moderators. **Aging and Mental Health**, v. 26, n. 6, p. 1161-1169, 2022. DOI: 10.1080/13607863.2021.1935455

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. **Am J Epidemiol.**, v. 187, n. 7, p. 1345-53, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>.

LINDSTROM, T. C. Coping with bereavement in relation to different feminine gender roles. **Scandinavian Journal of Psychology.**, v. 40, p. 33-41, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10216462/>. Acesso em: 03 jul. 2020.

LOBOS-RIVERA, M. E. *et al.* Pandemic grief in El Salvador: factors that predict dysfunctional grief due to a COVID-19 death among Salvadoran adults. **Psicol Reflex Crit.**, v. 36, n. 1, mar. 2023. DOI: 10.1186/s41155-023-00250-6.

LOND, B. J.; WILLIAMSON, I. R. Acceptance, grief and adaptation among caregivers of partners with acquired brain injury: an interpretive phenomenological investigation. **Disability and Rehabilitation**, v. 44, n. 11, p. 2285-2294, jun. 2022. DOI: 10.1080/09638288.2020.1829104.

LOPES, C. H. A. de F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 103-108, mar. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100014>

LOPES, L. P. *et al.* The self-care process of community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220644, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0644>.

LYKKE, C.; EKHOLM, O.; SCHMIEGELOW, K.; SJØGREN, P. Communication at the end of life: a national study on the perceptions of bereaved parents. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, n. 4, e616-e622, 2022. DOI:10.1136/bmjspcare-2018-001709

MA, S. S. *et al.* Connectome-based prediction of marital quality in husbands' processing of marital interactions, Social Cognitive and Affective. **Neuroscience**, v. 17, n. 12, p. 1055-1067, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/scan/nsac034>.

MACINKO, J. *et al.* Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, e8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.8>

MAIRINK, A. P. A. R.; GRADIM, C. V. C.; PANOBIANCO, M. S. O uso da metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200494, 2021.

MARCOLINO, J. A. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 81-82, mar. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100015>.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, C. *et al.* A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 28, n. 4, p. 721-737, 2021. DOI:10.1111/jpm.12727

MASON, T. M.; TOFTHAGEN, C. S.; SZALACHA, L. A.; BUCK, H. G. Quality of life of elderly people with complicated grief: a thematic analysis. **Death Stallion**, v. 46, n. 6, p. 1424-1432, 2022. DOI: 10.1080/07481187.2021.2006828.

MATTEDI, M. A.; PEREIRA, A. P. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Cad. CRH**, v. 20, n. 50, p. 319-330, ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792007000200009>

MCNAMARA, B.; ROSENWAX, L. Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why?. **Social Science & Medicine**, v. 70, p. 1035–1041, 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.11.029.

MEDEIROS, A. de A. Pessoas idosas e o Cuidado pós Covid-19. **Rev bras geriatr gerontol.**, v. 24, n. 4, e210231, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210231>

MEDEIROS, A. P.; SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, R. A teoria fundamentada nos dados na pesquisa em administração: evidências e reflexões. **Revista de Ciências da Administração**, v. 21. 95-110, 2020. DOI: 10.5007/2175-8077.2019.e60548.

MEICHSNER, F.; O'CONNOR, M.; SKRITSKAYA, N.; SHEAR, M. K. Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 5, p. 560-569, maio 2020. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.12.010.

MENEZES, T. M. de O.; LOPES, R. L. M. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. **Ciênc. saúde colet.**, v. 19, n. 08, p. 3309-3316, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.05462013>

MICHEL, L. H. F.; FREITAS, J. de L. A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. **Psicol. USP**, v. 30, e180185, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. An attachment perspective on loss and grief. **Curr Opin Psychol**. v. 45, p. 101283, jun. 2022. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.11.003.

MINAYO, M. C. S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus?. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n. 1, p. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>.

MITIMA-VERLOOP, H. B.; MOOREN, T. T. M.; KRITIKOU, M. E.; BOELEN, P. A. Restricted Grief: Impact of the COVID-19 Pandemic on Funeral Services, Rituals of Grief, and Prolonged Symptoms of Grief. **Front Psychiatry**, v. 13, p. 878818, 27 maio 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2022.878818.

MOLINA, N. *et al.* Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. **Behav. Sci.**, v. 9, n. 5, p. 53, 2019. DOI: 10.3390/bs9050053.

MOLINA-MULA, J.; GALLO-ESTRADA, J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, p. 835, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>

MONTGOMERY, P.; BAILEY, P. H. Field notes and theoretical memos in grounded theory. **West J Nurs Res.**, v. 29, n. 1, p. 65-79, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1177/01939459062925>

MUNIZ, V. de O. *et al.* Aplicabilidade da Teoria dos Sintomas Desagradáveis para a população de homens idosos com COVID-19 no Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 27, e20220245, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0245pt>

NISHIMURA, M. *et al.* Providing End-of-Life Care for Patients Dying of COVID-19 and Their Families in Isolated Death During the Pandemic in Japan: The Providing End-of-life Care for COVID-19 Project. **Chest.**, v. 163, n. 2, p. 383-395, fev. 2023. DOI: 10.1016/j.chest.2022.10.009.

OLIVEIRA, V. *et al.* Morte: uma discussão sobre a atuação de enfermagem sobre os impactos da morte para a família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 1, p. 2770-2781, 2021. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750892023>. Acesso em: 22 dez. 2020.

OZARAS, G.; ABAAN, S. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. **Nurs Ethics**, v. 25, n. 5, p. 628-639, ago. 2018. DOI: 10.1177/0969733016664971.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. Estud.**, v. 24, e43536, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>

PAUN, O.; LOUKISSA, D.; CHIRICA, M. G.; NOWELL, H. M. 3rd. Loss and Grief in the Context of Dementia Caring. **J Psychosoc Nurses Ment Health Serv.**, v. 60, n. 10, p. 7-10, out. 2022. DOI: 10.3928/02793695-20220909-01.

PEITER, C. C. *et al.* Teoria Fundamentada nos Dados: utilização em artigos de revistas brasileiras de enfermagem com qualis A. **Texto contexto - enferm.**, v. 29, e20180177, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0177>

PEREIRA, J. R.; FERNANDES, D. de S.; AGUIAR, V. F. F. de, SOUSA, F. de J. D. de. Avaliação do medo e estresse pelo idoso na pandemia do novo coronavírus: um estudo transversal. **Cogitare Enferm.**, v. 27, e83400, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83400>

PIMENTEL, V. R. de M.; SOUSA, M. F. de; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, p. e320316, 2022.

PONS, J. D. La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. **Edupsikhé: Revista Psicología**, v. 9, n. 1, p. 23-4, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>. Acesso em: 22 dez. 2020.

PRIGERSON, H. G. *et al.* Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief over a disorder and the PG-13-Revised scale (PG-13-R). **World Psychiatry**, v. 20, p. 96-106, 2021.

PRIGOL, E. L.; BEHRENS, M. A. Teoria Fundamentada: metodologia aplicada na pesquisa em educação. **Educ. Real.**, v. 44, n. 3, e84611, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-623684611>

ROBINAUGH, D. J.; TONER, E. R.; DJELANTIK, A. A. A. M. J. The causal systems approach to prolonged grief: recent developments and future directions. **Curr Opin Psychol.**, v. 44, p. 24-30, abr. 2022. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.08.020.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. D.; CABRERA, M. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 38, n. 9, e00130222, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222.

RUBIN, S. S.; MALKINSON, R.; WITZTUM, E. Prolonged grief disorder. **Lancet Psychiatry**, v.9, n. 9, p. 696-697, set., 2022. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00261-9.

SALLNOW, L. *et al.* Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. **Lancet**, v. 399, n. 10327, p. 837-884, fev. 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)

SANT'ANA, L. A. J. de; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 503-519, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912117>.

SANTOS, J. L.G. *et al.* Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 52, e03303, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>

SANTOS, J. L. G. *et al.* Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 3, e20160056, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160056

SANTOS, F. G. T. dos *et al.* Competence of elderly informal caregivers of people in home care. **Esc Anna Nery**, v. 26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288>

SANTOS, G. C. B. F. Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. **Revista M.**, v. 2, n. 3, p. 116-137, fev. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8152/7018>. Acesso em: 03 jul. 2020.

SANTOS, J. L. dos; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 272-276, mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100038>.

SANTOS, J. L. G. dos *et al.* Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 52, e03303, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>

SANTOS, J. L. G. dos *et al.* Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, e20160056, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.

SARDELLA, A. *et al.* Emotion regulation strategies and difficulties in the elderly: a systematic review. **Clin Gerontol.**, v. 26, p. 1-22, set. 2022. DOI: 10.1080/07317115.2022.2128706.

SAWYER, J.S. Grief outcomes for atheist individuals: the role of spirituality, discrimination, and meaning. **Omega (Westport)**, v. 86, n. 2, p. 395-412, dez. 2022. DOI: 10.1177/0030222820974536.

SCHILZ, M. *et al.* The Association Between Social Network and Fear of COVID-19 Among Older Adults. **J Gerontol Soc Work**, v. 65, n. 8, p. 822-831, nov./dez. 2022. DOI: 10.1080/01634372.2022.2045661.

SCHLADITZ, K. *et al.* Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 283, p.285-292, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.008

SCHWANDT, T. A. Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. Califórnia: Sage Publications, 1994.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G.. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estud. psicol.**, v. 29, supl. 1, p. 647-655, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>.

SHAH, S. M. *et al.* Do Good Health and Material Circumstances Protect Older People From the Increased Risk of Death After Bereavement?. **Am J Epidemiol.**, v. 176, n. 8, p. 689–698, 15 out. 2012. DOI: 10.1093/aje/kws162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472615/>. Acesso em: 04 jul. 2020.

SILBERZAN L, MARTIN C, BAJOS N; EpiCov Study Group. Social Isolation Among Older Adults in the Time of COVID-19: A Gender Perspective. **Front Public Health**, v. 10, p. 840940, 9 jun. 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.840940.

SILLOWAY, C. J.; GLOVER, T. L.; COLEMAN, B. J.; KITTELSON, S. Filling the void: Hospital palliative care and community palliative care: A collaborative approach to providing hospital bereavement support. **Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care**, v. 14, n. 1–2, p. 153-161, 2018. DOI: 10.1080/15524256.2018.1493627.

SILVA, É. Q. Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica. **Rev. Bioét.**, v. 27, n. 1, p. 38-45, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271284>

SILVA, M. C. Q. S.; VILELA ABA; SILVA RS, BOERY RNSO. O processo morrer e morte de pacientes com Covid-19: uma reflexão à luz da espiritualidade. **Cogitare enferm**, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73571>. Acesso em: 02 Out 2020

SILVA, M. das D. F. da; FERREIRA-ALVES, J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 25, n. 3, p. 588-595, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300019>

SKANTHARAJAH, N. *et al.* The bereavement and bereavement experiences of informal caregivers: a comprehensive review of the North American literature. **J Palliative Care**, v. 37, n. 2, p. 242-258, abr. 2022. DOI: 10.1177/08258597211052269.

SOUSA, L. M. M. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista Investigação Enfermagem**, p. 31-39, maio 2018. Disponível em: <https://repositorio->

cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020

SOUZA, C. P. de; SOUZA, A. M. de. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 35, e35412, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of bereavement: rationale and description. **Death studies**, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.

STROEBE, W.; SCHUT, H. Bereavement research: methodological issues and ethical concerns. **Palliative Medicine**, London, v. 17, n. 3, p. 235-240, 2003.

TAKASE, A. *et al.* Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system. **BMC Health Serv Res.**, v. 22, n. 1, p. 1400, 23 nov. 2022. DOI: [10.1186/s12913-022-08838-x](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08838-x).

TAO, X.; YU, C. C.; LOW, J. A. Exploring loss and grief during the COVID-19 pandemic: a scoping review of qualitative studies. **Ann Acad Med Singapore**, v. 51, n. 10, p. 619-628, out. 2022. DOI: [10.47102/annals-acadmedsg.2021460](https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2021460).

TENNY, S.; BRANNAN, J. M.; BRANNAN, G. D. Qualitative Study. **StatPearls**, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

THE ECONOMIST. **The 2015 Quality of Death Index**. Ranking palliative care across the world: a report by The Economist Intelligence Unit. 2015. Disponível em: <https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

TREML, J. *et al.* Loss and grief in the elderly: results from the LIFE-Adult study. **Death Studies**, v. 46, n. 7, p. 1–10, 2020. DOI: [10.1080/07481187.2020.1824203](https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824203)

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto contexto – enfermagem**, v. 27, n., e4250016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2020

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

VERDERY, A. M.; SMITH-GREENAWAY, E.; MARGOLIS, R.; DAW, J. Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA**, v. 117, n. 30, p. 17695–17701, jul. 2020. DOI: [10.1073/pnas.2007476117](https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117).

VOLLSTEDT M., REZAT S. An Introduction to Grounded Theory with a Special Focus on Axial Coding and the Coding Paradigm. In: KAISER, G.; PRESMEG, N. (eds) **Compendium for Early Career Researchers in Mathematics Education**. [S.l.]: Springer, 2019.

WALLACE, C. L., WLADKOWSKI, S. P., GIBSON, A., & WHITE, P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**. v.60. n. 1, 2020.
DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>.

WANG, H.; VERDERY, A.M.; MARGOLIS, R.; SMITH-GREENAWAY, E. Bereavement From COVID-19, Gender, and Reports of Depression Among Older Adults in Europe. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 77, n. 7, e142-e149, jul. 2022. DOI: 10.1093/geronb/gbab132.

WELDINGH N. M.; KIRKEVOLD M. What older people and their relatives say is important during acute hospitalisation: a qualitative study. **BMC Health Serv Res.**, v. 22, n. 1, p. 578, abr. 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-07981-9.

WHITE, P; FERSZT, G. Exploration of nurse practitioner practice with clientes who are grieving. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.**, v. 21, n. 4, p. 231–240, 2009. DOI:10.1111/j.1745-7599.2009.00398.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472615/>. Acesso em: 04 jul. 2020.

WHO. **Novel Coronavirus Situation Report**. 21 January 2020. World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4. Acesso em: 20 jan. 2022.

WILSON, D. M. *et al.* What exactly is “complicated” grief? A scoping research literature review to understand its risk factors and prevalence. **OMEGA-J. Death Dying**, v. 86, n. 2, 2020. DOI: 10.1177/0030222820977305.

WORDEN, J. W. Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. *New York: Springer, 2018.*

YAN, H. Grief and bereavement of family and friends around medical assistance in dying: scoping review. **BMJ Support Palliat Care**, 13 set. 2022. DOI: 10.1136/spcare-2022-003715.

ZOTTERMAN, A. N.; SKÄR, L.; SÖDERBERG, S. Dignity encounters: the experiences of people with long-term illnesses and their close relatives within a primary healthcare setting. **Prim Health Care Res Dev.**, v. 23, e72, 14 nov. 2022. DOI: 10.1017/S1463423622000603.

**APÊNDICE A – RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE DOUTORADO
SANDUÍCHE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM
ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

**RELATÓRIO DO INTERCÂMBIO REALIZADO DURANTE O DOUTORADO
SANDUÍCHE NA UNIVERSIDADE DE MANITOBA – UNIVERSITY OF MANITOBA
– COLLEGE OF NURSING. WINNIPEG/MANITOBA - CANADA.**

Doutoranda: Maria Alice de Freitas

Orientadora: Dra Angela Maria Alvarez

Co-orientadora: Dr Daniel Nagel (University of Manitoba - College of Nursing)

Período de duração: Agosto até Outubro de 2022.

Durante o período descrito, foram realizadas as seguintes atividades:

- Reuniões semanais com Dr. Daniel Nagel, Professor da UofM e co-orientador da tese de doutorado de Maria Alice, desde dezembro de 2021. Os dois debatiam a respeito das questões de pesquisa e metodologias qualitativas, mais especificamente na área de Teoria Fundamentada nos Dados e sobre o trabalho de tese de Maria Alice.

- Durante sua estadia no *College of Nursing*, Maria Alice cumpriu todos os planejamentos prévios voltados ao seu desenvolvimento profissional e atividades acadêmicas que foram coordenadas antes de sua visita. O desenvolvimento profissional foi voltado para o ensino e a pesquisa e as atividades acadêmicas incluíram:

a) Presença no evento de orientação e boas-vindas aos pós-graduandos no *College of Nursing*;

Participação ativa como aluno auditor nas aulas semanais de pós-graduação:

- ENFERMAGEM 7310 – Filosofia da Enfermagem;
- ENFERMAGEM 7210 – Pesquisa Qualitativa;
- ENFERMA 8030 – Seminários de Doutorado;

b) Observação e participação em aulas de bacharelado:

- ENFERMA 3510 – Cliente e Contexto: Cuidados de Apoio e Paliativos;
- ENFERMA 3520 – Fundamentos Profissionais 2: Educação em Saúde;

c) Participação em duas aulas ministradas pela Dra. Kerstin Rogers, Professora do Departamento de Ciências de Saúde Comunitária na UofM (Aspectos Sociais do Envelhecimento) onde Maria Alice apresentou o seu Trabalho de Tese e falou sobre o envelhecimento no Brasil.

d) Apresentou seu trabalho de tese e falou sobre o envelhecimento no Brasil e idosos brasileiros no contexto da pandemia de Covid-19, aos membros acadêmicos e filiados do Centro de Pesquisa de Enfermagem e Saúde de Manitoba.

e) Encontrou-se com a Dra. Lois Stewart-Archer, PhD, RN, que é Enfermeira clínica regional Especialista em Saúde Mental Geriátrica e Autoridade de Saúde Regional de Winnipeg para conhecer o trabalho que a Dra. Stewart-Archer faz com pessoas idosas em um Centro de Saúde para Idosos e seu papel como Enfermeira de prática avançada.

f) Reuniu-se com a Sra. Jamie Penner, Professora Assistente na Faculdade de Enfermagem da UofM. A Sra. Penner é atualmente membro do Comitê Consultivo para Cuidados com Confidence e atua como copresidente da Palliative Manitoba Conference Comitê, e seu trabalho inclui apoio à educação informal/familiar cuidadores de idosos. Além disso, o luto é um dos assuntos que a Sra. Penner apresenta em seu curso;

g) Assistiu a duas palestras do Dr. Ian Whetter (Professor na UofM) sobre *Equity: Income*: Determinante da Saúde e Responsabilidade Social;

h) Desenvolveu e apresentou um resumo de sua tese intitulado "Percorrendo o Caminho das Perdas Significativas para Idosos no Brasil" para apresentação no Conselho Internacional do Congresso Internacional de Enfermeiras que será realizado em Montreal, de 1 a 5 de julho de 2023 (ICN);

i) Assistiu a uma palestra promovida pela UofM sobre a Prevenção do Suicídio.

j) Maria Alice pôde fazer networking e interagir com muitos dos alunos de pós-graduação, instrutores e professores do *College of Nursing* e foi capaz de apreciar os muitos recursos da faculdade e da universidade mais ampla, incluindo o espaço da sala de aula, biblioteca, laboratórios de informática, laboratórios de simulação e demais áreas comuns.

OBS 2: Em anexo encontra-se a declaração da Dr. Netha Dick, reitora do College of Nursing, que confirma as ações descritas neste relatório.

Emails de professoras que receberam Maria Alice como palestrante (tradução):

a) Olá, Eu queria agradecer por ser uma oradora convidada na minha aula, CHSC 7710 *Social Aspects of Aging*, na Universidade de Manitoba ontem. Sua apresentação foi muito informativa, transmitida de forma tão clara para os alunos de pós-graduação, em como você pensou sobre luto e envelhecimento, sua metodologia/teoria fundamentada e sua experiência clínica como enfermeira. Sua vida e experiência de trabalho brilharam, com tanto profissionalismo e experiência, e eu aprendi sobre o seu tópico. Você tem muito a oferecer na área enquanto continua em sua pesquisa. Estou ansiosa para entrar em contato e trabalhar juntas conforme as oportunidades surgirem.

Kerstin Roger (ela/ela)

Professor, Departamento de Ciências da Saúde Comunitária

Faculdade de Medicina Max Rady, Faculdade Rady de Ciências da Saúde

Universidade de Manitoba, Winnipeg, Manitoba

204-474-6354

b) Prezada Maria Alice: Como Reitora Associada de Pesquisa na Escola de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde de Rady na Universidade de Manitoba, gostaria de agradecer por reservar um tempo de sua agenda lotada como Estudante de Doutorado Visitante para apresentar em nossa reunião de Pesquisadores em 19 de outubro. Obrigada!

Tivemos a honra de aprender sobre a importante pesquisa de teoria fundamentada que você está fazendo, examinando o luto e a perda em adultos mais velhos e apreciamos o rigor e a erudição que você traz para este trabalho. Os

professores ficaram muito impressionados com suas descobertas preliminares e puderam ver o potencial de transferibilidade de suas descobertas ao longo da vida.

Obrigada também por compartilhar suas ideias sobre o sistema de saúde no Brasil. Isso foi muito informativo para nos ajudar a entender o contexto único em que sua pesquisa está ocorrendo.

Desejo-lhe felicidades durante o restante de sua visita à Faculdade de Enfermagem da Universidade de Manitoba.

Sinceramente,

Dra. Susan McClement

Professor e Reitor Associado, Research Rady Faculty of Health Sciences

College of Nursing University of Manitoba

E: Susan.McClement@umanitoba.ca

c) Fotos do período sanduíche na University of Manitoba:





APÊNDICE B – ROTEIRO INICIAL PARA ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS

ENTREVISTA nº: _____

PARTE I – Dados sociodemográficos

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () M () F
3. Mora: () sozinho () acompanhado
4. Considera-se uma pessoa independente para as atividades diárias: () sim () não
5. Tempo decorrido da (s) perda (s) de pessoa próxima: _____
6. Grau de parentesco com a pessoa que morreu: _____

PARTE II

Questões para o primeiro grupo amostral

Fale-me sobre...

1. Como foi perder sua pessoa próxima?
2. Como você passou por esse período?

Questões adicionadas nos grupos seguintes:

3. Como foi a relação que você teve com seu próximo?
4. Conte-me como aconteceram os cuidados do seu próximo antes de sua morte?
5. Conte-me como foi o momento da morte do seu próximo?
6. Conte-me como você se sentiu logo após a partida de seu próximo?
7. Conte-me o que te ajudou a passar pela perda e pelo luto?
8. Conte-me como foi quando você começou a sentir-se melhor

APÊNDICA C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, eu me chamo Maria Alice de Freitas e sou doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), orientada pela Professora Dra. Ângela Maria Alvarez e sou a pesquisadora responsável pelo projeto intitulado: “VIVÊNCIA DO LUTO EM PESSOAS IDOSAS”. Este projeto de tese tem como objetivo: construir teoria sobre o significado do luto vivenciado por pessoas idosas.

Este é um tema muito importante para a área da saúde e por isso gostaríamos de ouvir suas experiências. Por isso, convidamos você para uma conversa que pode acontecer tanto na Unidade de Saúde que você frequenta ou seu domicílio, na data e horário que forem melhores para você.

Quero lembrá-lo que o deslocamento da pesquisadora até o local do encontro, bem como a compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que utilizaremos como medida de prevenção do Coronavírus serão custeados pela pesquisadora. As nossas entrevistas serão gravadas, porém, você poderá pedir informações em qualquer momento do nosso encontro, inclusive depois que acabarmos, através dos nossos contatos.

Na entrevista vamos conversar a respeito dos lutos pelos quais você já passou. Tudo o que você me disser será confidencial e somente será utilizado para esta pesquisa. Me comprometo a não revelar seu nome e nada que possa identifica-lo, para isso tomarei o cuidado de utilizar codinomes.

Apesar de tomarmos esses cuidados em todas as fases da pesquisa (cuidado com o sigilo de sua identidade e informações), ainda assim, existe um risco de quebra

de sigilo involuntária e não intencional. Lembramos também que todos os participantes da pesquisa podem ser considerados beneficiados, uma vez que os resultados ajudam na compreensão e reflexão sobre o luto. Aproveito para lembrá-lo que não colocarei em dúvida, em momento algum, a credibilidade do que você vivenciou.

O grau de risco a que você será exposto nesta pesquisa pode ser considerado mínimo, pois não oferece risco à sua integridade física. No entanto pode gerar algum desconforto psicológico em decorrência das questões, reflexões e das gravações de áudio. Caso você apresente sensações ou reações emotivas, você receberá suporte das pesquisadoras envolvidas durante e após o decorrer da pesquisa. Saiba que se houver algum desconforto garantimos a interrupção da entrevista a qualquer momento que você nos solicitar.

Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico ou psicológico durante as conversas; neste caso, será respeitada a sua necessidade de pausa para descanso, alimentação e higiene. Informo-lhe que você tem direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, comprovados por meios legais. Informamos que é de direito do participante de uma pesquisa o ressarcimento de eventuais gastos, porém, nesta pesquisa a sua participação não terá nenhum custo e, portanto, não será necessário qualquer ressarcimento.

Informamos que em caso de alguma eventualidade durante as entrevistas o seu direito à assistência a saúde será assegurado por meio da equipe de pesquisa, composta por enfermeiras da área da gerontologia, que buscarão dar a você atendimento imediato de suporte psicológico e avaliação do seu estado emocional, bem como suporte aos seus familiares e cuidadores. As pesquisadoras comprometem-se ainda a acionar e acompanhar sua rede de apoio durante o tempo que for necessário até o seu reestabelecimento.

Lembramos ainda que na ocorrência de alguma eventualidade relacionada a saúde física do participante, igualmente serão providenciados encaminhamento ao serviço de saúde de referência ao território ao qual o participante reside e acompanhamento pessoal do reestabelecimento de sua saúde.

No final da nossa pesquisa vamos propor à prefeitura do município de Joinville, uma apresentação pública e discussão dos nossos resultados com os profissionais interessados e aos idosos do território, como uma forma de retorno ao campo para exposição da teoria final validada.

Este documento será assinado em duas cópias, uma ficará com você e outra com a pesquisadora, que manterá este documento seguro por cinco anos, após esse período de tempo este termo será queimado.

Você terá direito a retirar seu consentimento de participação nesta pesquisa, sem qualquer ônus bastando para tanto entrar em contato com as pesquisadoras, por meio dos seguintes contatos: **Maria Alice de Freitas**. Endereço: Rua Rui Barbosa, nº 503. Bairro Costa e Silva. Joinville - SC CEP: 89219158. Fone: (47) 996608780 E-mail: maria_aliceivp@hotmail.com e **Dra. Ângela Maria Alvarez**. Endereço: Campus Universitário Trindade, CEP: 88040-900, Florianópolis/SC, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, sala 303 Fone: (48) 988240341 Email: angela.alvarez@ufsc.br; e se necessário, por meio do **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina**, pelo seguinte contato: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis/SC. Fone: (48) 37216094. E-mail: cep.propesp@contato.ufsc.br.

As pesquisadoras comprometem-se a cumprir a Resolução 466/2012 CNS/MS e complementarem, que tratam dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em todas as demais etapas da pesquisa.

Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e conforme o consentimento dado pelo participante.

*Este termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias assinadas e rubricadas, ficando uma via em poder do participante.

*Ao assinar este documento, você aceitará participar do estudo.

*Pedimos que guarde sua via cuidadosamente, pois se trata de um documento que garante seus direitos como participante da pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Assim, eu, _____, RG
nº _____, abaixo assinado, li este documento e obtive do

pesquisador todos os esclarecimentos e informações necessárias para concordar em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Joinville, ____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisador Principal Responsável
Dra. Ângela Maria Alvarez

Pesquisador Principal Assistencial
Doutoranda Maria Alice de Freitas

APÊNDICE D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIA DO PROCESSO DE LUTO PELAS PESSOAS IDOSAS

Pesquisador: Angela Maria Alvarez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46870421.9.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.800.235

Apresentação do Projeto:

Tese de doutorado de Maria Alice de Freitas do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, orientada por Angela Maria Alvarez.

Estudo retrospectivo e prospectivo, com previsão de 30 participantes.

Critérios de inclusão: idosos que: a) tiver mais de sessenta anos; b) tiver enfrentado perda de pessoa próxima (familiares, cônjuges e significantes); e, c) estiver inserido no território da APS.

Critérios de exclusão: a) idosos que tenham tido perdas de pessoas próximas há menos de 30 dias; b) idosos com alguma dificuldade na audição e na fala que impossibilitem a comunicação. Justifica-se ainda que a escolha de não entrar em contato com os idosos que tenham tido perdas de pessoas próximas há menos de 30 dias se dá em decorrência de respeitar o momento mais fragilizado da perda precoce, reduzindo os riscos de tornar a entrevista invasiva.

Os participantes serão submetidos a: entrevistas semi-estruturadas, gravações de áudio.

RESUMO

Objetivo principal: construir teoria sobre o significado do luto vivenciado por pessoas idosas.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.800.235

Investigação qualitativa. Abordagem metodológica: Teoria Fundamentada nos Dados, vertente construtivista. Referencial teórico: Interacionismo Simbólico. Estudo a ser realizado com idosos do território da atenção primária de Joinville que: a) tiver mais de sessenta anos; b) tiver enfrentado perda de pessoa próxima (familiares, cônjuges e significantes); e, c) estiver inserido no território da APS. Ao final de cada entrevista intensiva será realizada a redação de memorandos, seguidos das codificações inicial e focalizada e da construção de diagramas. Pretende-se recorrer a validação da teoria por meio da roda de conversa. Em decorrência do caráter dinâmico da TFD outros públicos e instituições podem ser incluídos posteriormente na pesquisa. Durante todas as etapas de elaboração e execução deste estudo, os aspectos éticos da pesquisa serão considerados e respeitados conforme recomenda resolução 466/12, e complementares, do Conselho Nacional de Saúde. A investigação também será precedida de parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (BRASIL, 2012).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir teoria sobre o significado do luto vivenciado por pessoas idosas.

Objetivo Secundário:

- a) Compreender o significado do luto em pessoas idosas, suas estratégias pessoais de resignificação e como estabelecem relação com as redes de apoio disponíveis.
- b) Compartilhar com os enfermeiros a teoria resultante da pesquisa, com vistas a sensibilização profissional para o cuidado de pessoas idosas que vivenciam o luto na comunidade.

Metodologia Proposta:

Optou-se pela investigação qualitativa e pela abordagem metodológica da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), na vertente construtivista, por ser a que melhor contempla o fenômeno do significado do luto entre pessoas idosas. (CHARMAZ, 2009). Como referencial teórico optou-se pelo Interacionismo Simbólico. O estudo será realizado no território da Atenção Primária a Saúde de Joinville (JOINVILLE, 2019). A TFD considera o conceito de amostragem teórica, na qual a amostra é delimitada a partir da análise dos dados, portanto, define-se, a priori, apenas a amostragem inicial, permanecendo aberta a possibilidades do surgimento de novos grupos oriundos dos dados (ANDREWS et al., 2017). A amostra inicial será composta por idosos que: a) tiver mais de sessenta anos; b) tiver enfrentado perda de pessoa próxima (familiares, cônjuges e significantes); e, c) estiver inserido no território da APS. Realizar-se-á um encontro com cada uma

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.800.235

das três equipes de ESF (Norte, Sul e Centro), onde serão expostos o teor e os objetivos do estudo. Apresentar-se-á a autorização da secretaria municipal e do comitê de ética. Na TFD a coleta de dados ocorre concomitantemente com a análise e serão realizadas até que não surjam novas descobertas, saturando, dessa forma, as categorias encontradas com os dados. Para a realização das entrevistas intensivas foi construído um roteiro com perguntas norteadoras (APÊNDICE 1) que busca explorar as experiências, sentimentos e vivências dos participantes com a situação de luto e os significados atribuídos a este processo. Além das entrevistas, após o início da análise dos dados o pesquisador poderá lançar mão de técnicas complementares, se a entrevista não for suficiente para o nível de abstração dos dados que a explicação de uma teoria demanda (KOERICH et al., 2015). Priorizar-se-á o início das coletas com os idosos que já tenha recebido a vacina contra o coronavírus. Pesquisadora e participantes manterão o distanciamento social de 1,5m durante a entrevista e utilizarão máscaras, conforme as recomendações de prevenção. Conforme autorizado pela secretária de saúde, um agente comunitário acompanhará a pesquisadora até a residência dos idosos. No domicílio, será reforçado ao idoso os objetivos do estudo e os aspectos éticos. A entrevista só terá início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No momento da coleta o agente comunitário não estará mais presente, com o intuito de minimizar os riscos de quebra de sigilo não intencional. Ao final de cada entrevista será realizada a redação de memorandos, seguidos das codificações inicial e focalizada e da construção de diagramas. Em decorrência do caráter dinâmico da TFD outros públicos e instituições podem ser incluídos posteriormente na pesquisa, a depender da necessidade apontada pelos dados. Caso isso ocorra, será solicitado, também, a anuência institucional e a assinatura do TCLE precedente à entrevista. Pretende-se recorrer a validação da teoria por meio da roda de conversa respondem ao objetivo deste estudo, como forma de validação, pois criam espaços de reflexão e construção de diálogo, de maneira dinâmica, características que a TFD também pressupõe (STRAUSS; CORBIN, 2008; ADAMY et al., 2018). Durante todas as etapas de elaboração e execução deste estudo, os aspectos éticos da pesquisa serão considerados e respeitados conforme recomenda resolução 466/12, e complementares, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. A investigação também será precedida de parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (BRASIL, 2012). Demais detalhamentos dos aspectos éticos encontram-se no documento original anexado a essa plataforma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.800.235

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pelo/a pesquisador/a responsável e pela autoridade institucional competente.

Consta declaração da instituição onde será realizada a pesquisa, autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12.

O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de 03/08/2021.

O orçamento informa despesas de R\$ 2.227,00 com financiamento próprio.

Consta do processo o roteiro da entrevista a ser realizada com os participantes.

O TCLE é esclarecedor a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes, e cumpre as exigências da res. 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1749956.pdf	09/06/2021 10:05:37		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	09/06/2021 10:05:02	Angela Maria Alvarez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	09/06/2021 10:04:26	Angela Maria Alvarez	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.800.235

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/06/2021 10:04:26	Angela Maria Alvarez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	09/06/2021 10:03:41	Angela Maria Alvarez	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_instituicao.pdf	10/05/2021 16:19:54	Angela Maria Alvarez	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	10/05/2021 16:09:58	Angela Maria Alvarez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Junho de 2021

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE

30/04/2021

SEI/PMJ - 9067725 - Ofício



Prefeitura de Joinville

OFÍCIO SEI Nº 9067725/2021 - SES.UGE.CEIS

Joinville, 30 de abril de 2021.

Assunto: Autorização de Pesquisa

Prezados,

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento da pesquisa "VIVÊNCIA DO PROCESSO DE LUTO PELAS PESSOAS IDOSAS", disponibilizado em sua última versão em 12/04/2021 por e-mail a este setor, sob responsabilidade da enfermeira Maria Alice de Freitas e da doutora Angela Maria Alvarez, e, como responsável legal pela instituição, autorizo a sua execução dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12 e complementares, como requisito do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Informamos a anuência da Secretaria Municipal da Saúde, através do Centro de Educação e Inovação na Saúde, como instituição coparticipante, para realização da pesquisa em nossas instalações e com a participação de nossos profissionais em expediente regular, condicionando que:

- (1) Que o levantamento do público elegível para a pesquisa culminará em contato do agente comunitário de saúde responsável ao usuário solicitando a sua autorização para mediar o contato do mesmo com a pesquisadora;
- (2) Que a autorização do usuário para o contato pela pesquisadora será registrada pelo Agente Comunitário de Saúde no prontuário eletrônico.
- (3) Que comunicação pela equipe à pesquisadora da identidade dos usuários elegíveis a participarem da pesquisa se dará apenas após a autorização dos mesmos;
- (4) Que o contato da pesquisadora com o usuário para convidá-lo a participar da pesquisa se dará presencialmente e na companhia do Agente Comunitário de Saúde em sua visita regular programada ao domicílio do usuário;
- (5) Que a entrevista do usuário pela pesquisadora apenas se dará após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo usuário;
- (6) Nenhum membro da equipe, inclusive o Agente Comunitário de Saúde, participará da entrevista da pesquisadora com o usuário;

30/04/2021

SEI/PMJ - 9067725 - Ofício

Orientamos para que a pesquisadora contate diretamente as coordenações das unidades selecionadas para participarem da pesquisa a fim de agendar a sua reunião com as equipes profissionais. Reiteramos que na data da reunião com a equipe a pesquisa deverá dispor de autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Catarina. Observamos ainda que as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde aos usuários elegíveis a participarem da equipe, para autorizar o contato com a pesquisadora bem como com esta, seguirão o cronograma já estabelecido pela equipe, evitando prejuízo às ações de saúde programadas.

Quando concluída a pesquisa, os resultados deverão ser encaminhados ao CEIS, através de e-mail (ses.uge.ceis@joinville.sc.gov.br).

Conclusão: Deferido.

Atenciosamente,

Mario José Bruckheimer

Coordenador

Centro de Educação e Inovação em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Mario Jose Bruckheimer, Coordenador (a)**, em 30/04/2021, às 09:34, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº 8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador 9067725 e o código CRC CB785026.

Rua Doutor João Colim, 2719 - Bairro Santo Antônio - CEP 89218-035 - Joinville - SC -
www.joinville.sc.gov.br

21.0.093789-2

9067725v3