

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

Ana Paula Hey

**QUALIDADE DE VIDA E HISTÓRIAS SOBRE O PROCESSO DE
MORRER E O PROCESSO DE LUTO DE PESSOAS IDOSAS**

CURITIBA

2023

Ana Paula Hey

**QUALIDADE DE VIDA E HISTÓRIAS SOBRE O PROCESSO DE
MORRER E O PROCESSO DE LUTO DE PESSOAS IDOSAS**

Tese apresentada como pré-requisito para
obtenção do título de Doutor do Programa de
Doutorado em Distúrbios da Comunicação, da
Universidade Tuiuti do Paraná.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Giselle Athayde Massi

CURITIBA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sidnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

H615 Hey, Ana Paula.

Qualidade de vida e histórias sobre o processo de morrer e o processo de luto de pessoas idosas / Ana Paula Hey; orientadora Prof.^a Dra. Giselle Athayde Massi.
103f.

Tese (Doutorado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2023

1. Morte. 2. Luto. 3. Qualidade de vida. 4. Idoso.
5. Idoso de 80 ou mais. 6. Adulto. I. Tese (Doutorado)
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação /
Doutorado em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

CDD – 305.28

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA PAULA HEY

QUALIDADE DE VIDA E HISTÓRIAS SOBRE O PROCESSO DE MORRER E O PROCESSO DE LUTO DE PESSOAS IDOSAS

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, 07 DE JULHO DE 2023

Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação

Orientadora: Profa. Dra. Giselle Aparecida de Athayde Massi
UTP – Programa em Distúrbios da Comunicação

Membro interno: Profa. Rita de Cássia Tonocchi
UTP – Programa em Distúrbios da Comunicação
Prof Cristiano Miranda de Araújo
UTP – Programa em Distúrbios da Comunicação

Membro externo: Profa. Dra. Maria Cristina Paganini
UFPR - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado
Profissional

Profa. Dra. Telma Pelaes de Carvalho
Instituto Federal do Paraná

*“... falando genericamente, cada homem é mortal,
mas isso adquire sentido e valor somente a partir do
lugar único de uma pessoa única,*

*e o sentido e o valor da minha morte,
da morte do outro, do meu próximo,
de cada homem real, da humanidade inteira,
varia profundamente caso a caso, já que são todos
momentos diversos do existir singular.*

*Somente para um sujeito desencarnado,
não participante, indiferente,
todas as mortes podem ser indiferentemente iguais.*

*Mas ninguém vive, diz Bakhtin, em um mundo em que
todos são, em relação ao valor, igualmente mortais.”*

Ponzio, 2017 pg 20

*Bakhtin, Mikhail Mikhailovich. Para uma filosofia do Ato
Responsável. (tradução aos cuidados de Valdemir Miotelo &
Carlos Alberto Faraco). São Carlos: Pedro 7 João Editores, 2017.*

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese,

Às múltiplas vozes que contribuíram e contribuem para minha constituição singular.

À voz de Deus, do universo e do nosso infinito particular.

À voz dos meus pais e da minha família, alicerce inigualável de amor e de aprendizado.

À voz de afetos e desafetos, de pessoas próximas e distantes, dos bebês, das crianças, dos adolescentes, dos adultos e das pessoas mais velhas.

À voz de artistas, escritores, professores, alunos, de diversos grupos sociais, de diferentes períodos da história.

Às vozes que ecoam na alegria e na dor, no trabalho e no descanso, no silêncio e no barulho, na vida, na morte e no luto.

Às vozes que permitem a escuta e a resposta, a espera e a ação, que permitem a transformação infinda.

À todas as vozes.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)**, pela oportunidade e o auxílio durante o percurso do Doutorado.

À Coordenação do Curso de Enfermagem da UTP, Profa **Sandra Maria da Silva Leite**, pelo auxílio e incentivo para a realização do doutorado.

À Profa. Dra. **Giselle Massi**, pelo conhecimento compartilhado e pela paciência, compreensão e apoio durante o percurso para a realização desse trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação** da UTP, em especial à atual coordenadora do programa, Profa **Rosane Sampaio** e a secretária **Luci Mara de Lima Chiquim**, pelo apoio e pela gentileza demonstrada em todo o tempo.

A todos os integrantes do **NARMS** – Núcleo de Estudos Avançados em Revisão Sistemática da UTP, pelo suporte na Revisão Sistemática e Meta-análise, em especial o Prof. Dr. **Cristiano Miranda de Araújo, Flávio Magno Gonçalves e Karinna Veríssimo Meira Taveira**.

À banca examinadora, Profa. **Rita de Cássia Tonocchi**, Prof **Cristiano Miranda de Araújo**, Profa. Dra. **Maria Cristina Paganini**, Profa. Dra. **Telma Pelaes de Carvalho**, por aceitar o convite em contribuir com o trabalho, desde à qualificação até o momento da defesa.

À Profa **Nadine de Biagi Souza Ziesemer**, pelo auxílio no início do projeto, compartilhando materiais e ideias.

Às pessoas idosas que participaram desse estudo, dialogando sobre suas histórias de morte e luto.

À todos os que contribuíram de alguma forma, para a realização dessa tese.

RESUMO

Introdução: O processo de morrer e o processo de luto compõem um caleidoscópio de significações, ritos, crenças e, embora sejam acompanhados de tabus e preconceitos, o diálogo sobre esses temas é essencial, pois integra as relações humanas em todo o ciclo vital, influencia na qualidade de vida das pessoas envolvidas, além de contribuir para a construção de sentidos sobre o vivido. Essa tese, é composta por dois artigos científicos. **Objetivo:** o artigo 1 teve como objetivo analisar o impacto do processo de luto na qualidade de vida de adultos e idosos e o artigo 2 buscou analisar os sentidos que a morte assume, na perspectiva de pessoas idosas. **Método:** o artigo 1 é uma revisão sistemática da literatura, em que foram incluídos estudos que avaliaram a qualidade de vida de adultos e idosos expostos ao luto, antes da morte e após a morte de familiares, por meio de instrumentos validados. O protocolo do estudo foi registrado no PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Review - Centre for Reviews and Dissemination University of York*) sob o número CRD42022324120, sendo utilizadas as seguintes bases de dados: EMBASE, Latin American, Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), LIVIVO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus and Web of Science. A pesquisa em literatura adicional incluiu Google Scholar, ProQuest, Medrxiv. O artigo 2 foi delineado a partir de abordagem qualitativa, organizado em função da Análise Dialógica do Discurso (ADD) e fundamentado na filosofia do Círculo de Bakhtin. Os critérios de inclusão permitiram a participação de sujeitos com idade igual ou superior a 76 anos, residentes no município de Curitiba, que aceitassem participar do estudo e apresentassem possibilidades para estabelecer diálogos com os pesquisadores, por meio de *smartphone* ou computador, com acesso a um *link* para encontro virtual, previamente agendado. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2021 e deu-se por meio de práticas dialógicas que foram gravadas para posterior transcrição e análise. **Resultados:** No artigo 1, as bases de dados recuperaram 2299 referências. Após a remoção dos estudos repetidos, permaneceram 1474 estudos. Depois da execução da primeira fase, foram removidas 1463 referências, que não estavam de acordo com os critérios de inclusão, restando 9 estudos para a segunda fase. Na fase 2, foi realizada a leitura dos artigos, ficando evidenciado que o processo de luto impacta de forma significativa a qualidade de vida antes e, sobretudo, um ano após a morte, principalmente, no domínio mental. O artigo 2 demonstrou que os sentidos acerca da morte, para os participantes da pesquisa, são ambíguos e equipolentes, evidenciando a morte como: algo inexplicável que faz parte da vida, um choque, um castigo, ruptura, fim, convite à vida eterna, aprendizagem, alegria e alívio. **Considerações finais:** os dois estudos convergem na medida em que buscam analisar visões plurais e singulares do processo de morrer e do luto. A análise da pluralidade da experiência do processo de luto, avaliando o impacto do luto na qualidade de vida, pode contribuir para a estruturação de políticas públicas e de redes sociais de apoio voltadas às pessoas que passam por esse processo, de uma forma geral. Já, a análise singular dos sentidos individuais para esse processo convoca o diálogo com o outro e com todas as suas ambivalências.

Descritores: Morte, Luto, Qualidade de Vida, Idoso, Idoso de 80 anos ou mais, Adulto.

ABSTRACT

Introduction: The process of dying and the grieving process compose a kaleidoscope of meanings, rites, beliefs and, although they are accompanied by taboos and prejudices, dialogue on these themes is essential, as it integrates human relations throughout the life cycle, influences the quality of life of the people involved, and contributes to the construction of meanings about what is experienced. This thesis is composed of a collection of two studies presented in the form of scientific articles. **Objective:** Article 1 aimed to analyze the impact of the grieving process on the quality of life of adults and the elderly and article 2 sought to analyze the meanings that death assumes, from the perspective of elderly people. **Method:** article 1 was organized according to a systematic review of the literature, which included studies that evaluated the quality of life of adults and elderly people exposed to bereavement, before death and after the death of loved ones, through validated instruments. The study protocol was registered in PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Review - Centre for Reviews and Dissemination University of York*) under the number CRD42022324120, using the following databases: EMBASE, Latin American, Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), LIVIVO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus and Web of Science, the additional literature search included: Google Scholar, ProQuest, Medrxiv. Article 2 is designed from a qualitative approach, organized according to Dialogical Discourse Analysis (DDA) and based on the philosophy of the Bakhtin Circle. The inclusion criteria allowed the participation of subjects aged 76 years or older, living in the city of Curitiba, who agreed to participate in the study and presented possibilities to establish dialogues with the researchers, through *smartphone* or computer, with access to a *link* for virtual meeting, previously scheduled. Data collection took place between the months of June and August 2021 and took place through dialogical practices that were recorded for later transcription and analysis. **Results:** In article 1, the databases retrieved 2299 references. After the removal of the repeated studies, 1474 studies remained. After the execution of the first phase, 1463 references were removed, which were not in accordance with the inclusion criteria, leaving 9 studies for the second phase. In phase 2, the articles were read, showing that the grieving process significantly impacts the quality of life before and, above all, one year after death, especially in the mental domain. Article 2 demonstrated that the meanings about death, for the research participants, are ambiguous and equipotent, evidencing death as: something inexplicable that is part of life, a shock, a punishment, rupture, end, invitation to eternal life, learning, joy and relief. **Final considerations:** the two studies converge in that they seek to analyze plural and also singular views of the dying process and the mourning process. The analysis of the plurality of the experience of the grieving process, evaluating the impact of grief on the quality of life of the bereaved, can contribute to the structuring of public policies and social support networks aimed at people who go through this process, in general. On the other hand, the singular analysis of the individual meanings for this process calls for dialogue with the other and with all their ambivalences that are sometimes rejected by society, which seeks the normalization of the grieving process, which can negatively impact on people's quality of life.

Keywords: Death, Mourning, Quality of Life, Elderly, Elderly aged 80 years or older, Adult,

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS POR MEIO DAS BASES DE DADOS.	38
FIGURA 2 – RESULTADOS SOBRE O RISCO DE VIÉS	45
FIGURA 3 - RESULTADOS SOBRE O RISCO DE VIÉS	46

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS: AUTORES, PAÍS, ANO, TAMANHO DA AMOSTRA, OBJETIVO, DELINEAMENTO E DESFECHO DE INTERESSE.	40
QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (QV), TEMPO DE AVALIAÇÃO DA QV ANTES E APÓS A MORTE DO FAMILIAR E PRINCIPAIS RESULTADOS DA QV ANTES (T1) E APÓS A MORTE	43
QUADRO 3– ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS	60
QUADRO 4 – ARTIGOS EXCLUÍDOS E O MOTIVO DA EXCLUSÃO	62
QUADRO 5 – ANÁLISE DO RISCO DE VIÉS DOS ESTUDOS	63
QUADRO 6 – SÍNTESE DA INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DIALÓGICA NA NARRATIVA ACERCA DAS EXPERIÊNCIAS MAIS SIGNIFICATIVAS RELACIONADAS À MORTE.	75
QUADRO 7 – SÍNTESE DA INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DIALÓGICA ACERCA DOS SENTIDOS SOBRE A MORTE PARA OS SUJEITOS.	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADD	Análise Dialógica do Discurso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EMBASE	Banco de dados bibliográfico biomédico e farmacológico da literatura.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
LILACS	<i>Caribbean health Sciences Literature</i>
LIVIVO	<i>Leibniz Information Centre for Life Science</i> da Alemanha
MEDLINE	Sistema online de Busca e Análise de Literatura Médica.
MedRxiv	Site de pré-publicações de artigos científicos em ciências da saúde.
PECOS	Acrônimo para P – <i>Population</i> (População), E – <i>Expositive</i> (Exposição), C – <i>Comparison</i> (Comparação), O - <i>Outcomes</i> (Desfecho/ Resultados), S – <i>Study tipe</i> (Tipo de estudo)
PsycInfo	Banco de dados de resumos de literatura no campo da psicologia.
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Checklist</i>
PROSPERO	<i>International prospective register of Systematic Review – Centre for reviews and Dissemination University of York</i>
ProQut	Empresa global de tecnologia e conteúdo de informação com sede em Michigan.

PUBMED	<i>Site</i> de busca e livre acesso à base de dados Medline de citações e resumos de artigos de investigação e biomedicina.
Rayyan	Aplicativo para auxílio em revisões sistemática e metanálises.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Teams	<i>Software</i> da Microsoft desenvolvido para a colaboração de equipes e para fins educacionais.
UTI'S	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO	21
2.1 O PROCESSO DE MORRER E A MORTE	21
2.2 O PROCESSO DE LUTO	22
2.3 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUA INTERFACE COM A MORTE, O LUTO E A QUALIDADE DE VIDA	24
2.4 O SUJEITO, A LINGUAGEM E AS PRÁTICAS DIALÓGICAS NA PROMOÇÃO À QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS.	26
3. ESTRUTURA DO TRABALHO	29
4. RESULTADOS	30
4.1 ARTIGO 1: O IMPACTO DO LUTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.	30
4.1.1 Introdução	32
4.1.2 Objetivo	33
4.1.3 Método	33
4.1.3.1. <i>Crterios de elegibilidade</i>	34
4.1.3.2 <i>Crterios e incluso e exclusão</i>	34
4.1.3.3 <i>Fontes de informao e estratgias de pesquisa</i>	34
4.1.3.4 <i>Seleção dos estudos</i>	35
4.1.3.5 <i>Coleta de dados</i>	35
4.1.3.6 <i>Avaliao do risco de viés</i>	36
4.2 Resultados	36
4.2.1 <i>Seleção dos estudos</i>	36
4.2.2 <i>Características dos estudos</i>	39
4.2.3 <i>Risco de viés</i>	45
4.2.4 <i>Resultados individuais dos estudos</i>	47
4.3 Discussão	49

4.4 Conclusão	53
4.5 Referências	54
APÊNDICE 1 – ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS	60
APÊNDICE 2 – ARTIGOS EXCLUÍDOS E MOTIVO DA EXCLUSÃO	62
APÊNDICE 3 – RISCO DE VIÉS AVALIADO POR JOANNA BRIGGS <i>INSTITUTE CRITICAL APPRAISAL FOR TOOLS FOR USE IN JBI SYSTEMATIC REWIEWS. CHECKLIST FOR COHORT STUDIES.</i>	63
4.2 ARTIGO 2 - OS SENTIDOS DA MORTE NA PERSPECTIVA DE PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE DIALÓGICA DO DISCURSO.	64
4.2.1 Introdução	66
4.2.2 Objetivo	68
4.2.3 Método	68
4.2.4 Resultados	71
4.2.5 Discussão	77
4.2.6 Considerações Finais	85
4.2.7 Referências	86
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	91
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO NORTEADOR DA PRÁTICA DIALÓGICA	94
ANEXO 1 – GUIA <i>CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (CORE Q)</i> APLICADO AO ESTUDO	95
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	99
6 REFERÊNCIAS	102

1. APRESENTAÇÃO

Ao recordar e descrever os motivos pelos quais surgiu o interesse no tema que permeia esse estudo: qualidade de vida e histórias sobre o processo de morrer e de enlutamento de pessoas idosas, traduzo-os como passageira de uma embarcação, no percurso de uma viagem, por um “mar”, a princípio totalmente desconhecido, cujos contornos foram se evidenciando ao longo do caminho. Como vertentes que me impulsionaram no trajeto, destaco situações vividas na vida profissional, como enfermeira e, também, na vida pessoal.

A primeira vertente, traduzida pelas experiências profissionais como enfermeira, teve início ainda no curso de graduação em enfermagem, diante do primeiro contato no cuidado a pessoas enlutadas e pessoas em processo de morrer e morte. Essas experiências se intensificaram após a graduação, no trabalho em um hospital oncológico na cidade de Curitiba, onde participei do cuidado de pessoas com câncer e de seus familiares, por nove anos.

Observei casos em que o tratamento proposto era suficiente, de forma a trazer a remissão do câncer e, também, casos em que a doença era detectada em estágios mais avançados, ou com formas mais agressivas de disseminação, não sendo possível seu controle. Assim, o tratamento poderia envolver: a cura ou a remissão da doença, o controle ou os cuidados paliativos.

Quando da necessidade de cuidados paliativos, observava e participava do trabalho, como integrante da equipe interdisciplinar, que utilizava inúmeras estratégias com foco na melhoria da qualidade de vida remanescente do sujeito, no alívio de sintomas e no alívio do sofrimento humano. Percebia uma dualidade nas relações de cuidado, principalmente, no final da vida e no luto. Observava posturas opostas, divergentes, antagônicas, que faziam parte do mesmo cenário assistencial.

Por um lado, havia posturas de empatia e compaixão, observadas quando da aplicação de conhecimentos científicos para alívio do sofrimento, com o cuidado aos familiares e à equipe, com o uso de terapias leves, com a abertura de espaço para o diálogo com o outro, com o protagonismo do sujeito e com a valorização da sacralidade no momento da morte. Por outro lado, havia, também, com maior

frequência, a dificuldade para o diálogo, a evitação e a negação da morte e do luto, a interdição da autonomia dos sujeitos, a falta de espaço para expressão de sentimentos e necessidades, a falta de cuidado com os familiares, a infantilização de velhos e velhas e, até mesmo, a banalização da morte e do luto.

Por vezes, nos momentos de despedida da vida de uma pessoa idosa, ouvia frases como: “foi melhor assim”, “ele(a) já está velhinho(a)”, “ele(a) já viveu bastante” e, ainda, frases que tentavam caracterizar de forma reducionista o tipo de cuidado físico, que deveria ser realizado no final da vida, como por exemplo: “não tem mais o que fazer”, “ele(a) é paliativo(a)”, “ele(a) é SPP – Se Parar Parou” ou “ele(a) é RHD – Regime, Higiene e Dieta”, traduzindo que manobras de reanimação cardiorrespiratória não seriam utilizadas, sendo realizadas apenas medidas de conforto físico, como o banho e a alimentação.

Tais frases me traziam incômodo, pois revelavam um foco maior na dimensão física do cuidado, em contraponto à dimensão familiar, social, espiritual e psíquica, bem como um tom de interdição e banalização do sofrimento dos envolvidos, prescrevendo uma “aceitação” ou “normalização” da situação, além de traduzir tecnicismo nas relações de cuidado. Porém, como uma viajante inexperiente, acreditava que era dessa forma que essas situações deviam ser conduzidas, pois dialogava muito com vozes dominantes e tecnicistas, nessa etapa do percurso.

Após nove anos de trabalho no hospital oncológico, iniciei minhas atividades como docente do Curso de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná e, ao acompanhar as práticas de cuidado em diferentes hospitais que prestavam cuidado a pessoas idosas no final da vida, pude observar a mesma dualidade. Assim, sentindo a necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o tema, fiz cursos de extensão na área de cuidados paliativos, com maior foco no final da vida e no luto. Cursei, ainda, uma pós-graduação em cuidados paliativos e um Máster na mesma área, de forma que pude compreender melhor essa temática.

A segunda vertente, que me impulsionou nos estudos nessa área, reflete alguns momentos da minha vida pessoal. Nasci e cresci na cidade de Curitiba. Meu pai, descendente de alemães e minha mãe, descendente de italianos, tiveram 3 filhos. A educação era rígida e a manifestação de sentimentos mais contida.

Vivenciei a morte dos meus avós maternos, a morte do meu pai e dos 21 até os 42 anos, vivenciei 5 perdas gestacionais. Assim, pude sentir na “pele” o impacto do

cuidado dos profissionais de saúde e o impacto das relações sociais diversas, refletidas pelo comportamento de familiares, amigos, conhecidos ou colegas de trabalho, no cenário da morte e seus reflexos no processo do luto. Ao mesmo tempo que encontrava posturas de apoio, também encontrava posturas de interdição do tema. A dualidade que antes eu observava apenas em meu trabalho como enfermeira, agora se apresentava em minha vida pessoal.

Por um lado, as posturas dominantes foram das pessoas que não prestaram suas condolências por não saber o que dizer, ou evitavam enviar mensagens, fazer visitas ou fazer uma ligação. A pressa para que a vida e todas as suas cores voltassem ao “normal”, também, esteve presente nos comportamentos das pessoas mais próximas.

Houve, ainda, frieza e falta de compassividade demonstrada por profissionais de saúde; além de orientações incorretas com relação aos documentos necessários para emissão de atestado de óbito, sepultamento e procedimentos legais com relação ao corpo sem vida. A escuta com relação aos sentimentos e necessidades também foi contida, o que certamente teve impacto na minha qualidade de vida e nos meus processos de luto.

No entanto, também, recebi condolências, visitas, abraços carinhosos, mensagens e cartas escritas com muita generosidade e reconhecimento do sofrimento vivido. Em alguns momentos, ainda, recebi o apoio de profissionais de saúde que demonstraram competências adequadas no cuidado. Com maior dificuldade, encontrei alguns espaços para expressar sentimentos e necessidades. Procurei dialogar com diversas vozes e, nesse sentido, a literatura, a religião, o espaço universitário, as artes e as relações sociais tiveram uma ação importante na busca de sentido para as perdas. Cada qual, com seus significados.

No diálogo com outras vozes e comigo mesma, pude conhecer os trabalhos de Elizabeth Kübler-Ross, Cicely Saunders, Philip Arié, Maria Helena Pereira Franco, Rodrigo Luz, Daniela Freitas, entre outros, que me ajudaram a compreender essas contradições, a valorizar as experiências singulares do outro, a reconhecer a importância do desenvolvimento de competências específicas para o cuidado a pessoas em final de vida, contemplando os cuidados paliativos, e a importância da busca de sentido de cada vínculo feito, desfeito e (re)feito.

Compreendi, então, as vertentes e a reverberação do impacto da interdição do luto, da interdição da decisão autônoma dos sujeitos envolvidos durante esses processos e, ainda, o impacto da postura dos profissionais de saúde na vida das pessoas, na relação com suas famílias e, por consequência, na relação com a comunidade.

Em 2019, ao ingressar no Programa de Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, na Linha de pesquisa em “Promoção da comunicação humana nos contextos da saúde e educação”, pude refletir acerca da sistematização dos conhecimentos e das ações voltadas à promoção da saúde, das quais o cuidado voltado aos processos de envelhecer, morrer e enlutar-se, fazem parte.

Pude conhecer, então, o dialogismo e o papel da linguagem na construção das relações de sentido e na constituição dos sujeitos. Os discursos alheios, presentes em nosso próprio discurso, nos oportunizam reflexões e posicionamentos frente às diversas situações existenciais, dentre elas o final da vida e o luto. Por meio da linguagem, exibimos nosso “direito” e nosso “avesso”.

Nesse período de “navegação”, pude fazer “ancoragem” e estabelecer vínculos com as vozes do Círculo de Bakhtin, que me permitiram transitar pela filosofia da linguagem de forma mais segura. Nessa ancoragem, compreendi que todo enunciado emerge de um contexto cultural, saturado de significados e valores, sendo sempre um ato responsivo do sujeito, uma tomada de posição; que é única e irrepetível, portanto, carregada de valor.

Alinhada a esse pensamento, pude iniciar um projeto de pesquisa que me permitiu conversar com velhos e velhas sobre a morte e o luto, com a segurança de reconhecer os sentidos dessas experiências para esses sujeitos e reconhecer sua refração; buscando compreensão acerca das forças dominantes, que contribuem para a interdição do tema e, de forças opostas, de resistência, que evidenciam a importância dos espaços dialógicos nesse “oceano”.

Pude, então, compreender que, como nas embarcações, os sujeitos têm uma “obra morta”, semelhante à parte do casco dos navios, que fica acima da linha d’água, mais exposta, mais visível e uma “obra viva”, correspondente à parte do casco que fica embaixo da linha d’água, nem sempre perceptível aos olhos do observador mais desatento.

Assim, foi possível reconhecer nos diálogos com os sujeitos, a “obra viva”, singular e única, do que nem sempre está à mostra nas relações sociais. Pude reconhecer aquilo que fica “submerso” ou escondido, aquilo que significa, que dá sentido às experiências das pessoas que participaram desse estudo.

Quando se trata da morte e do luto, mesmo que as vontades sociais de poder tentem impor verdades, impor comportamentos, estancar vozes, dar a última palavra e até mesmo encerrar o diálogo, nesse “mar” de vozes, isso não seria crível.

2. INTRODUÇÃO

Na introdução desse texto, descreve-se o embasamento teórico acerca dos temas que estão contemplados nesse estudo, com destaque principal para os processos que envolvem a morte e o luto, bem como a interface desses assuntos com o envelhecimento, a linguagem, as práticas dialógicas e a qualidade de vida.

2.1 O PROCESSO DE MORRER E A MORTE

O processo que envolve a morte se compõe de um caleidoscópio de significações, ritos, crenças e, embora seja acompanhado de tabus e preconceitos, é um tema essencial para as sociedades, pois integra as relações humanas, em todo o ciclo vital (SILVA JUNIOR, *et al*, 2011). Trata-se de um processo que faz parte da vida e marca a história humana (Kovács, 2005), convidando diversas áreas do conhecimento, como a área da saúde, a sociologia, a antropologia, a economia, a história, entre outras, à reflexão e ao diálogo, mesmo que, na sociedade em geral, essa questão raramente se coloque em um debate mais amplo (Norbert, 2001).

Antes do século XVII, a morte e o morrer podiam ser pensados como um fenômeno, sendo a morte percebida e anunciada. Sua ocorrência era, geralmente, esperada, exposta e vivenciada por toda a família e comunidade (Ariés, 2014). Entretanto, a partir dessa afirmação, não se pode acreditar que esse evento trazia comportamentos, essencialmente, diferentes frente ao que se vive no decorrer da história. Mas, é reconhecido que, no século XVII, a morte era mais familiar, ocorrendo nas residências, de forma mais coletiva e menos oculta, sem, no entanto, ser pacífica (Norbert, 2001).

No decurso do processo civilizador e, principalmente, a partir do século XIX, mudaram os problemas enfrentados pela sociedade e o reflexo disso, na morte e no morrer, denota maior individualização, institucionalização, recalcamento e encobrimento, tanto no plano individual, como no plano coletivo (Norbet, 2001).

A partir do século XX, com os avanços tecnológicos e com a busca incansável pela cura a qualquer preço, a morte passou a ser mais evitada pelos sujeitos, pelos setores da saúde e pelas coletividades, de forma geral, incluindo interdições que

dificultam as atividades relacionadas à fala, ao pensamento e à escrita sobre a morte (Norbet, 2001). Assim, tem sido possível acompanhar uma forte tendência social, para a evitação da morte, pois, na tentativa de afastá-la, tanto quanto for possível, pode-se tentar encobrir e reprimir sentimentos indesejáveis. (Norbert, 2001).

Em uma sociedade centrada na produção e no utilitarismo, em que as ações benéficas ao indivíduo e à coletividade são vinculadas a eterna busca pela felicidade, a morte e o luto são tomados como empecilhos, carregados de significados negativos (Ribeiro, et al, 2017; Bosi, 1994).

Fundadas sobre configurações específicas de poder, as estruturas sociais, alienadas à cultura dominante, contribuíram para normatizar padrões de comportamento, de controle social, de práticas sociais e, até mesmo, da consciência pessoal, trazendo reflexos sobre o entendimento e as ações envolvidas com o fim da vida. Assim, a morte transformou-se em um evento solitário e escamoteado, a ser enfrentado em locais previamente estipulados, tais como hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde a circulação de pessoas é restrita e as atitudes normatizadas.

Também, o tempo para a realização dos rituais fúnebres tornou-se mais reduzido, de acordo com Norbert, 2001, dificultando o processo de luto, ou seja, de elaboração do sofrimento dos envolvidos, conforme apresentado na sequência.

2.2 O PROCESSO DO LUTO

O luto pode ser compreendido como um processo natural e dinâmico de construção de significado, em decorrência do rompimento de um vínculo. Assim, leva a mudanças, elaborações, movimentos para trás, para frente e para os lados, sendo a construção de sentido para a morte de alguém, não apenas coadjuvante no processo. Pois é exatamente a elaboração desse sentido que se constitui como processo do luto. (Franco, 2021). E o luto, também, pode ser compreendido como a expressão possível para um estresse, sendo um fenômeno fisiológico e de transição psicossocial, indispensável, para as pessoas que perdem um ente querido (Parkes, 1998).

Foram muitos os autores que contribuíram e contribuem para que a sociedade contemporânea possa pensar acerca do processo de luto e, nesse texto introdutório, estão apresentados alguns deles, como é o caso de Freud. Antes da Segunda Guerra Mundial, por exemplo, o pai da psicanálise propôs o “trabalho do luto”, que envolvia o rompimento dos laços com o falecido, a reorganização às novas circunstâncias da vida e a construção de novos relacionamentos (Parkes, 2002; Franco, 2021).

Já, ao final da Segunda Guerra Mundial, valorizava-se a postura inabalável frente aos revezes provocados pelo conflito bélico, o que contemplava o ocultamento das emoções desencadeadas no luto. Por essa razão, estudos realizados nessa época recomendavam a expressão das emoções, apenas em um contexto clínico, desconsiderando a possibilidade de o luto ser vivenciado coletivamente. (Parkes, 2002; Franco, 2021).

Elizabeth Kubler-Ross descreveu o processo do luto, envolvendo algumas fases como o choque, a negação total e parcial do fato, a raiva, a depressão, a barganha, o pesar preparatório, a esperança, a deatexia, caracterizada pela frieza e a aceitação, contribuindo sobremaneira para a compreensão desse processo (Kübler-Ross, 2008). Já, Stroebe e Schut descreveram o modelo do “processo dual do luto”, considerando que havia uma oscilação constante entre os comportamentos que orientam o sujeito para a perda e os comportamentos que o orientam para a restauração da vida (Stroebe, Schut, 1999).

Porém, ressalta-se que, em muitos momentos da história, o luto foi considerado uma ameaça à saúde física e mental, visto pela sociedade, como uma doença, que deveria ser reconhecida e tratada. Inclusive, surgiram conceitos sobre o luto considerado normal e o luto patológico, bem como o luto complicado e o luto prolongado (Parkes, 2002; Franco, 2021).

Nos últimos anos, mais atenção tem sido dada ao contexto social em que o luto surge, bem como à natureza dos vínculos que o precedem e que certamente influenciam nas reações ao luto e a outros eventos traumáticos da vida, que podem se associar no impacto dessas experiências (Parkes, 2002). A intensidade dos vínculos estabelecidos entre as pessoas, a situação em que se deu o processo de morrer e a morte, além das experiências com a morte desde a infância, são fatores

que influenciam a maneira como cada sujeito vivencia o processo do luto (Parkes, 1998).

Ancorado em um contexto cultural, que contribui para a regulação de seus significados, o luto tem características únicas, singulares, coletivas, públicas, privadas, comunitárias, grupais, que permitem que seus significados sejam questionados e ressignificados (Franco, 2021). Desta maneira, destaca-se a importância de uma conexão com o multipluralismo cultural em que o luto foi vivenciado, bem como a busca da correlação entre o luto vivenciado na vida privada e na sua expressão pública (Franco, 2021).

Apesar de apresentar um componente similar entre as pessoas que o experienciam, o enlutamento seguirá com características particulares, não sendo possível padronizá-lo ou criar regras, limites, direções e ritmos para sua vivência. Monologizar essa experiência, incorreria na perda de uma riqueza multicultural e, ao mesmo tempo, individual, não havendo significados e sentidos prontos nesse contexto (Franco, 2021).

Diante disso, destaca-se que as experiências de morte e de morrer estão carregadas de influências pessoais e coletivas, que mesmo sendo imperceptíveis para os sujeitos, para as famílias e para as comunidades, vão reverberar na busca de sentido para o luto. Reconhecer tais influências é fundamental para os profissionais de saúde e pesquisadores do tema, sobretudo, pelo fato de que tal reconhecimento produz impacto no trabalho de profissionais da saúde, envolvidos com a promoção da qualidade de vida, em todos os ciclos da existência de uma pessoa (Stroebe, Schut, 1999).

2.3 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E SUA INTERFACE COM A MORTE, O LUTO E A QUALIDADE DE VIDA

As concepções sobre temas como a velhice, a morte e o luto, não têm relação direta, apenas, em função de aspectos biológicos do envelhecimento. Essas concepções são balizadas pelos contextos social e histórico em que a velhice, a morte e o luto são experienciados, refletindo e refratando uma construção social (Bozi, 1996).

As condutas humanas são aprendidas e fazem conexão com diversas situações, como, por exemplo, em termos de limitações ou regras específicas das comunidades. A sintonia com a coletividade tem influência, inclusive, na relação com as pessoas idosas e na experiência aprendida com a morte, o morrer e o luto. Tais experiências são variáveis e específicas para diversos grupos sociais, mesmo considerando a imutabilidade da morte (Norbert, 2001).

Com esse entendimento, convém refletir sobre os significados da morte na velhice. Pois, se o limite da vida é a morte, a velhice é um momento da existência humana, em que há maior proximidade desse limite, apesar do processo de morrer não ocorrer exclusivamente na senioridade. (Almeida; Lourenço, 2009). Assim, propondo um contraponto entre a morte e a velhice, cabe ressaltar que, ao negar a morte e interditá-la da vida social, pode-se fazer o mesmo com a velhice, pela proximidade entre elas (Menezes, Lopes, 2014; Santos, 2010).

A fragilidade das pessoas é, por vezes, suficiente para segregar os que envelhecem dos demais, provocando um isolamento (Beauvoir, 2018). O isolamento tácito dos velhos, pode igualar-se ao isolamento que se faz aos moribundos, aquelas pessoas com prognóstico de proximidade de final de vida. Nesse contexto, observa-se o esfriamento de suas relações com pessoas a quem tinham afeto, a segregação social e o afastamento dos que lhes davam segurança (Norbert, 2011).

Além disso, cabe ressaltar que, no decorrer dos anos, é comum as pessoas se depararem com o surgimento de doenças crônicas e degenerativas, com o distanciamento dos filhos, com a aposentadoria, com a morte de cônjuges, parentes e amigos (Almeida; Lourenço, 2009). Assim, as pessoas mais velhas tendem a vivenciar mudanças em seus papéis sociais e em seu vigor físico, em uma trajetória que se encerra com a morte.

O fato de as pessoas viverem por mais tempo, com participação na economia e nas relações familiares e sociais, dá maior visibilidade às demandas físicas, sociais, emocionais, espirituais e cognitivas desse público, de forma que as mudanças de papéis e os lutos que vivenciam não sejam invisibilizados ou não reconhecidos (Franco, 2021). Ao refletirem acerca das mudanças e sucessões de perdas, as pessoas velhas podem vislumbrar um contexto negativo, em que a velhice é percebida de maneira desagradável, fazendo-as pensar em sua própria morte e conseqüentemente no luto (Menezes, Lopes, 2014; Frumi, 2006).

Corroborando com essas reflexões, evidencia-se que a pluralidade de sentidos construídos pelos sujeitos, em virtude da morte de pessoas queridas e dos lutos vivenciados em decorrência disso, pode provocar alterações nos diferentes domínios da qualidade de vida (Maccallum, Bryant, 2020). Entende-se que a qualidade de vida reflete as percepções dos sujeitos em relação à sua posição na vida, considerando o contexto da cultura, seus sistemas de valores e sua relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, impactando em diversos domínios ou dimensões da saúde. De forma complexa, engloba o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e suas interfaces com o meio ambiente (World Health Organization, 2012). No que se refere à interrelação do processo do luto com a qualidade de vida, observa-se impacto em diversos domínios, como por exemplo, no domínio psicológico, quando há falta de sentido e confusão de papéis; na dimensão social, quando há dificuldades de confiança e, ainda, no domínio ambiental, quando ocorrem sentimentos como a amargura (Maccallum, Bryant, 2020).

Diante disso, sendo a velhice um tema que vem recebendo destaque em diversos cenários, gerando debates e oportunizando reflexões acerca do enfrentamento de desafios que advém do aumento da longevidade, no que se refere à gestão coletiva dos problemas sociais (Almeida; Lourenço, 2009) e, também, levando em conta que as questões que permeiam a morte e o luto fazem parte desse coletivo, destaca-se o papel da linguagem nos processos de envelhecimento e de enlutamento. Pois, a linguagem, enquanto atividade dialógica, reafirma e amplia a participação social dos sujeitos (Massi, et al, 2015), nesse contexto. Assim, pretende-se discorrer, a seguir, sobre o tema.

2.4 O SUJEITO, A LINGUAGEM E AS PRÁTICAS DIALÓGICAS NA PROMOÇÃO À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS

A concepção de ser humano que embasa esse estudo parte do princípio de que ele é um sujeito social, que se constitui nas relações com as pessoas por meio da linguagem, nas relações dialógicas. Portanto, além de indivíduos biológicos, os humanos são seres históricos e sociais. Assim, opta-se nesse estudo, por utilizar o

substantivo sujeito em contraposição à indivíduo. O sujeito é constituído na eventicidade, ou seja, quando ele tem uma atitude responsiva no mundo, que se apresenta por meio da linguagem, que é social. A linguagem promove um mundo a partir de uma atitude participativa, interessada, estabelecida em função de relações socialmente organizadas e ideológicas, que, por sua vez, são determinantes na constituição do sujeito. (Bakhtin, 2010; Lima, 2018).

Considerando tais aspectos, é possível afirmar que a linguagem é constitutiva do sujeito e da realidade social, contribuindo para sua organização, sendo um processo infindo e dialógico. A realidade discursiva é heterogênea, visto que os sujeitos não absorvem apenas uma voz social, mas muitas vozes, que compõem encontros e desencontros, concordâncias e embates. Assim, o mundo interior do sujeito pode ser entendido como uma arena povoada de vozes sociais, em múltiplas relações de consonâncias e dissonâncias, em permanente movimento. (Bakhtin, 2010; Faraco, 2009).

Essa dinâmica social, internalizada, é constitutiva da atividade psíquica, que permite que o sujeito se posicione ativamente no mundo social, por meio de seus enunciados. Dessa forma, cada ser humano ocupa um lugar único e insubstituível no mundo, em virtude de que cada um responde de modo diferente em seu viver, sendo o sujeito, social de ponta a ponta e singular de ponta a ponta (Bakhtin, 2017; Faraco, 2009).

Essa diversidade de vozes e de relações dialógicas, é encaminhada a diferentes destinatários, considerados super destinatários, correspondendo, também, àqueles que estão ausentes fisicamente, do cenário dialógico em que o enunciado é produzido (Bakhtin ,2004; Faraco, 2009; Brait, 2018). Destaca-se que, nesse cenário, as práticas dialógicas permitem que diferentes vozes sociais se materializem, relacionando discursos do passado, do presente e do futuro (Bakhtin ,2004; Brait, 2018).

Os diálogos sociais não se repetem de maneira exata e absoluta, são novos e, ao mesmo tempo, reiteram marcas históricas e sociais, que caracterizam uma dada cultura, uma sociedade (Brait, 2018). Pela mediação da linguagem, dados de todos os tipos, inclusive da vida e da morte, podem ganhar sentido (NORBERT, 2011).

Por meio das vozes que constituem os sujeitos, pode-se realizar o registro da vida e do pensamento. O que um grupo de pessoas elabora e transmite, por meio

da linguagem, retém e reforça as lembranças e, ao recordá-las, tal grupo vai, gradualmente, individualizando, a memória comunitária e retendo o que significa (Bosi, 1994). Assim, entendendo que as pessoas velhas têm o preponderante papel de (re)lembrar e, ainda, entendendo que o passado é constitutivo do que se vive e se significa no presente (Bosi, 1994), é que esse estudo foi desenhado.

Assim, entendendo que a dialogia pode se alinhar ao conceito de envelhecimento ativo (Organização Mundial da Saúde, 2005), bem como às diretrizes para a organização dos cuidados paliativos e de sistemas de apoio para o luto, o presente estudo busca compreender os sentidos da morte e do luto, na perspectiva de velhos, a partir da seguinte questão: **“quais as principais alterações na qualidade de vida e quais os sentidos que as pessoas idosas dão para o processo de morrer e o processo de luto?”**.

3. ESTRUTURA DO TRABALHO

Essa tese tem como objetivo geral compreender sentidos que a morte e o luto podem assumir na perspectiva de pessoas velhas e seu impacto na qualidade de vida. Nessa direção, está organizada em função de dois artigos, elaborados com objetivos específicos, conforme apresentado na sequência:

No artigo 1 descreve-se o impacto do luto na qualidade de vida de adultos e idosos, sendo realizado por meio de uma revisão sistemática da literatura.

O artigo 2 busca analisar os sentidos da morte, na perspectiva de pessoas idosas. Para tanto, foi feita uma pesquisa de campo, com ancoragem teórica na filosofia do Círculo de Bakhtin e ancoragem metodológica na Análise Dialógica do Discurso (ADD).

4. RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1 - O IMPACTO DO LUTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS ADULTAS E IDOSAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Introdução: O luto é compreendido como um processo desencadeado em resposta a diferentes perdas, como a morte de pessoas, a perda de um emprego, o rompimento de relacionamentos e mudanças inesperadas na vida. Quando desencadeado devido à morte, a complexidade da sua manifestação e a multiplicidade de sentidos construídos pelos sujeitos em decorrência de sua vivência podem provocar alterações em diferentes domínios da qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar o impacto do processo de luto na qualidade de vida de adultos e idosos. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, sendo o protocolo do estudo registrado no PROSPERO sob o número CRD42022324120. Como critérios de elegibilidade foram incluídos estudos envolvendo adultos e idosos expostos ao luto, que avaliaram a qualidade de vida antes da morte e após a morte de entes queridos, por meio de instrumentos validados para esse fim. Foram excluídos estudos que tivessem como amostra uma população de adolescentes ou crianças e que não avaliassem a qualidade de vida antes e após a exposição ao luto. As fontes de informação para essa revisão foram: EMBASE, Latin American, Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), LIVVO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus and Web of Science. Foi pesquisada literatura adicional, incluindo Google Scholar, ProQuest, Medrxiv. O método para análise do risco de viés quanto à qualidade metodológica dos estudos utilizou a ferramenta de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*. Procedeu-se então à apresentação e síntese dos resultados. **Resultados:** As bases de dados recuperaram 2299 referências. Após a remoção dos estudos repetidos, 1474 referências foram consideradas. Depois da execução da primeira fase e segunda fase, foram removidas 1463 referências, que não estavam de acordo com os critérios de inclusão, restando assim, 9 estudos para a síntese. Na fase 2, foi realizada a leitura dos artigos e evidenciou-se que o processo de luto impacta, de forma significativa, a qualidade de vida dos participantes tanto antes quanto após a morte, principalmente o componente mental, ocasionando alterações significativas principalmente no primeiro ano após a morte. Como limitações, destaca-se o risco de viés relacionando ao tempo de acompanhamento dos participantes após a morte, que não foi maior do que 12 meses em diversas publicações. **Conclusão:** O processo de luto alterou sobremaneira a qualidade de vida de adultos e idosos, antes e a após o falecimento, principalmente até o primeiro ano após a morte. Entretanto, observou-se que, para algumas pessoas, haverá redução da qualidade de vida após esse período.

DESCRITORES: bereavement; grief; mourning; disenfranchised grief; quality of life; indicators of quality of life; adult; aged; aged, 80 and over.

ABSTRACT

THE IMPACT OF GRIEF ON THE QUALITY OF LIFE OF ADULTS AND THE ELDERLY: A SYSTEMATIC REVIEW

Introduction: Grief is understood as a process triggered in response to different losses, such as the death of people, the loss of a job, the breakup of relationships and unexpected changes in life. When triggered due to death, the complexity of its manifestation and the multiplicity of meanings constructed by the subjects as a result of their experience can cause changes in different domains of quality of life.

Objective: To analyze the impact of the grieving process on the quality of life of adults and the elderly. **Method:** This is a systematic review of the literature, and the study protocol is registered in PROSPERO under the number CRD42022324120. Eligibility criteria included studies involving adults and elderly people exposed to bereavement, which assessed the quality of life before death and after the death of loved ones, using instruments validated for this purpose. Studies that sampled a population of adolescents or children and that did not assess quality of life before and after exposure to bereavement were excluded. The sources of information for this review were: EMBASE, Latin American, Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), LIVVO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus and Web of Science. Additional literature was searched, including Google Scholar, ProQuest, Medrxiv. The method for analyzing the risk of bias regarding the methodological quality of the studies used the critical evaluation tool of the *Joanna Briggs Institute*. **Results:** The databases retrieved 2299 references. After removal of the repeated studies, 1474 references were considered. After the execution of the first and second phases, 1465 references were removed, which were not in accordance with the inclusion criteria, thus leaving 9 studies for the synthesis. In phase 2, the articles were read and it was evidenced that the grieving process significantly impacts the quality of life of the participants both before and after death, especially the mental component, causing significant changes especially in the first year after death. As limitations, we highlight the risk of bias related to the follow-up time of participants after death, which was no longer than 12 months in several publications. **Conclusion:** The grieving process greatly altered the quality of life of adults and the elderly, before and after death, especially until the first year after death. However, it was observed that, for some people, there will be a reduction in quality of life after this period.

KEYWORDS: Mourning, Quality of Life, Elderly, Elderly aged 80 years or older, Adult.

4.1.1 Introdução

O luto é compreendido como um processo desencadeado em resposta a diferentes perdas, como a morte de pessoas, a perda de um emprego, o rompimento de relacionamentos e mudanças inesperadas na vida¹. Por ser um processo, implica mudança, elaboração e movimentos que contribuem para a construção de novos significados na vida, pode ocorrer como uma resposta natural diante de situações que antecedem e/ou que sucedem a morte de um ente querido. Tal processo é dinâmico, singular, público, comunitário e se apresenta em um contexto cultural que regula os seus significados, podendo o sujeito questioná-los, submeter-se a eles ou ressignificá-los².

O luto por morte pode ter início durante o processo de morrer, logo após sua ocorrência ou se iniciar de forma antecipatória³, logo após um diagnóstico médico capaz de acarretar uma transformação significativa na vida. Essa transformação inclui a identidade do sujeito e sua percepção de controle sobre as situações, podendo ser observada no próprio paciente, em seus familiares e, também, na equipe que o assiste².

Ressalta-se que o luto pode tornar-se complicado, quando há maior duração ou intensidade de suas manifestações, com prejuízo importante na área social e laboral, estando os sujeitos mais propensos ao consumo de álcool e tabaco, maior número de hospitalizações, ideação suicida e redução de diversos domínios da qualidade de vida. Nesse caso, haveria uma desorganização prolongada na vida da pessoa que impediria a retomada de suas atividades com qualidade anterior à perda^{4,5}. Corroborando com tal afirmação, evidencia-se que a complexidade na manifestação do luto e a pluralidade de sentidos construídos pelos sujeitos em decorrência de sua vivência podem provocar diversas alterações nos diferentes domínios da qualidade de vida⁶.

Entende-se que a qualidade de vida reflete as percepções dos sujeitos em relação a sua posição na vida, considerando o contexto da cultura, seus sistemas de valores e sua relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, impactando em diversos domínios ou dimensões da saúde. De

forma complexa, engloba o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais, e suas interfaces com o meio ambiente⁷.

No que se refere à interrelação do luto com a qualidade de vida, observa-se seu impacto em diversos domínios. Destaca-se que a falta de sentido e confusão de papéis podem estar relacionados à redução da qualidade de vida no domínio psicológico, as dificuldades de confiança relacionadas à redução da qualidade de vida na dimensão social e a amargura, associada à diminuição da qualidade de vida no domínio ambiental⁶. Associado a isso observa-se aumento de morbidades e maior necessidade de utilização de cuidados de saúde⁸.

Em cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas em fase avançada, também, é recorrente o impacto do processo do luto de forma antecipatória à morte, sendo que a avaliação da qualidade de vida indica resultados inferiores aos da população em geral⁹.

Assim, cabe aos profissionais de saúde que realizam o cuidado a pessoas enlutadas, conjugar os fundamentos teóricos com as necessidades individuais e coletivas², o que inclui a avaliação da qualidade de vida.

Frente a importância do cuidado a pessoas enlutadas, destaca-se que não foram encontradas revisões sistemáticas que abordassem o tema proposto nesse estudo, sendo assim o mesmo está pautado na seguinte questão norteadora: qual é o impacto do luto na qualidade de vida de adultos e idosos?

4.1.2 Objetivo

Analisar o impacto do processo de luto na qualidade de vida de adultos e idosos.

4.1.3 Método

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada de acordo com o PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Checklist*)¹⁰. O protocolo do estudo foi registrado no site PROSPERO (*International*

Prospective Register of Systematic Review - Centre for Reviews and Dissemination University of York), sob o número CRD42022324120.

4.1.3.1 Critérios de elegibilidade

Como critérios de elegibilidade dos estudos foi utilizado o acrônimo “PECOS”:

- P (participantes): adultos e idosos;
- E (exposição): expostos ao luto;
- C (comparação): estudos comparativos acerca da avaliação da qualidade de vida antes e após a morte;
- O (desfecho): qualidade de vida;
- S (tipos de estudos incluídos): estudos de coorte.

4.1.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos envolvendo adultos e idosos expostos ao luto, que avaliaram a qualidade de vida antes da morte e após a morte de seus familiares, por meio de instrumentos validados para esse fim. Os familiares poderiam ser cuidadores informais de seus familiares.

Foram excluídos estudos que tivessem como amostra uma população envolvendo adolescentes ou crianças, cuidadores formais de pessoas adultas ou idosas em adoecimento e que não avaliaram a qualidade de vida antes e após a exposição ao luto. Não houve critério de exclusão baseado em sexo ou etnia.

4.1.3.3 Fontes de informação e Estratégias de pesquisa

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: EMBASE, Latin American, Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), LIVVO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus and Web of Science. Foi pesquisada literatura adicional, incluindo Google Scholar, ProQuest, Medrxiv. A busca completa, com as combinações de palavras e truncamentos apropriados utilizadas para cada

base de dados está descrita no apêndice 1. O software EndNote® (EndNote® X7 Thomson Reuters, Filadélfia, 12 PA) foi utilizado para organizar e remover as referências duplicadas.

4.1.3.4 Seleção dos estudos

Antes do início das buscas, dois revisores (A.P.H e K.F.P.O.P) deram início ao processo de calibração, com a leitura independente dos títulos e resumos de 100 publicações. Esse processo se realizou em função da utilização do *website* Rayyan^R (<http://rayyan.qcri.org>), onde os revisores foram blindados em todas as avaliações e um integrante da equipe (F.M.G), que não participou da seleção, atuou como moderador. Após a seleção dos artigos, conforme os critérios de inclusão, o coeficiente de concordância de Kappa foi calculado para verificar o nível de concordância entre os dois revisores, tendo como resultado um índice Kappa > 0.8, indicando boa concordância.

Após a calibração deu-se início à seleção das publicações, que ocorreu em duas fases. Na fase 1, dois revisores (A.P.H e K.F.P.O.P) fizeram a leitura independente dos títulos e resumos das referências, excluindo as publicações que não preenchiam os critérios de inclusão. Na fase 2, os mesmos revisores fizeram a leitura completa dos artigos selecionados, de forma independente. Quando houve desacordo não resolvido por meio de diálogo entre o primeiro e segundo revisor, um terceiro autor foi envolvido para a decisão final (G.M.).

Todas as etapas foram realizadas com a utilização do *website* Rayyan^R (<http://rayyan.qcri.org>), onde os revisores foram blindados em todas as avaliações e um integrante da equipe (F.M.G), que não participou da seleção, atuou como moderador.

4.1.3.5 Coleta de dados

Após seleção dos artigos, foram consideradas as seguintes variáveis para extração: características do estudo, incluindo autores, desenho do estudo, ano e

país de publicação; características da população pesquisada, contendo tamanho, sexo e idade da amostra; características da avaliação, com o instrumento utilizado para avaliação da qualidade de vida; característica dos resultados, incluindo quais os domínios da qualidade de vida demonstraram significância estatística antes e após a morte e principais conclusões.

4.1.3.6 Avaliação de risco de viés

Os estudos incluídos foram avaliados quanto à qualidade metodológica com a ferramenta de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*¹¹ para uso em revisões sistemáticas, sendo utilizada a Lista de verificação para estudos de coorte. Dois revisores (A.P.H e K.F.P.O.P) realizaram, separadamente, a avaliação do risco de viés e julgaram os artigos incluídos, marcando cada critério de avaliação com “sim”, “não”, “incerto” e “não aplicável”. O risco de viés foi classificado como alto, quando o estudo chegou a 49% "Sim"; moderado, quando o estudo atingiu de 50% a 69% "Sim"; e baixo, quando o estudo atingiu mais de 70% "Sim". Quando necessário, as divergências foram resolvidas por meio de discussão com um terceiro revisor (G.M). O Software Revman 5.4^R (Review Manager 5.4; The Cochrane Collaboration), foi utilizado para criar as figuras.

4.2 Resultados

4.2.1 Seleção dos estudos

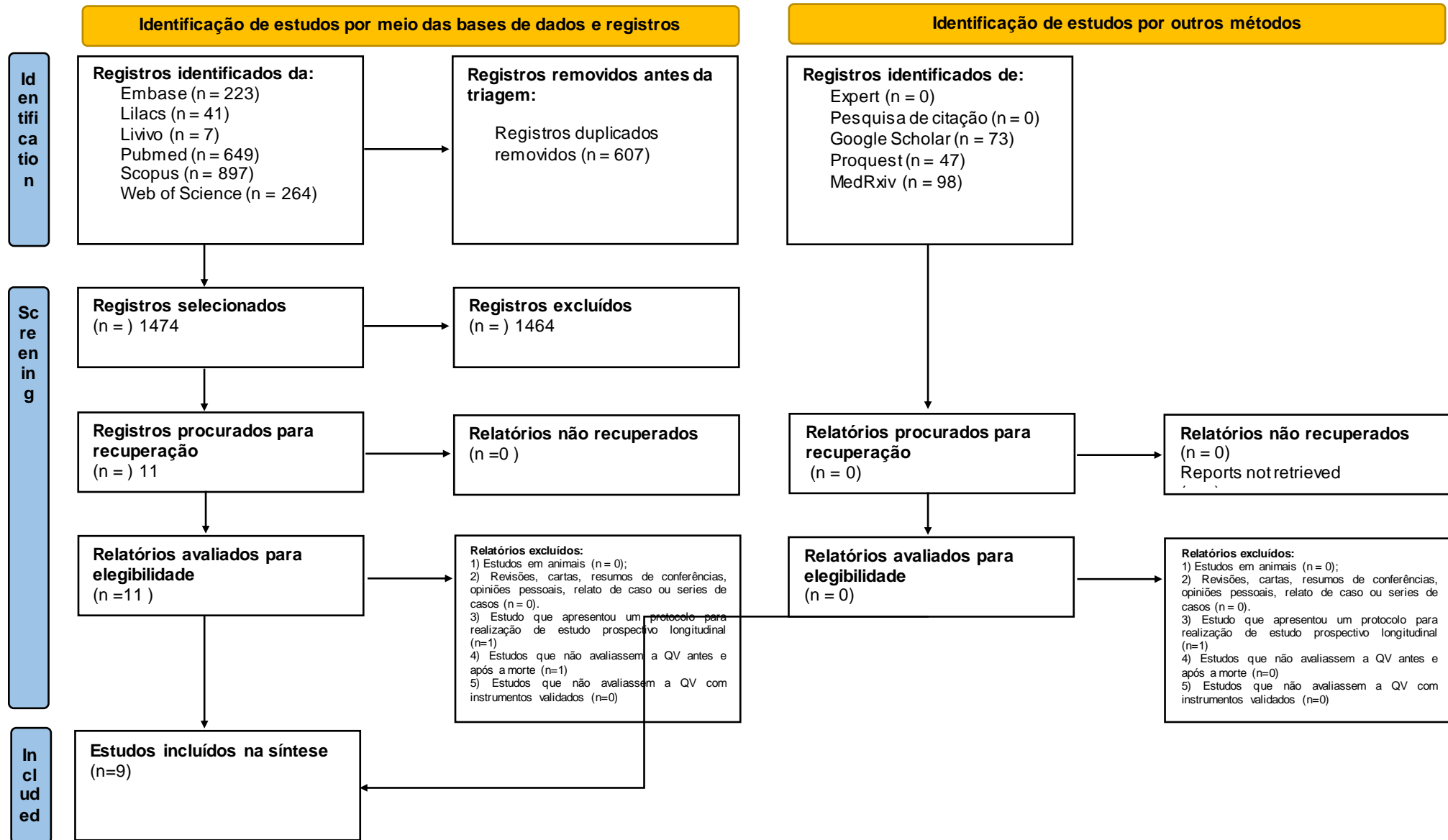
As bases de dados recuperaram 2299 referências. Após a remoção dos estudos repetidos, constaram 1474 referências. Depois da execução da primeira fase, foram removidas 1463 referências, que não estavam de acordo com os critérios de inclusão, restando, assim, 11 estudos para a segunda fase.

Na segunda fase, após a leitura dos textos na íntegra, um estudo¹² foi excluído por se tratar da apresentação de um protocolo para o desenvolvimento futuro de uma pesquisa, portanto não se enquadrava nos critérios de elegibilidade e outro estudo¹³ foi excluído por comparar a qualidade de vida de pessoas durante e

após a pandemia de COVID-19 e não antes e após o luto, conforme os objetivos desta revisão sistemática. Restaram, assim, 9 artigos para a síntese qualitativa.

Na fase 2 do estudo, procedeu-se à leitura dos 9 artigos, na íntegra. A figura 1 mostra o processo de identificação dos estudos por meio das bases de dados e seus registros.

Figura 1 – Processo de identificação dos estudos por meio das bases de dados



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools. From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

4.2.2 Características dos estudos

Dos 9 estudos selecionados dois foram realizados em países da União Européia^{14,15}, um na Austrália¹⁶, um na Inglaterra¹⁷, um no Japão¹⁸, três nos Estados Unidos da América^{19,20,21}, um em Taiwan⁹.

Os 9 estudos eram longitudinais, de coorte prospectivos e seus participantes eram todos adultos e idosos, com idade variando de 27 a 84 anos (Média 67,08 anos). O tamanho da amostra variou de 35 a 546 participantes, todos cuidadores familiares, predominantemente, do sexo feminino, cônjuges de pessoas com doença avançada em final de vida, principalmente, com câncer¹⁴⁻²¹.

Especificamente, para a coleta de dados acerca da qualidade de vida dos participantes, todos os estudos utilizaram questionários validados para esse fim, sendo eles: CASP-19 - Instrumento para avaliação da QV, satisfação com a vida e bem estar em pessoas com 55 anos ou mais¹⁴; *Short Form Health Survey SF12v2* para avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde^{16,17}; *Short Form 8 Health Survey* - Instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida¹⁵; *Short Form Health Survey – SF-36*^{18,19}; Pro QOL – *Professional Quality of Life*²⁰; *Caregiver Quality of life Index-Cancer (CQOLC)* – para avaliação da QV antes da morte⁹ e *Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey*^{9,21}.

O tempo de acompanhamento antes da morte, variou de 1 mês²⁰ a 48 meses¹⁴. Já o tempo de avaliação da qualidade de vida após a morte variou de 1 mês⁹ a 48 meses.

O ano de publicação destes estudos variou de 2005²⁰ a 2022¹⁸. Os Quadros 1 e 2 mostram a descrição das características dos estudos incluídos.

	Autores, ano, país	Título	Periódico	Tamanho da amostra	Perfil dos participantes Sexo e idade	Objetivo	Delineamento	Desfecho de interesse
1	Bourassa, K.J.; Knowles, L.M; Sbarra, D.A.; O'Connor, M.F. 2015 – EUA União Européia, 2016.	Absent but not Gone: Interdependence in Couples' Quality of Life Persists After a Partner's Death	Psychological Science – Volume 27 (270-281), 2016.Psyc	<i>n</i> : 546	G1:Adultos com idade > 50 anos, viúvos. G2:Adultos com idade > 50 anos, não viúvos. G3: Cônjuges com doença avançada.	Demonstrar se as características dos cônjuges falecidos estão associadas à QV posterior dos parceiros viúvos.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo.	A QV dos viúvos foi significativamente menor dois anos antes e depois da morte. A força da associação da QV antes da morte e após a morte não diferiu entre viúvos e não viúvos.
2	Breen, L.; Aoun, S.M.; O'Connor, M.; Johnson, A.R.; Howting, D. Austrália, 2020.	Effect of caregiving at end of life on grief, quality of life and general health: A prospective, longitudinal, comparative study.	Palliative Medicine – Volume 34, Issue 1 (145-154); 2020-01-01.	<i>n</i> : 70	G1: cuidadores familiares de pessoas em CP Comparação da QV com a população geral.	Determinar como o luto, a QV e a saúde geral dos cuidadores mudou após a morte do familiar, em comparação com não cuidadores e se o luto pré morte previu esses resultados.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo.	Houveram diferenças significativas entre o luto, a QV e a saúde geral antes e após a morte, de 3-7 meses. Em 9-10 meses o luto, a QV e a saúde geral corresponderam aos achados na população geral.
3	Göte, H.; Brähler, E.; Gansera, L.; Schnabel, A.; Gottschalk,-Fleischer, A;	Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home	Eur J Cancer Care , volume 27, 2016, Issue 2 (1-8) (e12606)	<i>n</i> : 72	G1: cuidadores familiares de pessoas com câncer avançado.	Investigar ansiedade, depressão, QV e apoio social de cuidadores familiares antes e após a morte.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo.	Em comparação com a população geral, cuidadores tem QV reduzida, incluindo papel emocional, saúde geral e

	Köhler, N. Alemanha, 2016.	care and after the patient's death.			Comparação da QV com a população geral.			função física. Após a morte não houveram mudanç�as significativas na QV.
4	Moore, K.J.; Davis, S.; Gola, A.; Harrington, J.; Kupeli, N.; Vickerstaff, V.; King, M.; Leavey, G.; Naareth, I.; Jones, L.; Sampson, E.L. Inglaterra, 2017.	Experiences of end of life amongst family carers of people with advanced.	BMC Geriatr – Volume 17, 2017, Issue 1 (135)	n=35	Cuidadores familiares de pessoas com demência avançada.	Compreender as experiências dos cuidadores durante a demência avançada, explorando as ligações entre saúde mental e as experiências de cuidados no fim da vida.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo.	Houve aumento significativo no sofrimento psicológico durante a demência avançada e nos meses imediatos ao luto. As alterações mais significativa na QV evidenciaram alterações significativas no domínio da saúde mental. A QV relacionada à saúde física refletiram o padrão populacional.
5	Morishita-Kawahara, M.; Tsumura, A.; Aiki, S.; Sei, Y.; Iwamoto, Y.; Matsui, H.; Kawahara, T. Japão, 2022	Association between Family Caregivers' Satisfaction with Care for Terminal Cancer Patients and Quality of Life of the Bereavement Family: A Prospective Pre- and Postloss Study.	Journal of Palliative Medicine – Volume 25, Issue 1 (81-88), 2022-01-01	n=114	Cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal.	Esclarecer a satisfação dos cuidadores familiares com o cuidado dos pacientes oncológicos terminais e a QV dos cuidadores familiares enlutados.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo.	A satisfação dos cuidadores familiares com os cuidados prestados aos doentes no fim da vida esteve associada à QV dos cuidadores enlutados 6 meses após a perda. O aumento na satisfação com o cuidado tem o potencial de melhorar a QV p�s perda.
6	Lichtenthal, W.G.; Nilsson, M.; Kissane, D.W.; Breitbart, W.; Kacel, E.; Jones, E.C.; Prigerson, H.G. EUA, 2011	Underutilization of mental health services among bereavement caregivers with prolonged grief disorder.	Psychiatr Serv, Volume 62, 2011, Issue 10 (1225-9).	n=86	Cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado.	Examinar o luto e o uso de serviç�os de saúde mental entre cuidadores enlutados de pacientes com câncer avançado.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo.	Os cuidadores com transtorno do luto prolongado apresentaram QV relacionada à saúde significativamente pior em comparação aos outros cuidadores, incluindo pior saúde mental, energia e função social.
7	Telonidis, J.S.; Lund, D.A.; Caserta,	The effects of widowhood on	Omega – Journal of	n=86	Cuidador familiar mulher com	Examinar os efeitos de tornar-	Estudo de coorte	Não houveram diferenç�as na QV antes e após a

	M.S.; Guralnik, J.M.; Pennington, J.L. EUA, 2005.	disabled older women (The Women's Health and Aging Study).	Death and Dying – Volume 50, Issue 3 (217-235), 2004-01-01.	deficiência física prévia à doença do cônjuge. Comparação da QV com a mulheres não viúvas.	se viúvo para mulheres idosas com deficiência física prévia. Comparar depressão, QV e dificuldade funcional entre viúvas e não viúvas.	longitudinal, prospectivo	morte em mulheres viúvas e não viúvas. A QV melhorou entre 6-12 meses após a morte do cônjuge, demonstrando notável resiliência e resistência das mulheres com deficiência física.
8	Wen, F.H.; Chou, W.C.; Chen, J.S.; Chang, W.S.C.; Hsieh, C.H.; Shen, W.C.; Tang, S.T. Taiwan, 2019.	Associations of preloss and postloss factors with severe depressive symptoms and quality of life over the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients.	Psychooncology – Volume 28, 2019, Issue 11 (2157-2165).	n=201 Cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal.	Avaliar sintomas depressivos graves e QV pré e pós morte.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo	Os sintomas depressivos graves e a QV relacionada à saúde mental melhoraram a partir do segundo ano após a morte e sofreram influências do suporte social percebido. A enquanto QV relacionada à saúde permaneceu estável antes e após a perda.
9	Trevino, K.M.; Maciejewski, P.K.; Epstein, A.S.; Prigerson, H.G. New York, 2015.	The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient-oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment.	Cancer – volume 121 – Issue 19 (pp 3534-3542) – published 2015.	n=68 G1: Cuidadores informais de pacientes com câncer terminal. G2: Paciente terminais com câncer, com expectativa de vida menor ou igual a 6 meses.	Examinar os fatores psicossociais (aliança terapêutica) que influenciam o cuidado de pacientes com câncer avançado e o ajuste ao luto de seus cuidadores.	Estudo de coorte longitudinal, prospectivo	Houveram diferenças significativas para a QV, no bem estar emocional e saúde mental pré e pós morte do familiar. A melhor aliança terapêutica foi associada a melhor saúde mental e QV relacionada à saúde, menor limitação devido a problemas emocionais e melhor função social pré e pós perda. A QV relacionada à saúde física mostrou diferenças significativas antes e após a morte do familiar.

	Autores	Instrumento de avaliação da QV	Tempo da avaliação antes da morte (T1) e após a morte (T2) do familiar	Qualidade de vida antes da morte (T1)	Qualidade de vida após a morte (T2)
1	Bourassa, K.J.; Knowles, L.M.; Sbarra, D.A.; O'Connor, M.F.	CASP-19 Instrumento para avaliação da QV, satisfação com a vida e bem estar em pessoas com 55 anos ou mais.	T1: 12-48meses T2: 12-48meses	T1: 35,53 (6.83) viúvos. Houve redução geral da QV na comparação entre viúvos e não viúvos, antes da morte. *não traz análise de significância.	T2: 35,09 (6.96) viúvos. Não houve alteração significativa da QV após a morte. *não traz análise de significância.
2	Breen, L.; Aoun, S.M.; O'Connor, M.; Johnson, A.R.; Howting, D.	Short Form Health Survey SF12v2 Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde.	T1: 17meses T2: 3-4meses/6-7 meses/9-10 meses.	T1: 36.09(4.09) QV pior em comparação com a população geral.	T2: 3-4meses: 37.36(3.32) 6-7meses: 37.84(3.15) 9-10meses: 38.62(3.09) QV pior até 7meses. Após 9 meses houve melhora na QV.
3	Göte, H.; Brähler, E.; Gansera, L.; Schnabel, A.; Gottschalk,-Fleischer, A.; Köhler, N.	Short Form 8 Health Survey. Instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida.	T1: início dos cuidados domiciliares. T2: 2 meses após a morte.	T1: Componente físico: 47.7(10.5) Componente mental: 45.4(6.2)* Papel emocional: 47.5(7.0)* Saúde mental: 51.7(7.1)* *p<0.01	T2: Componente físico: 46.4(11.1) Componente mental: 41.7(10.3)* Papel emocional: 40.9(9.1)* Saúde mental: 42.2(9.8)* *p<0.01
4	Moore, K.J.; Davis, S.; Gola, A.; Harrington, J.; Kupeli, N.; Vickerstaff, V.; king, M.; Leavey, G.; Naareth, I.; Jones, L.; Sampson, E.L.	Short Form Health Survey SF12v2 Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde.	T1: Entrada no estudo. T2: 2 e 7 meses após a morte.	T1: entrada no estudo e mensal até a morte. Componente físico: 50.32(8.94) Componente mental: 47.57(11.08)	T2: 2 meses após a morte Componente físico: 48.18(12.26) Componente mental: 44.88(15.29) T2: 7 meses após a morte Componente físico: 46.40(11.63) Componente mental: 52.52(9.74)
5	Morishita-Kawahara, M.;		T1: momento da internação do paciente em unidade de	T1: Componente mental de cuidadores	T2: Componente mental de cuidadores com alta

	Tsumura, A.; Aiki, S.; Sei, Y.; Iwamoto, Y.; Matsui, H.; Kawahara, T. Japão, 2022	Short Form Health Survey – SF-36.	cuidados paliativos. T2: 6 meses após a morte.	com alta satisfação no cuidado recebido: 47,2. Componente mental de cuidadores com baixa satisfação no cuidado recebido: 43,2.	satisfação no cuidado recebido: 52,4. Componente mental de cuidadores com baixa satisfação no cuidado recebido: 48,9.* (p=0.048)
6	Lichtenthal, W.G.; Nilsson, M.; Kissane, D.W.; Breitbart, W.; Kacel, E.; Jones, E.C.; Prigerson, H.G.	Short Form Health Survey – SF-36.	T1: entrada no estudo (média 3,1 meses). T2: 6 meses após a morte.	T1: não menciona dados quantitativos.	T2: pontuação resumida SF-36 score – p=0.011. Dos cuidadores com TLP(16%) estão significativamente associados a tendências suicidas e pior qualidade de vida. QV geral significativamente pior.
7	Telonidis, J.S.; Lund, D.A.; Caserta, M.S.; Guralnik, J.M.; Pennington, J.L.	Pro QOL – Professional Quality of Life	T1: 0-6 meses antes da morte. T2: 6 e 12 meses após a morte.	T1: Viúvas: 7,5 (1.4)	T2: 0-6 meses após a morte: 7.7(1.3) 6-12 meses após a morte: 7.7(1.4)
8	Wen, F.H.; Chou, W.C.; Chen, J.S.; Chang, W.S.C.; Hsieh, C.H.; Shen, W.C.; Tang, S.T.	Caregiver Quality of life Index-Cancer (CQOLC) – para avaliação da QV antes da morte Medical Outcomes Study 36 Ítem Short Form Health Survey – para avaliação da QV após a morte	T1: antes da morte T2: depois da morte (1,3,6,13,18 e 24 meses)	T1: CQOLC – 75.1(20.6)	T2: SF-36 1 mês: 32.7(8.2) 3 meses: 37.3(8.0) 6 meses: 38.5(7.9) 13 meses: 41.4 (6.8) 18 meses: 42.5 (6.1) 24 meses: 42.8 (6.0)
9	Trevino, K.M.; Maciejewski, P.K.; Epstein, A.S.; Prigerson, H.G.	Medical Outcomes Study 36 Ítem Short Form Health Survey –	T1: antes da morte T2: 6 meses após a morte	T1: Componente mental: 7.39 Qualidade de vida geral relacionada à saúde: 7.30	T2: componente mental: 7,97* (p=0.01)

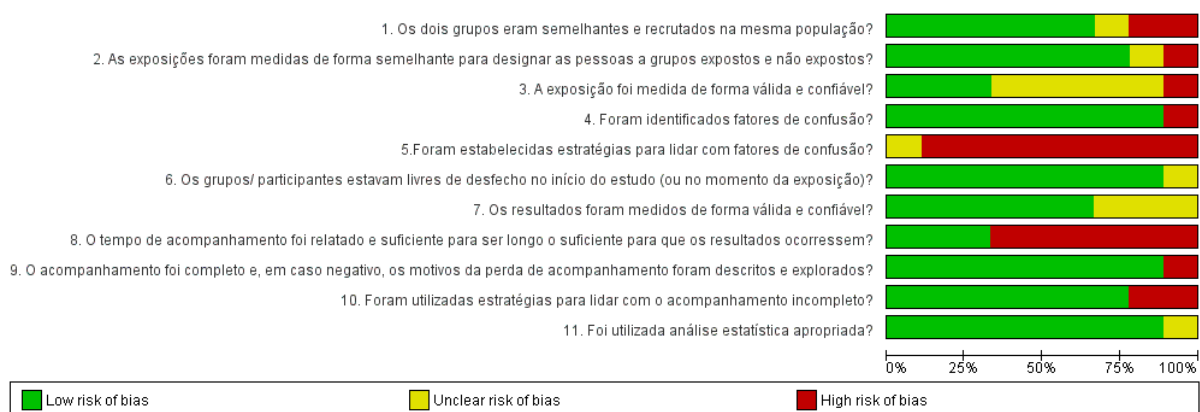
4.2.3 Risco de viés

Em relação ao risco geral de viés, dos 9 estudos incluídos nesta revisão, cinco foram classificados como baixo risco de viés^{19,6,18,19,21}, três^{14,15,17} foram classificados com moderado risco de viés e um²⁰ com alto risco de viés.

O moderado e alto risco de viés se devem principalmente ao tempo de acompanhamento dos enlutados após a morte do familiar, variando de dois meses até 12 meses, o que pode influenciar sobremaneira os indicadores de qualidade de vida.

Os resultados sobre o risco de viés são descritos na Figura 2 e 3.

Figura 2- Resultados sobre o risco de viés. Estudos de coorte prospectivos avaliados usando ferramentas de avaliação crítica *Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MASTARI)*.*



* Verde indica um baixo risco de viés, amarelo indica um risco incerto de viés e vermelho indica um alto risco de viés

Fonte: a autora, 2022

Figura 3 : Resultados sobre o risco de viés. Estudos de coorte prospectivos avaliados usando ferramentas de avaliação crítica Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MASTAR). *

	1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população?	2. As exposições foram medidas de forma semelhante para designar as pessoas a grupos expostos e não expostos?	3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	4. Foram identificados fatores de confusão?	5. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão?	6. Os grupos/ participantes estavam livres de desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?	7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	8. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para ser longo o suficiente para que os resultados ocorressem?	9. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, os motivos da perda de acompanhamento foram descritos e explorados?	10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto?	11. Foi utilizada análise estatística apropriada?
Bourassa et al, 2016	●	●	?	●	●	●	●	●	●	●	●
Breen et al, 2020	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Göte, et al, 2016	●	●	●	●	●	●	?	●	●	●	●
Lichtenthal et al, 2011	●	●	?	●	●	●	●	●	●	●	●
Moore et al, 2017	●	●	?	●	●	●	?	●	●	●	●
Morishita-Kawahara et al, 2022	●	●	?	●	●	●	●	●	●	●	●
Telonidis et al, 2005	●	?	?	●	●	●	?	●	●	●	?
Trevino et al, 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Wen et al, 2019	?	●	●	●	●	?	●	●	●	●	●

*Verde indica um baixo risco de viés, amarelo indica um risco incerto de viés e vermelho indica um alto risco de viés.

Fonte: a autora, 2022

4.2.4 Resultados individuais dos estudos

Bourassa *et al*, 2015¹⁴ ao considerarem que os cônjuges influenciam o funcionamento psicológico e a qualidade de vida um do outro, buscaram analisar se essa interdependência continuaria após a morte de um dos parceiros. O tempo de acompanhamento após a morte foi de até 48 meses e as principais conclusões indicaram que a QV dos parceiros falecidos antes da morte, influenciou a QV dos viúvos após a morte. Portanto, o estudo dos referidos autores aponta que se o cônjuge que morre apresentar pior QV, o seu cuidador, viúvo, tende a apresentar índices mais baixos de QV e vice-versa.

Além disso, os autores compararam a QV de dois subgrupos. Um com cuidadores que perderam seus cônjuges e outro com aqueles que não perderam. Nessa direção, demonstraram que a QV dos viúvos foi menor do que não viúvos, em 48 meses antes e 48 meses após a morte do parceiro, sendo equivalente à população geral, após esse período. Chama atenção, o fato de manterem um tempo ampliado de avaliação, que perdurou por 4 anos, permitindo entender que a duração do processo de luto depende de múltiplos determinantes sociais e individuais.

Com o objetivo de determinar como o luto impactou na QV e na saúde geral dos cuidadores familiares antes e após a morte do familiar, Breen *et.al*, 2020¹⁶ demonstraram que houve diferenças significativas na QV dos cuidadores em comparação com a população geral. Essas diferenças variaram, de acordo com o tempo vivenciado após o óbito, visto que antes da morte, no período de avaliação de 3-4 meses e 6-8 meses após a morte a QV mostrou-se reduzida, porém apresentando melhora em seus indicadores 9-10 meses após a morte, correspondendo ao que se observa na população geral. Assim, o estudo aponta que um período abaixo de 9 meses representaria pior QV aos enlutados.

Permeando, ainda, a investigação acerca da QV de enlutados, Gotze *et al*, 2016¹⁵ avaliaram cuidadores familiares de pessoas com câncer com expectativa de vida menor do que seis meses, antes e após a morte, considerando ainda sintomas depressivos, ansiedade e apoio social. Descrevem que, em comparação com a população geral, as pessoas enlutadas têm QV reduzida, principalmente no que se refere ao aspecto emocional, a saúde geral e a função física, no período que antecedeu à morte. Porém, os autores não observaram mudanças significativas na

QV após a morte de familiares. Entretanto, vale ressaltar que o tempo de acompanhamento após a morte variou de 1 semana até 7 meses, com uma média de 2 meses. Sendo assim, considera-se o tempo de acompanhamento um viés de confusão para os resultados apresentados. Pois, não houve um tempo pré-estabelecido equivalente a todos os participantes, o que pode ter interferido na avaliação da QV.

Moore *et al.* 2017¹⁷ tiveram como objetivo compreender as experiências de cuidadores familiares de pessoas com demência avançada antes e após a morte, explorando as ligações entre a saúde mental, a QV e as experiências de cuidados no momento que antecedeu à morte e do fim da vida do seu familiar. Concluíram que mesmo antes da morte do familiar, houve aumento significativo no sofrimento psicológico do cuidador, o que contribuiu para a redução de seus escores no componente mental na avaliação da QV, em relação à população geral dos Estados Unidos da América (EUA), permanecendo pior até 2 meses após a morte, havendo melhora após 7 meses após a morte. Já o componente relacionado à saúde física não demonstrou alterações significativas em relação à mesma população.

Ao buscar esclarecer a satisfação de cuidadores familiares de pessoas com doença oncológica avançada e examinar sua relação com a QV desses cuidadores antes e após a morte, Morishita *et al.*, 2022¹⁸ verificaram que a QV foi significativamente pior, nos dois momentos, para os participantes que tiveram baixa satisfação com o cuidado, em até 6 meses após a perda. Reforçando então, a necessidade da busca pela melhor satisfação com o cuidado, visto que a QV dos cuidadores com alta satisfação para o cuidado não apresentou redução significativa.

Linchenthal *et al.* 2011¹⁹, tiveram como objetivo examinar o luto e o uso de serviços de saúde mental entre cuidadores de pacientes com câncer avançado e, para isso, realizaram avaliação da QV antes e após a morte do familiar. No estudo, demonstraram que do total da amostra de enlutados participantes do estudo, 16% preencheram critérios de Transtorno do Luto Prolongado (TLP), significativamente, associado à tendência suicida e pior QV relacionada à saúde, quando comparados com o restante da amostra, caracterizada por cuidadores que não preencheram critérios para o transtorno do luto prolongado. Nesse contexto, obtiveram piores indicadores de QV relacionados à saúde mental, energia e função social.

Telonidis *et al* 2005²⁰, buscaram examinar os efeitos da viuvez para mulheres idosas com deficiência física prévia, comparando depressão, QV e dificuldade funcional entre viúvas e não viúvas. Os autores evidenciaram que não houve diferenças na QV antes e após a morte quando compararam mulheres viúvas e não viúvas. Porém, descreveram que a QV das mulheres viúvas melhorou entre 6-12 meses após a morte do cônjuge, demonstrando notável resiliência e resistência das mulheres com deficiência física.

Wen *et al*, 2019⁹, buscaram avaliar a QV e sua correlação com sintomas depressivos graves pré e pós morte em cuidadores familiares de pessoas com câncer avançado. Como resultados, demonstraram haver redução significativa do componente mental da QV, observando-se melhora após o segundo ano após a morte do familiar. Já o componente relacionado à saúde física permaneceu estável antes e após a perda.

O estudo de Trevino *et al*. 2015²¹, buscou avaliar o impacto da aliança terapêutica, como influência no cuidado de pessoas com câncer avançado e o ajuste ao luto de seus cuidadores. Para isso, entre outras medidas, foi realizada avaliação da QV dos cuidadores familiares antes e após a morte. Houve diferenças significativas para a QV, nos componentes relacionados ao bem estar emocional e a saúde mental pré e pós morte, sendo que a melhor aliança terapêutica foi associada a melhor saúde mental e QV relacionada à saúde e melhor função social pré e pós perda. No referido estudo, a QV relacionada à saúde física não mostrou diferenças significativas antes e após a morte do familiar.

4.3 Discussão

O presente estudo, desenvolvido por meio de uma revisão sistemática da literatura, buscou analisar o impacto do processo de luto na qualidade de vida de adultos e idosos.

Com base na literatura atual disponível e nos critérios de elegibilidade estabelecidos para esta revisão sistemática, após análise dos dados evidenciou-se que as pessoas que compuseram as amostras indicadas nos estudos, são em sua

maioria, cônjuges, mulheres e cuidadores familiares de pessoas com doença avançada, em fase final de vida.

No que se refere aos domínios mais afetados na avaliação da qualidade de vida de adultos e idosos enlutados, evidenciou-se maior redução no domínio referente à saúde mental^{9, 17,19, 21}, incluindo o bem estar emocional^{9,15,21}. Houveram alterações na QV relacionada à saúde geral e física^{9,15,21}, ao equilíbrio de energia¹⁹ e à função social^{18,19}. Algumas publicações^{14,16, 20} não especificaram os domínios mais afetados da QV, mencionando apenas que houve a redução do componente geral da qualidade de vida relacionada à saúde, antes e após a vivência da morte de uma pessoa próxima.

Ressalta-se que diversos fatores podem estar correlacionados às alterações na QV dos enlutados, como a presença de comorbidades, o declínio do estado físico, a presença de incapacidades^{22,23}, a dinâmica familiar e o apoio social⁴, a melhor ou pior satisfação com o cuidado recebido¹⁸, a personalidade, a cultura, as tradições, os traumas vividos antes e após a morte, além das circunstância em que se deu a morte¹.

Nessa revisão, houve maior destaque nas publicações^{9,15,17,18,19,21}, as evidências acerca do impacto no processo de luto em aspectos relacionados à saúde mental. Considera-se que tal aspecto está ligado, entre outros fatores, ao menor ou maior grau apoio social. Estudo realizado com pessoas enlutadas, indica que elas podem beneficiar-se de apoio social focado na compreensão da sua dor, no gerenciamento do sofrimento emocional, no pensamento sobre o futuro, no fortalecimento de seus relacionamentos, na elaboração de narrativas acerca das histórias que permeiam o processo de morrer e a morte, no aprendizado da convivência com as lembranças da pessoa que faleceu e, ainda, na conexão com suas memórias³.

A falta de experiência na vivência por mortes anteriores também pode contribuir para maiores reflexões acerca da própria saúde, demandando a necessidade de um sistema de apoio maior no processo de luto. Entretanto, é preciso considerar que o apoio social pode reduzir à medida que a pessoa envelhece, sendo fundamental que esse tema esteja presente no planejamento de política públicas de saúde. Assim, deve-se explorar o impacto da morte na autoeficácia e na autogestão da vida, para que sejam oferecidos recursos para seu

fortalecimento devido o impacto na qualidade de vida e no autocuidado das pessoas²².

No que se refere ao perfil dos participantes dos estudos incluídos nessa revisão¹⁴⁻²¹ destacam-se cuidadores familiares de pessoas com algum tipo de doença avançada e próximas ao final da vida, o que permitiu a análise da qualidade de vida antes e após a morte. Tal circunstância não considera a avaliação da qualidade de vida de enlutados por mortes oriundas de acidentes, catástrofes, violências, desastres naturais, guerras e outros eventos agudos e abruptos, que podem alterar sobremaneira a qualidade de vida no processo de luto. O impacto desses eventos pode persistir durante anos, alterando sobremaneira a qualidade de vida, manifestando-se em reações como a descrença, negação, alto nível de ansiedade, tristeza, angústia, raiva, insônia e perda de apetite¹, dentre outras reações. Tal apontamento é necessário, já que para essas pessoas, a qualidade de vida pode ter alterações importantes e prolongadas.

A redução da qualidade de vida antes da morte foi evidente nos achados^{14,15,16,17,21}. Pelo fato de o luto se apresentar como uma resposta adaptativa, universal e altamente singular, referente a múltiplas perdas, principalmente no caso de doença avançada e no final da vida, as respostas ao processo de luto podem ser intensas, manifestando-se física, emocional, cognitiva, comportamental e espiritualmente, tendo seu impacto reduzido com o tempo após a morte²⁴. Tais respostas podem ocorrer antes da perda, sendo chamadas de processo de luto antecipatório, quando envolve familiares, cuidadores formais ou informais, profissionais da saúde e amigos e processo de luto preparatório, quando envolve a pessoa com diagnóstico de doença grave que ameaça à vida³.

A ameaça do fim da vida desencadeia preocupações como a necessidade de ter que administrar as situações da vida sem o ente querido, sobrevivendo o processo de luto antecipatório. Em se tratando do próprio paciente com doença avançada, ao desencadear o processo de luto preparatório, ele antevê a separação final de sua vida e das pessoas de seu convívio, a perda de si mesmo, de seu mundo pessoal e das pessoas que ama, alterando sobremaneira a qualidade de vida²⁵. Destarte, é importante o entendimento acerca das mudanças que ocorrem no processo de luto, ao longo da trajetória de uma doença grave ou avançada e como isso se relaciona

com o enfrentamento, a resiliência da pessoa, seu impacto na aceitação da morte e nos cuidados de saúde²⁵.

No que alude à qualidade de vida após a morte, os estudos^{9,14,20}, demonstraram maior impacto da qualidade de vida no primeiro ano de luto, sendo comparável à qualidade de vida geral da população após esse período. Nos achados desta revisão, tais estudos foram os que se propuseram a acompanhar as pessoas por um tempo igual ou maior do que um ano após a morte de seu familiar. No entanto, nos demais estudos^{15,16,17,18,19,21}, o tempo de acompanhamento após a morte para avaliação da qualidade de vida foi menor do que um ano, variando entre 2 meses¹⁵, 2 e 7 meses¹⁷, 6 meses^{18,19,21}, 9-10 meses¹⁶. Com a variedade de tempo de avaliação bastante diversa, torna-se complexo evidenciar que a qualidade de vida geral dos enlutados melhora após o primeiro ano de luto em todos os cenários.

Maciejewski *et al*²⁶ relatam tempo de até 24 meses para ajustamento ao luto. Contudo, mesmo que, para a maior parte dos sujeitos haja melhor ajustamento ao luto e melhoria da qualidade de vida depois de 12 meses após a perda, não há como estabelecer períodos de ajustamento padronizados, aplicáveis a todas as pessoas, visto que algumas podem apresentar sofrimento psicológico intenso e consequências substanciais relacionadas à morte²⁷. Na medida em que o luto é singular e dinâmico, que evoca mudanças contínuas, ora orientadas à perda e ora orientadas à restauração²⁸, incluindo a interação entre diversos fatores ambientais, sociais e o processo individual²⁹, ressalta-se que a maioria das pessoas terá seu ajustamento ao processo de luto impactando na qualidade de vida, principalmente no primeiro ano após a morte, tendendo a melhorar essa característica após esse período. Entretanto, para outra parcela de pessoas, tal período difere, dependendo dos fatores supracitados e da própria subjetividade individual.

Deste modo, apesar de evidências de melhoria na qualidade de vida geral após um ano da perda, há pessoas cujo ajustamento ao luto se dará em maior tempo. Um estudo com populações jovens, realizado após a perda de um irmão, mostrou dificuldades no ajustamento ao luto, dez anos após a perda³⁰.

Descreve-se, ainda, que algumas pessoas passam por processos complicados, os quais são descritos como um luto persistente e intenso, que se manifesta com pensamentos desadaptativos, comportamentos disfuncionais, anseio contínuo, saudade, tristeza e/ou preocupação com o falecido^{31,32}, com persistência

de 12 meses após a morte em adultos e de 6 meses em crianças, cursando com saudade persistente do falecido, tristeza intensa e dor emocional, preocupação com o falecido, incluindo as circunstâncias sobre sua morte, angústia relativa à morte, ruptura social e de identidade¹.

Como preditores para uma trajetória de maior complexidade, no processo de luto, são citados o sexo feminino, sintomas depressivos relatados antes da perda e eventos traumáticos, pois os mesmos podem abalar o senso de previsibilidade, controle, justiça e a crença de que se pode proteger os entes queridos¹.

4.4 Conclusão

Evidenciou-se, também, que o processo de luto alterou sobremaneira a qualidade de vida, antes e após o falecimento do familiar, principalmente, até o primeiro ano após a morte, podendo tornar-se a qualidade de vida semelhante a observada na maior parte das pessoas, depois desse período.

Observou-se, ainda, que, dentre todos os domínios compreendidos na QV, o componente relacionado à saúde mental foi o mais, negativamente, impactado. Esse impacto foi verificado tanto antes quanto após a morte, sendo considerado o aspecto que mais tem contribuído para a redução da qualidade de vida dos enlutados.

Como limitações deste estudo, destaca-se que o mesmo se organizou com pesquisas que apresentaram risco de viés, no que se refere ao tempo de acompanhamento dos participantes, que em parte dos estudos foi menor do que um ano após a morte do familiar, o que impacta na avaliação da qualidade de vida após a perda.

Como contribuições, acredita-se que reconhecer as especificidades do impacto do luto possa auxiliar na estruturação de políticas públicas e sociais direcionadas às pessoas enlutadas, que contemplem ações gerais e individuais, de forma a auxiliá-las no decorrer desse processo, o que certamente impacta na qualidade de vida da sociedade como um todo. Ao reconhecer as profundas alterações na qualidade de vida desencadeadas antes e após a morte de um familiar, fomenta-se à reflexão de todos acerca do papel essencial da rede de apoio profissionais e/ ou social nesse cenário.

4.5 Referências

1. Pop-Jordanova, Nada. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki). 2021 Oct 26;42(2):9-18. DOI: 10.2478/prilozi-2021-0014
2. Franco, Maria Helena Pereira. O luto no século 21 – Uma compreensão abrangente do fenômeno. 1 ed. São Paulo: Summus, 2021.
3. Meichsner, Franziska, O'Connor, Monique, Skritskaya, Natalia, Shear, M Katherine. Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. Am J Geriatr Psychiatry. 2020 May;28(5):560-569. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.12.010. Epub 2020 Jan 11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037292/>
4. Delalibera, Mayra; Presa, Joana; Coelho, Alexandra; Barbosa, António; Franco, Maria Helena Pereira. Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. 2015 Apr;20(4):1119-34. doi: 10.1590/1413-81232015204.09562014. available form: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZVPnvNxXmyjktGfNYmVjVq/?lang=en>
5. Braz, M.S.; Franco, M.H.P. (2016). Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. Psicologia: Ciência e Profissão Jan/Mar. 2017 v. 37 nº1, 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>.
6. Maccallum, F; Bryant, R.A. A Network Approach to Understanding Quality of Life Impairments in Prolonged Grief Disorder. J Trauma Stress, 2020 Feb;33(1):106-115. doi: 10.1002/jts.22383. Epub 2019 Apr 8.
7. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. World Health Organization. Programme on mental health. HHOQOL User Manual. WHO, Revs , 2012. Available from: <https://www.google.com/search?q=quality+of+life+who+pdf&sxsrf=ALiCzsYHlpM-xj-2y8Dk->

[LuatKsX1wx6Gg%3A1655551277188&ei=LbWtYoONC5To1sQPzmxWak&oq=quality+of+life+oms+&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYAziECCMQJzIGCAAQHhAWMgYIAB AeEBYyBggAEB4QFjIGCAAQHhAWMgYIAB AeEBYyBggAEB4QFjIGCAAQHhAWMgYIAB AeEBYyBggAEB4QFjoHCAAQRxCwAzoICAAQHhAWEApKBAhBGABKBAhG GABQww1YpBlg8ihoAXABeACAA dgBiAGDDpIBBTauOS4xmAE AoAEByAEIwAEB &scient=gws-wiz](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35165555/)

8.Chen, huo; Ying, Jiahui; Ingles, Justin; hang, Donglan; Rajbhandari-Thapa, Janani; Wang, Ruoxi; Emerson, Kerstin Gerst. Gender differential impact of bereavement on health outcomes: evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study, 2011–2015. *BMC Psychiatry* volume 20, Article number: 514 (2020). Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02916-2>

9. Wen, Fur-Hsing; , Chou, Wen Chi; Chen, Jen-Shi; Chang, Wen-Cheng; Hsieh, Chia-Hsun; Shen, Wen Chi; Tang, Siew Tzuh. Associations of preloss and postloss factors with severe depressive symptoms and quality of life over the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *V 28* , *Ed 11*, novembro de 2019: 2157-2165. <https://doi.org/10.1002/pon.5201>

10. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. Mar 29 2021;372:n160. doi:10.1136/bmj.n160

11. Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. Checklist for Cohort Studies. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Cohort_Studies2017_0.pdf

12. Breen, L.J.; Aoun, S.M.; O'Connor, M. The effect of caregiving on bereavement outcome: study protocol for a longitudinal, prospective study. *BMC Palliat Care* 14, 6 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0009-z>. Disponível em:

<https://bmc-palliat-care.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-015-0009-z#citeas>

13. Ham, L.; Fransem, H.P.; Van den Borne, B.; Hendriks, M.P.; Van Laarhoven, H.W.M.; Van der Padt-Pruujsten, A.; Raijmakers, N.; Van Roij J.; Sommeijer, D.W.; Vriens, B.E.P.J.; Van uyen L. Van de Poll, Franse L. Bereaved relative's quality of life and during the COVID-19 pandemic: Results of the prospective, multicenter, observational equipe study. *Palliat Med* ; 35(8): 1502-1507, 2021 09. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1318265>

14. Bourassa, K.J.; Knowles, L.M; Sbarra, D.A.; O'Connor, M.F. Absent but not Gone: Interdependence in Couples'Quality of Life Persists After a Partner-s Death. *Psychol Sci.*2016 Feb;27(2):270-81. doi: 10.1177/0956797615618968. Epub 2015 Dec 28). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26710822/>

15. Göte, H.; Brähler, E.; Gansera, L.; Schnabel, A.; Gottschalk,-Fleischer, A.; Köhler, N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018 Mar;27(2):e12606.

doi: 10.1111/ecc.12606. Epub 2016 Nov 17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27859889/>

16. Breen, L.; Aoun, S.M.; O'Connor, M.; Johnson, A.R.; Howting, D. Effect of caregiving at end of life on grief, quality of life and general health: A prospective, longitudinal, comparative study *Palliat Med.* 2020 Jan;34(1):145-154. doi: 10.1177/0269216319880766. Epub 2019 Oct 29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31659934/>

17. Moore, K.J.; Davis, S.; Gola, A.; Harrington, J.; Kupeli, N.; Vickerstaff, V.; king, M.; Leavey, G.; Naareth, I.; Jones, L.; Sampson, E.L. Experiences of end of life amongst family carers of people with advanced. *BMC Geriatr* 17, 135 (2017).

<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0523-3>.

Disponível

em:

<https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0523-3>

18. Morishita-Kawahara, M.; Tsumura, A.; Aiki, S.; Sei, Y.; Iwamoto, Y.; Matsui, H.; Kawahara, T. Association between Family Caregivers' Satisfaction with Care for Terminal Cancer Patients and Quality of Life of the Bereavement Family: A Prospective Pre-and Postloss. *J Palliat Med.* January 2022; 25(1): 81–88. Published online 2021 Dec 20. doi: [10.1089/jpm.2021.0043](https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0043). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8721504/>

19. Lichtenthal, W.G.; Nilsson, M.; Kissane, D.W.; Breitbart, W.; Kacel, E.; Jones, E.C.; Prigerson, H.G. Underutilization of mental health services among bereavement caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatr Serv.* 2011 Oct; 62(10): 1225–1229. doi: [10.1176/appi.ps.62.10.1225](https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.10.1225). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694810/>

20. Telonidis, J.S.; Lund, D.A.; Caserta, M.S.; Guralnik, J.M.; Pennington, J.L. The effects of widowhood on disabled older women (The Women's Health and Aging Study). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 50(3), 217–235: 2005. <https://doi.org/10.2190/HBMW-64C0-1VLW-QP40>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/HBMW-64C0-1VLW-QP40>

21. Trevino, K.M.; Maciejewski, P.K.; Epstein, A.S.; Prigerson, H.G. The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient-oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment. *Cancer.* 2015 Oct 1; 121(19): 3534–3542. Published online 2015 Jun 4. doi: [10.1002/cncr.29505](https://doi.org/10.1002/cncr.29505). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575614/>

22. Mason, Tina M; Szalacha, Laura A; Tofthagen, Cindy S; Buck, Harleah G. Quality of Life of Older Adults With Complicated Grief: A Mixed Methods Exploration. *J Gerontol Nurs.* 2022 May;48(5):19-26. doi: 10.3928/00989134-20220404-05. Epub 2022 May 1. Available from: <https://journals.healio.com/doi/full/10.3928/00989134->

[20220404-05?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3104803/)

23. Makovski T. T., Schmitz S., Zeegers M. P., Stranges S., & van den Akker M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 53, 100903 10.1016/j.arr.2019.04.005 PMID:3104803

24. Widera, Eric W; Block, Susan D. Managing grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician*. 2012 Aug 1;86(3):259-64. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/0801/p259.html>

25. Vergo, Maxwell T.; Whyman, Jeremy; Li, Zhigang, Jeanne; Kestel, James Spencer L; Rector, Christopher; Salsman, John M. Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American Population . *J Palliat Med*. 2017 Jan 1; 20(1): 48–52. Published online 2017 Jan 1. doi: 10.1089/jpm.2016.0136. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6436024/>

26. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*. 2007;**297**(7):716–723. doi: 10.1001/jama.297.7.716. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

27. Kristensen P, Dyregrov K, Dyregrov A. What distinguishes prolonged grief disorder from depression? *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2017;**137**(7):538–539. doi: 10.4045/tidsskr.16.0629. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

28. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport)* 2010;**61**(4):273–289. doi: 10.2190/OM.61.4.b. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

29. Endo K, Yonemoto N, Yamada M. Interventions for bereaved parents following a child's death: a systematic review. *Palliat Med*. 2015;**29**(7):590–604. doi: 10.1177/0269216315576674. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
30. Omid Rasouli, Unni Karin Moksnes, Trude Reinfjell, Odin Hjemdal, Mary-Elizabeth Bradley Eilertsen. · Impact of resilience and social support on long-term grief in cancer-bereaved siblings: an exploratory study. *BMC Palliat Care*. 2022; 21: 93. Published online 2022 Jun 1. doi:10.1186/s12904-022-00978-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9158362/>
31. American Psychological Association. (2020). *Inventory of complicated grief (ICG)*. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/complicated-grief>
32. Center for Complicated Grief. (2017). *Official diagnostic criteria*. <https://complicatedgrief.columbia.edu/professionals/complicated-grief-professionals/diagnosis/>

APÊNDICE 1 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

Quadro 3 – Estratégias de pesquisa nas bases de dados

Base	Estratégia de Busca
Embase	('adult':ti,ab,kw OR 'adults':ti,ab,kw OR 'aged':ti,ab,kw OR 'ageds':ti,ab,kw OR 'young adult':ti,ab,kw OR 'young adults':ti,ab,kw OR 'elderly':ti,ab,kw OR 'elderly people':ti,ab,kw OR 'elderly population':ti,ab,kw OR 'aging':ti,ab,kw OR 'ageing':ti,ab,kw OR 'senescence':ti,ab,kw OR 'older adults':ti,ab,kw OR 'older adult':ti,ab,kw) AND ('quality of life':ti,ab,kw OR 'life quality':ti,ab,kw OR 'indicators quality of life':ti,ab,kw OR 'healthcare quality indicator':ti,ab,kw OR 'healthcare quality indicators':ti,ab,kw OR 'health metrics':ti,ab,kw OR 'health metric':ti,ab,kw) AND ('bereavement':ti,ab,kw OR 'bereavements':ti,ab,kw OR 'grief':ti,ab,kw OR 'griefs':ti,ab,kw OR 'mourning':ti,ab,kw OR 'mournings':ti,ab,kw OR 'disenfranchised grief':ti,ab,kw)
Pubmed	<ol style="list-style-type: none"> 1. ("adult" [Mesh] OR "adult" OR "adults" OR "aged"[Mesh] OR "aged" OR "ageds" OR "young adult"[Mesh] OR "young Adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging"[Mesh] OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult") 2. ("quality of life"[Mesh] OR "quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric") 3. ("bereavement"[Mesh] OR "bereavement" OR "bereavements" OR "grief"[Mesh] OR "grief" OR "griefs" OR "mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief"[Mesh] OR "disenfranchised grief") 4. #1 AND #2 AND #3
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("adult" OR "adults" OR "aged" OR "ageds" OR "young adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult") AND TITLE-ABS-KEY ("quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric") AND TITLE-ABS-KEY ("bereavement" OR "bereavements" OR "grief" OR "griefs" OR "mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief")
WoS	<ol style="list-style-type: none"> 1. TS=("adult" OR "adults" OR "aged" OR "ageds" OR "young adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult") 2. TS=("quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric") 3. TS=("bereavement" OR "bereavements" OR "grief" OR "griefs" OR

	"mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief") 4. #1 AND #2 AND #3
Cinahl	("adult" OR "adults" OR "aged" OR "ageds" OR "young adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult") AND ("quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric") AND ("bereavement" OR "bereavements" OR "grief" OR "griefs" OR "mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief")
Lilacs	("adult" OR "adults" OR "aged" OR "ageds" OR "young adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult" OR "adulto" OR "adultos" OR "jovem adulto" OR "jovens adultos" OR "idoso" OR "idosos" OR "população idosa" OR "envelhecimento" OR "senescência" OR "adultos mais velhos" OR "anciano" OR "ancianos" OR "adulto joven" OR "adultos jóvenes" OR "personas mayores" OR "población de ancianos" OR "envejecimiento" OR "senescencia" OR "adultos mayores" OR "adulto mayor") AND ("quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric" OR "calidad de vida" OR "indicadores calidad de vida" OR "indicador de calidad de la atención médica" OR "indicadores de calidad de la atención médica" OR "métricas de salud" OR "métricas de salud" OR "qualidade de vida" OR "indicadores de qualidade de vida" OR "indicador de qualidade de saúde" OR "indicadores de qualidade de saúde" OR "métricas de saúde" OR "métrica de saúde") AND ("bereavement" OR "bereavements" OR "grief" OR "griefs" OR "mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief" OR "duelo" OR "duelos" OR "duelo privado de derechos" OR "luto" OR "luto contido")
Livivo	TI=("adult" OR "adults" OR "aged" OR "ageds" OR "young adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult") AND TI=("quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric") AND TI=("bereavement" OR "bereavements" OR "grief" OR "griefs" OR "mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief")
Proquest	("adult" OR "adults" OR "aged" OR "ageds" OR "young adult" OR "young adults" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly population" OR "aging" OR "ageing" OR "senescence" OR "older adults" OR "older adult") AND ("quality of life" OR "life quality" OR "indicators quality of life" OR "healthcare quality indicator" OR "healthcare quality indicators" OR "health metrics" OR "health metric") AND ("bereavement" OR "bereavements" OR "grief" OR "griefs" OR "mourning" OR "mournings" OR "disenfranchised grief")
Google	("adult" OR young adult" OR "aging") AND ("quality of live") AND ("bereavement" OR "grief")
MedRxvi	("adult" OR young adult" OR "aging") AND ("quality of live") AND ("bereavement" OR "grief")

APÊNDICE 2 - ARTIGOS EXCLUÍDOS E MOTIVO DA EXCLUSÃO

Quadro 4 – Artigos excluídos e motivos da exclusão

Autor, ano	Razão da exclusão
Ham, et al, 2021	Não realizada a avaliação da qualidade de vida antes e após a morte.
Breen et al, 2015	Apresentação de um protocolo de estudo futuro. Não realizou a avaliação da qualidade de vida antes e após a morte.

Fonte: a autora, 2022

APÊNDICE 3 - RISCO DE VIÉS AVALIADO POR JOANNA BRIGGS INSTITUTE
 CRITICAL APPRAISAL TOOLS FOR USE IN JBI SYSTEMATIC REVIEWS.
 CHECKLIST FOR COHORT STUDIES.

Quadro 5 – Análise do risco de viés dos estudos

Pergunta	Responder								
	Bourassa et al, 2016	Breen et al, 2020	Göte, et al, 2016	Moore et al, 2017	Morishita-Kawahara et al, 2022	Lichtenthal et al, 2011	Telonidis et al, 2005	Wen et al, 2019	Trevino et al, 2015
1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população?	N	S	S	S	S	S	N	S	S
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para designar as pessoas a grupos expostos e não expostos?	N	S	S	S	S	S	U	S	S
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	U	N	S	U	U	U	U	S	S
4. Foram identificados fatores de confusão?	S	N	S	S	S	S	S	N	S
5. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão?	N	NA	N	N	N	NA	N	NA	N
6. Os grupos/participantes estavam livres de desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?	S	S	S	S	S	S	S	S	S
7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	S	S	U	U	S	S	U	S	S
8. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para ser longo o suficiente para que os resultados ocorressem?	S	S	N	N	N	N	N	S	N
9. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, os motivos da perda de acompanhamento foram descritos e explorados?	S	S	N	S	S	S	S	S	S
10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto?	N	S	N	S	S	S	S	S	S
11. Foi utilizada análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	U	S	S
%sim/risco	54,5%	72,7%	54,5%	63,6%	72,7%	72,7%	36,3%	81,8%	81,8%

Legenda: S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

4.2 ARTIGO 2 - OS SENTIDOS DA MORTE NA PERSPECTIVA DE PESSOAS IDOSAS: ANÁLISE DIALÓGICA DO DISCURSO

RESUMO

Introdução: Sendo a morte, o limite da vida, a velhice é um momento da existência, em que há maior proximidade desse limite, apesar do processo de morrer não ocorrer exclusivamente na senioridade. Assim, ao negar a morte e o luto e interditarlos da vida social, pode-se fazer o mesmo com a velhice, pela proximidade entre elas (Sallnow, et al, 2022). Para a melhor compreensão acerca das mortes e lutos vivenciados durante a vida, as relações dialógicas sobre o tema são fundamentais e estão ancoradas na Política Nacional de Cuidados Paliativos, destacando a necessidade de sistemas de apoio para o luto. **Objetivo:** Analisar os sentidos que a morte assume, na perspectiva de pessoas idosas. **Método:** O estudo tem abordagem qualitativa, organizado em função da Análise Dialógica do Discurso e fundamentado na filosofia do Círculo de Bakhtin (Bakhtin, 2017). Foram incluídos sujeitos com idade igual ou superior a 76 anos; residentes em Curitiba; que aceitassem participar, com possibilidade para estabelecer diálogos com os pesquisadores; que dispusessem de *smartphone* ou computador, com acesso ao *link* para encontro virtual. A coleta de dados deu-se de junho a agosto de 2021. Os diálogos foram gravados, transcritos e posteriormente analisados, onde buscaram-se eixos de significado acerca do objetivo do estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAEE 37247920.5.0000.8040. **Resultados:** os sentidos acerca da morte foram ambíguos e equipolentes, evidenciando a morte como: algo que faz parte da vida, castigo, ruptura, fim, convite à vida eterna, aprendizagem, alegria, alívio; inexplicável e um choque. **Considerações finais:** Como contribuição social acredita-se que os diálogos com o outro, envolvendo histórias sobre a morte, congregam seu valor na medida em que as interlocuções acerca dessa experiência universal, contribuem para seu reconhecimento individual e social. Destarte, convocam a conversas mais amplas sobre o tema, denotando sua dimensão como um ato de responsabilidade dos profissionais que atuam em Cuidados Paliativos que, como um dever concreto, devendo ocupar um lugar factível nas relações sociais e profissionais, na interface com as pessoas idosas, condicionado ao lugar único que se ocupa no contexto da vida e no contexto profissional.

DESCRITORES: Morte, Idoso, Dialogismo

ABSTRACT

THE MEANINGS OF DEATH FROM THE PERSPECTIVE OF ELDERLY PEOPLE: DIALOGICAL ANALYSIS OF THE DISCOURSE

Introduction: Old age is a moment of existence, in which there is greater proximity to death, although the process of dying does not occur exclusively in seniority. Thus, by denying death and mourning and interdicting them from social life, one can do the same with old age, due to the proximity between them. For a better understanding of the deaths and bereavements experienced during life, the dialogical relations on the subject are fundamental and are anchored in the National Policy of Palliative Care, highlighting the need for support systems for grief. **Objective:** To analyze the meanings that death assumes, from the perspective of elderly people. **Method:** The study has a qualitative approach, organized according to the Dialogical Analysis of Discourse and based on the philosophy of the Bakhtin Circle (Bakhtin, 2017). We included subjects aged 76 years or older; living in Curitiba; who agreed to participate, with the possibility of establishing dialogues with the researchers; who had a *smartphone* or computer, with access to the *link* for a virtual meeting. Data collection took place from June to August 2021. The dialogues were recorded, transcribed and later analyzed, where axes of meaning about the objective of the study were sought. The study was approved by the Research Ethics Committee CAEE 37247920.5.0000.8040. **Results:** the meanings about death were ambiguous and equipotent, evidencing death as: something that is part of life, punishment, rupture, end, invitation to eternal life, learning, joy, relief; inexplicable and a shock. **Final considerations:** As a social contribution, it is believed that dialogues with the other, involving stories about death, congregate their value to the extent that the interlocutions about this universal experience contribute to their individual and social recognition. Thus, they call for broader conversations on the subject, denoting its dimension as an act of responsibility of professionals who work in Palliative Care that, as a concrete duty, should occupy a feasible place in social and professional relations, in the interface with the elderly, conditioned to the unique place that is occupied in the context of life and in the professional context.

KEYWORDS: Death, Elderly, Elderly aged 80 years or older, Dialogism, Language

4.2.1 Introdução

Existem diversas formas de conceber o fato de que todas as vidas, independentemente do vínculo que estabelecem com as pessoas ao seu redor, terão um fim. Dentre essas formas, destacam-se a ideia acerca da continuidade da vida em outro plano, a crença na própria imortalidade e, ainda, a negação da morte, que pode ser explicitada pelo afastamento e pela evitação de tema, que envolve os processos de morrer e o luto, no cotidiano^{1,2,3}.

No século XXI observa-se, com maior intensidade, um desequilíbrio nas relações que permeiam a morte e o morrer, nos países de alta e média renda e cada vez mais nos países de baixa renda, à medida em que houve mudanças no papel da família e da comunidade nesse contexto. Os cuidados de saúde podem ser o principal cenário em que muitos sujeitos se deparam com a morte, tendo como foco os problemas clínicos envolvidos no processo, evidenciando a medicalização da vida. Além disso, na contemporaneidade, a negação da morte dá lugar também à invisibilidade⁴. Assim, embora haja novos paradigmas sociais e culturais, o aumento da liberdade de expressão e de toda a evolução tecnológica que caracterizam a contemporaneidade, a desmistificação da morte ainda requer empenho³.

Diante dessa disparidade acerca dos valores e da relação com a morte, é importante alcançar o equilíbrio, cujo centro pode estar nos relacionamentos e no envolvimento autêntico entre as pessoas em processo de morrer, seus familiares, os sistemas de saúde, a assistência social, a sociedade civil⁴ e as comunidades compassivas⁵.

No Relatório da Comissão Lancet sobre o valor da morte, cuja proposta é trazer esse tema para os diálogos na vida coletiva e individual, há destaque para a redução nos comportamentos relacionados ao papel da linguagem, do conhecimento e da confiança no apoio e no gerenciamento dos processos de morrer e de morte, alimentando ainda mais a dependência das pessoas aos sistemas de saúde. Complementam ainda, que sendo a morte e o morrer partes intrínsecas do viver, as sociedades há muito buscam entender e dar sentido a esses eventos universais. Chamam a atenção para o fato de que o cenário social e cultural que se interrelacionam com a morte são fundamentais para a construção de significado, conexão e apoio ao longo da vida do sujeito e que tais práticas correm o risco de

reduzir drasticamente, não se observa a relevância do tema, o que pode impactar na saúde global⁴.

Em consonância com esses fatos é fundamental pensar acerca do envelhecimento populacional. Em todo o mundo, a expectativa de vida global tem aumentado, passando de 67,2 anos em 2000 para 73,5 anos em 2019, incluindo países de baixa e média renda. A queda no número de mortes por doenças transmissíveis, a queda na mortalidade materna e neonatal e na desnutrição, teve grande impacto nesses indicadores⁶.

Com o envelhecimento e o aumento da expectativa de vida, apesar do medo, da angústia e do receio desencadeado pela proximidade do fim da vida biológica, abre-se a possibilidade de se encontrar sentido pleno à existência; permitindo a realização de tarefas inacabadas e, por vezes, não reconhecidas. Essa busca de sentido, pode ou não ocorrer, pois se entrelaça ao momento de vida, as oportunidades que se apresentam, bem como à historicidade do sujeito e da sociedade em que ele se insere^{7,8}.

Nessa direção, destaca-se que a participação ativa na vida requer diálogo. A interrogação, a escuta, a busca por respostas, a concordância, a discordância, fazem parte dos processos que dão sentido à vida e à morte. Portanto, por meio do diálogo, o homem participa da história da comunidade em que vive, na medida em que transita no tecido dialógico de tal comunidade⁹.

Na velhice, o diálogo acerca da morte pode ocorrer, visto que os sujeitos continuam a explicar, interpretar e lembrar da maneira pela qual os fatos da vida, incluindo a morte, ocorrem. No contato com os outros sujeitos, por meio da linguagem, esses fatos tornam-se presentes e, de forma contínua e infinda, podem ganhar diferentes sentidos¹⁰.

Têm-se, então, um paradoxo. Pois, em um polo há evidências acerca da interdição e da negação social do tema e, em outro, há o apontamento para a necessidade de se falar sobre a morte e de ressignificar, buscando sentido para sua ocorrência^{4,10,11}.

A explicação para esse fato pode estar ancorada na proposição de que, nas relações dialógicas, existem forças opostas que, de um lado, buscam impor certa centralização de ideias, por meio de forças centrípetas e, do outro, forças que corroem continuamente as tendências centralizadoras, as quais são reconhecidas

como forças centrífugas¹². Transpondo essa concepção dialógica para as temáticas da morte e do luto, é possível afirmar que as forças centralizadoras fomentam a interdição e negação do tema e, opostamente, as forças centrípetas, indicam que a necessidade de enunciar e dar sentidos para a morte, por meio de atividades dialógicas.

Frente a isso, entende-se que, para a melhor compreensão acerca das mortes vivenciadas durante a vida, as relações dialógicas são fundamentais. Pois, por meio do diálogo, é possível trabalhar discursivamente para significar e ressignificar os processos que envolvem a morte e seus registros, bem como da relação que cada pessoa estabelece com a morte ao longo da vida. Além disso, é por meio de atividades dialógicas que se torna possível validar e reconhecer as memórias e as experiências dos sujeitos¹¹, contribuindo para o envelhecimento ativo¹³.

É por meio da linguagem que as pessoas se relacionam com o outro e com enunciados historicamente carregados de significado, os quais permitem a cada sujeito interpretar e dar diferentes sentidos para o vivido. Pois, os enunciados, que refletem e refratam o mundo, são construídos na diversidade das experiências, na dinâmica da história, com inúmeras contradições e confrontos de valores, favorecendo a formação de diferentes vozes sociais¹².

Assim, esboçamos e atribuímos valores e sentidos às mortes vivenciadas, sejam eles pessoais, sociais, familiares, culturais, históricos, geográficos, políticos, espirituais, filosóficos, econômicos e sexuais a esses eventos^{2,14}.

Diante do exposto, este estudo se organiza a partir da seguinte questão norteadora: que sentidos, pessoas idosas atribuem à morte?

4.2.2 Objetivo

Analisar os sentidos que a morte assume, na perspectiva de pessoas idosas.

4.2.3 Método

Esse estudo de abordagem qualitativa, não probabilística, utilizou em seu planejamento, execução e redação o *guia Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza et al, 2021), disponível no Anexo 1. Assim, o método

está dividido em três domínios, sendo eles: 1) Equipe de pesquisa e reflexividade, 2) Conceito do estudo e 3) Análise e resultados.

No domínio 1 referente à **equipe de pesquisa e reflexividade**, destaca-se que as entrevistas foram conduzidas pela autora desse estudo, enfermeira, discente do programa de Doutorado em Distúrbios de Comunicação de uma universidade privada, professora universitária, com experiência na realização de pesquisas qualitativas.

Antes do início do estudo os participantes foram apresentados ao pesquisador, que explicou a motivação para o desenvolvimento desse estudo sendo o curso de doutorado e o interesse pelo tema de pesquisa surgindo a partir de suas experiências profissionais.

No domínio 2 que trata do **conceito do estudo**, destaca-se que o estudo foi delineado a partir de abordagem qualitativa, organizado em função da Análise Dialógica do Discurso (ADD) e fundamentado na filosofia do Círculo de Bakhtin^{9,12,15}. A ADD busca refletir o sujeito em sua totalidade, articulando-o o universo cultural dos envolvidos, com as vozes sociais que os compõe, em uma cadeia de responsividade¹².

Sobre a seleção dos participantes ressalta-se que o estudo contou com a participação de pessoas idosas com idade igual ou superior a 76 anos. Essa idade foi escolhida baseando-se em publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁶, documento que cita essa idade como uma projeção da média da vida de idosos no Brasil, a partir do ano de 2017.

Antes do início do estudo a seleção dos participantes se deu de junho a agosto de 2021, por meio da técnica de amostragem qualitativa denominada “bola de neve”¹⁷, de junho a agosto de 2021. Essa técnica propõe que um participante recomende o segundo que, indicará um terceiro e assim sucessivamente. O primeiro participante foi captado por meio do convite a pessoas idosas, enviado por mensagem eletrônica via telefone celular, para pessoas que participaram de uma oficina de linguagem promovida por uma universidade privada, no ano de 2020. Após o convite, para aqueles que aceitaram participar, foi agendado um horário para a coleta de dados, que ocorreu por meio de um *software* para vídeo conferências, denominado Teams^R, em vídeo chamada agendada para esse fim. O aplicativo pôde ser acessado por meio de *smartphone* ou computador. Ocorreram dois encontros com cada participantes, com duração de uma hora cada.

Após a indicação feita pelo primeiro participante, não houve recusas à participação. Assim, foram incluídos no estudo seis participantes.

As entrevistas tiveram como cenário a cidade de Curitiba. A escolha se justificou por ser o local de moradia do pesquisador e dos participantes, de forma a auxiliar nos procedimentos para a coleta de dados.

Desta forma, foram incluídos no estudo, sujeitos com idade igual ou superior a 76 anos; residentes no município de Curitiba; que aceitassem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com possibilidades para estabelecer diálogos com os pesquisadores; que dispusessem de *smartphone* ou computador, com acesso ao *link* para encontro virtual, previamente agendado. Além da pesquisadora principal, estava presente mais uma pesquisadora durante as entrevistas. Os diálogos foram gravados em forma de áudio para posterior análise e notas de campo foram feitas no momento da coleta de dados e a saturação dos dados foi debatida entre as duas pesquisadoras que participaram das entrevistas. As transcrições não foram devolvidas aos participantes para correções.

Os critérios de exclusão foram sujeitos com idade abaixo de 76 anos; residentes fora da cidade de Curitiba, que não pudessem participar da interação dialógica por algum motivo físico ou pessoal.

A coleta de dados se deu por meio de diálogo estabelecido entre os pesquisadores e o sujeito. Nessa perspectiva, pesquisadores, fazem parte da pesquisa, entendendo que a neutralidade é impossível, na medida em que as ações e os efeitos que o próprio diálogo propicia, constituem elementos de análise; buscando-se não a precisão do conhecimento, mas a profundidade e a participação ativa, tanto do investigador, quanto do investigado¹⁵. Ainda, nessa perspectiva, as relações dialógicas são trabalhadas considerando a enunciação, em que as questões de sentido, de sua construção e de seus efeitos, são apresentadas por meio da discussão sobre o tema e seus significados, considerando a singularidade do sujeito nesse processo¹⁵. Desta forma, considerando a perspectiva filosófica do estudo, os dados não foram codificados e não foram utilizados softwares para análise dos dados.

Assim, buscou-se também a compreensão acerca de conflitos, embates, tensões, rupturas, que também são inerentes a esse processo; bem como, a existência de

superdestinatários, representando pessoas ou situações, a quem estão sendo transmitidas enunciações, às vezes explícitas, às vezes silenciadas, representando a multiplicidade de vozes que podem ecoar nas relações dialógicas¹⁵.

Para orientação dos diálogos, foram descritas as seguintes questões norteadoras: “você pode me contar experiências vividas relacionada à morte de alguém importante em sua vida? Podemos falar sobre isso?”; “Em relação ao que você me contou anteriormente, o que mais lhe marcou ao viver este processo de morte?”; “O que essas experiências relacionadas a morte significaram para você?”; “Qual o sentido da morte para você?”.

As questões norteadoras da entrevista foram avaliadas previamente por três juízes, caracterizados por três doutoras, professoras universitárias, sendo uma enfermeira e duas fonoaudiólogas. Elas avaliaram as questões e após análise foram realizadas as correções necessárias previamente à aplicação. Não houve repetição das entrevistas após os ajustes.

No domínio 3 referente à **análise e os resultados** descreve-se que para análise dos dados, os diálogos foram transcritos e analisados, de acordo com a ADD. Após a leitura dos **enunciados**, que refletem, por meio da linguagem, todas as esferas da atividade humana⁹, foram identificados os temas e subtemas recorrentes nas narrativas e construídos os **eixos de significados**.

Não houve um número estabelecido de encontros necessários para a coleta de dados, porém ocorreram em uma média de três encontros, com duração aproximada de 50 minutos, cada. Os participantes foram identificados por nomes fictícios, de forma a manter o sigilo de sua identidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número CAEE 37247920.5.0000.8040 e os participantes foram identificados por números de 1 a 6.

4.2.4 Resultados

Esse estudo contou com a participação de seis pessoas, todas com idade acima de 76 anos, residentes na cidade de Curitiba - Paraná, sendo quatro mulheres e dois homens, identificados pelos seguintes nomes representativos de flores: Magnólia, Edelweiss, Jacarandá, Jasmin, Rosa e Lavanda.

Os resultados foram organizados em três eixos, sendo o primeiro caracterizado pelo perfil social e demográfico dos sujeitos. O segundo e o terceiro, considerando a ótica da Análise Dialógica do Discurso (ADD) e a filosofia do Círculo de Bakhtin estão voltados às experiências mais significativas relacionadas à morte e os eixos de significados sobre os sentidos sobre a morte, respectivamente.

Eixo 1: Perfil social e demográfico dos sujeitos

Descreve-se a seguir o perfil social e demográfico dos sujeitos, considerando idade, raça, estado civil, profissão/ ocupação, renda, religião e com quem reside.

Magnólia: 79 anos, mulher, raça branca, divorciada, psicóloga aposentada, renda aproximada de dois salários mínimos, reside com o filho, declara ser católica.

Lavanda: 77 anos, mulher, raça branca, divorciada, auxiliar de enfermagem aposentada, renda aproximada de dois salários mínimos, reside com a filha caçula, declara ser espírita.

Lírio: 86 anos, homem, raça branca, viúvo, professor de nível universitário em atividade, renda aproximada de oito salários mínimos, mora sozinho, declara ser católico.

Edelweiss: 96 anos, mulher, raça branca, solteira, jornalista aposentada e freira, renda aproximada de um salário mínimo, reside em residência terapêutica, declara ser católica.

Jacarandá: 89 anos, homem, raça branca, viúvo, comerciante aposentado, renda aproximada de dois salários-mínimos, mora sozinho, relata ser espiritualista.

Rosa: 76 anos, mulher, raça branca, viúva, comerciante aposentada, renda de dois salários-mínimos, mora sozinha, declara ser católica.

Eixo 2 – Experiências mais significativas relacionadas à morte.

Após a transcrição dos diálogos, procedeu-se a leitura dos mesmos, de forma a destacar-se as experiências mais significativas relacionadas à morte ressaltando o papel das ações dialógicas, na perspectiva de cada sujeito, de forma a auxiliar na compreensão sobre o sentido para a morte, destacados posteriormente, no eixo 3.

A atividade dialógica proporcionou o relato de fatos marcantes na perspectiva dos sujeitos, o que incluiu o diálogo acerca da morte de familiares, amigos e pessoas famosas, bem como pontos relevantes acerca dessas perdas, que incluem a ausência de despedidas antes da morte e o impacto da despedida; a frieza no atendimento no hospital; as dificuldades vivenciadas após mortes abruptas; o trabalho e sua influência na vivência dos rituais funerários; os sentimentos desencadeados após a morte e o sentimento de solidão na velhice.

Na sequência, é possível acompanhar os enunciados obtidos a partir dos seguintes questionamentos: “você pode me contar experiências vividas relacionadas à morte de alguém importante em sua vida? Podemos falar sobre isso?”; “Em relação ao que você me contou anteriormente, o que mais lhe marcou ao viver essa morte?”.

Magnólia : *“A minha vó morreu com cento e poucos anos e foi a pessoa que me criou, então foi muito difícil pra mim. Ela morreu, mas morreu longe de mim, em uma cidade lá no Rio Grande do Sul e eu não pude ir, não pude fazer nada, não pude participar, porque eu tinha os filhos pequenos. Não podia viajar, não tinha condição. Não sei se é porque eu não participei, não fui, não estive, que sempre há momentos que aquilo volta sabe? Eu tenho que pensar tudo de volta. Me lembrar que eu não pude, que eu não tive condição.”*

“Meu irmão morreu em Porto Alegre e quando eu cheguei lá ele já tinha morrido. Estava no necrotério do hospital. Lá embaixo. Me perguntaram se eu queria ver meu irmão e eu disse que eu queria ver. E aquele homem grande, estava reduzido assim. Só nós dois naquele salão. Tudo hermeticamente metal, tudo estranho. Não foi fácil. Porque só tinha eu pra enterrar tudo”.

“Tive uma amiga que era muito interessante, ela era paraguaia. Ela cantava que enchia a casa... ela veio aqui há dois anos. Ela foi no aniversário da minha tia. A gente se abraçou, conversou e marcou pra se ver no dia seguinte, mas ela não estava boa. Aí ela voltou pra cidade dela e doze dias depois ela faleceu. A gente não se viu. Aquilo me machucou bastante, o fato da gente não ter se visto de novo.”

Lavanda: *“Aos 9 anos, eu perdi meus pais com a diferença de um mês e meio um do outro. Primeiro foi a minha mãe e depois foi o meu pai. Foi muito difícil, foi traumático. Eu muito nova e além de mim, ainda tinha dois irmãos menores do que eu. (...) eu tenho a impressão que ela tinha Chagas no intestino, porque ela tinha o intestino preso e a barriga bem grande, sabe? Meu pai ficou assim.. em uma cidade que ele não conhecia praticamente ninguém. Nós havíamos mudado pra lá muito recente e a única coisa que ele fez naquela época foi um trabalho pirotécnico. Foi o único trabalho remunerado que eu me lembro que ele fez lá. (...) ele teve um infarto fulminante e caiu na rua. Já caiu morto. Eu e meus irmãos ficamos mudando de casa depois disso, cada um num canto (...) Com 9 anos fui morar com a minha irmã. Fui prá lá e ela falou ‘agora você vai arrumar a casa. A casa é sua a partir de agora’.*

“Eu e meu irmão, a gente era muito ligado e a morte dele foi triste. Ele me ligou num domingo pra conversar comigo. Eu falei ‘que tá acontecendo? Ele disse ‘não tô bom não’. E eu falei ‘se passou num médico? Cê tá tomando os remédios direitinho?’ ‘eu tô, mas eu num tô melhorando’. Aí minha cunhada tomou o telefone na hora e veio me contar, tirou da mão dele e veio me contar o que ele tava sentindo. E eu queria falar era com ele. Não era com ela. E ele também, ele queria falar comigo. Mas, sabe aquela pessoa que tem mania de intrometer? E eu não consegui falar com ele mais.”

Lírio: *“Eu sou o 13º filho, todos os meus irmãos são falecidos, fiquei só eu. Mas a minha perda principal foi dos meus pais. Eu estava no colégio em Curitiba e dias depois da morte da minha mãe, em 1946 recebi um telegrama. Ela morreu com 60 anos com derrame cerebral. Naquele tempo não havia telegrama direto, o telegrama era enviado por cabo submarino para*

Santos e de Santos vinha pra Curitiba. Levou 10 dias pra chegar o telegrama. (...) meu pai também. Em 1954 eu estava no Rio de Janeiro. Eu soube por que me acordaram de manhã que tinha um telegrama. Eu já estava esperando”.

“A minha última irmã, a mais nova, ficou 15 dias em coma por causa de uma cirurgia no estômago, ela não acordava. Eu fui lá quando ela já tinha falecido e eu fiquei mal de ver ela. Fiquei lá até a missa de 7º. Dia. Aí tive que voltar pra trabalhar, mas passei muito mal naquela ocasião... agora estou sozinho aqui, com 88 anos e 7 meses.”

“Hoje saiu uma notícia que eu fiquei muito triste, que o Alan Delon, aquele artista francês, está fazendo a sua morte assistida pelo seu filho, quer dizer, uma eutanásia. Ele teve um derrame.”

Edelweiss: “Quando meu pai morreu eu estava em outra cidade, participando de um evento social, a inauguração de uma livraria. Ele estava doente e eu já tinha ido várias vezes para visitá-lo e a cada vez eu via meu pai mais sensível. Então quando ele morreu não me contaram por que eu estava organizando essa festa. Quando terminou, me contaram. Eu não queria mais voltar pra minha casa, porque faltava meu pai. Chorei por um mês, ninguém podia falar comigo. Não conseguia tirar aquilo da mente, nem do coração.”

Jacarandá: “Quando minha irmã ficou grávida eu queria um guri, e era menina! Então eu tinha uma sobrinha. Meu irmão convidou ‘vamos ver a sobrinha? ‘e eu disse ‘eu não quero ver aquela diabinha’. Fiquei bravo porque era menina. Eu não fui naquele dia. Acabei indo só depois e gostei dela. Mas ela era prematura. Nasceu com 7 meses e morreu com 3 meses de vida. Aí eu conheci o remorso, com 8 anos. Foi uma lição que eu aprendi com essa primeira morte. O remorso. E esse remorso me acompanhou muito tempo, até eu entender que era coisa de criança.”

“Uma morte que me marcou muito foi da minha segunda mulher. Eu fui lá, dei uma mão, vi os filhos dela sofrendo, mas quando ela morreu eu não gozei, pois não se goza o mal a ninguém, mas pra mim foi uma coisa tão bela! Tão belo foi ver aquela mulher no caixão, não incomodando mais. Eu não tô mentindo. Eu senti alívio. Porque só me incomodava. Depois não me incomodou mais. E eu pensei ‘agora só falta eu morrer logo e não aproveitar a vida’.

Rosa: “Eu perdi meus quatro sobrinhos. Eles estavam voltando da praia e indo para Santo Antônio da Platina. Estava chovendo e eles estavam correndo muito em uma curva. Nisso, eles bateram em dois carros e um caminhão. Um carro bateu e jogou eles pra outro lado da pista e o caminhão passou por cima. Morreram os quatro, na hora. Foi uma coisa muito triste, um choque muito grande. (...) Na época fiquei trinta dias sem dormir pelo choque e até hoje eu não durmo muito bem.”

“Perdi minha mãe com câncer, irmã com câncer... minha vida foi realmente de perdas muito grandes, muito triste e a gente tem que levar. Minha mãe idosa com três anos de sofrimento, então realmente a morte é um alívio para a pessoa... eu me lembro que minha mãe contava que ia ter um dia que eu ia perder muitas pessoas, mas eu achava que nunca que ia chegar esse dia né? Mas infelizmente eu cheguei.”

Quadro 6 – Síntese da influência da prática dialógica na narrativa acerca das experiências mais significativas relacionadas à morte.

Sujeito	Síntese das experiências mais significativas relacionadas à morte
Magnólia	A morte da avó de quem não conseguiu se despedir antes do final da vida.
	A morte do irmão e a visualização do seu corpo no necrotério do hospital.
	A morte da amiga, de quem não foi possível despedir-se.
Lavanda	A morte dos pais, com intervalo curto de tempo trazendo dificuldades financeiras, afastamento dos irmãos e familiares.
	A morte do irmão, de quem não pode despedir-se.
Lírio	A morte dos pais cuja despedida não presenciou devido ao trabalho, comunicada por um telegrama.
	A morte da irmã, e o pensamento de que está sozinho agora.
	A morte de um artista, comunicada pela mídia.
Edelweiss	A morte do pai de quem não se despediu devido ao trabalho.
Jacarandá	A morte da sobrinha de quem inicialmente não gostava, por ter nascido menina, trazendo remorso.
	A morte de sua última esposa, que lhe trouxe alívio, devido a conflitos vivenciados na vida conjugal.
Rosa	A morte dos sobrinhos mais jovens, em um acidente automobilístico, trazendo alterações importantes na qualidade de vida.
	A morte da mãe e da irmã, como um alívio e a reflexão acerca de estar sozinha na velhice.

Fonte: a autora, 2022

Eixo 3 – Eixos de significados acerca dos sentidos sobre a morte.

Nesse eixo, descreve-se os enunciados e o papel das relações dialógicas na busca de sentidos acerca da morte na perspectiva de cada sujeito, bem como a síntese dos eixos de significado. Os sentidos atribuídos à morte foram singulares e ambíguos, como: o sentido da morte como parte integrante da vida em contraponto ao sentido da morte como algo inexplicável; a morte como um choque relacionada à mortes traumáticas e a sensação alívio em caso de mortes esperadas diante de doenças crônicas em pessoas idosas; a morte como um castigo em caso de mal passo na vida e a morte como uma oportunidade de aprendizado; o sentido da morte como uma ruptura e a morte como oportunidade de reviver na Vida Eterna e; o sentido da morte como um choque e como uma oportunidade de alívio do sofrimento pessoal.

Seguem abaixo as narrativas destacadas após a ação dialógica que ocorreu a partir das seguintes perguntas: “O que essas experiências relacionadas a morte significaram para você?”; “Qual o sentido da morte para você?”.

Magnólia: *“A morte faz parte do processo. Acho que a gente nessa hora tem que se curvar. Diante do inevitável, a gente tem que se curvar.”*

“Eu fui uma criança criada sobre o signo da morte. Foi a minha vó que me criou e a sociedade era outra né? Então ela dizia assim pra mim, eu era pequena, devia ter uns cinco anos ‘eu prefiro te ver morta no caixão do que você dar um mal passo na vida’. E ela dizia com muita força entendeu? Então eu sempre achava que qualquer coisa que eu fizesse eu ia morrer. (...) na casa, na família, a morte era o fiel da balança. As vezes o prato vem pra cá, para o lado bom, depois vai pra lá, o lado ruim, mas a morte é quem decide todas as coisas. E com o passar do tempo esse pensamento sempre é recorrente.”

Lavanda: *“O sentido da morte pra mim é uma ruptura. Ah foi um rompimento né? De repente eu tinha uma família. Era uma família humilde, mas era uma família. A gente tava sempre junto. Passava as dificuldades juntos. Meu pai era um pai muito presente, paizão. Minha mãe era um pouco brava, mas meu pai era um paizão. E de repente me vi... assim.”*

Lírio: *“A morte sempre me lembra que a gente não é eterno. Como disse um autor francês ‘a gente envelhece no segundo segundo da nossa vida’ ou como dizia Demócrito ‘por mais que você tente se disfarçar da morte, mas dela nos aproximamos’.”*

Edelweiss: *“Mas o que vale não é a morte, é a vida. Porque só acaba o que é humano, a vida é transformada no mesmo instante pela honra de Deus. Não é o fim, é o começo de algo novo. Para mim, a morte é a passagem de Deus convidando pra gente ir para a Vida Eterna. É um chamado especial. Um convite de Deus, que diz: ‘vamos?’”.*

José: *“A morte pra mim significou aprendizado. Com ela a primeira lição que eu aprendi foi o remorso. Foi uma lição de vida bem cedo, pra gente prestar atenção pra não ter remorso do que faz (...) e as outras mortes que vivi, como a morte do meu pai, quando eu tinha 16 anos me fizeram amadurecer. A gente aprendeu a lutar, trabalhei, vivia sozinho de família, mas vivia muito bem. Fui amadurando na marra.”*

“A morte da minha segunda esposa fez sentido pra mim porque me trouxe alívio. E aquela bendita religião ‘o casamento até que a morte separe’. Daí casei, o casamento tava ruim e só restava a morte pra separar. E a morte não vinha! (risos). Mas a sensação de ser viúvo foi maravilhosa. Sou solidário com a morte, porque as vezes é preciso morrer.”

Josefina: *“A morte é algo sem explicação. Os japoneses ficam tristes quando nasce e quando morrem fazem festa. Mas eu sempre acho que a morte não tem explicação. Não tem coisa mais triste do que a morte. É muito forte. A morte não tem explicação.”*

“Quando as pessoas são jovens e cheias de vida, perder em um soco só, é muito difícil. Quando a pessoa já é idosa, já está velha. Todos têm que morrer então a gente aceita de uma outra maneira. Sente saudades, falta, mas é de uma outra maneira. Morrer jovem é muito difícil.”

Quadro 7 – Síntese da influência da prática dialógica acerca dos sentidos sobre a morte para os sujeitos

Sujeito	Síntese dos sentidos sobre a morte
Magnólia	A morte como algo que faz parte da vida.
	A morte como um castigo em caso de mal passo na vida.
Lavanda	A morte como uma ruptura.
Lírio	A morte como um convite à lembrança de nossa finitude.
Edelweiss	A morte como um convite de Deus para a vida eterna.
Jacarandá	A morte como possibilidade de aprendizado e como possibilidade de amadurecimento pessoal.
	A morte como um alívio do sofrimento pessoal vivido na vida conjugal.
Rosa	A morte como algo inexplicável e representativo da maior tristeza da vida.
	A morte como um choque, quando envolve pessoas jovens.

Fonte: a autora, 2022

4.2.5 Discussão

Em relação ao **eixo 1**, referente ao perfil social e demográfico dos sujeitos, no que alude à idade, todos os sujeitos tinham mais de 73 anos, que é a média estimada da expectativa de vida mundial⁶, sendo que três eram longevos, tendo mais de 80 anos. No Brasil a expectativa de vida é de 76,8 anos em 2020, com maior sobrevida estimada para as pessoas do sexo feminino¹⁸, reforçando a feminização da velhice¹⁹.

Três sujeitos relataram morar sozinhos, dois residem com um(a) filho(a) e um reside em uma residência terapêutica. Sobre o estado civil, um relata ser solteiro e cinco deles foram casados, sendo dois divorciados e três viúvos. Nesse horizonte, coloca-se a importância do estímulo para a interação social e familiar²⁰ de forma a contribuir para o envelhecimento ativo, a melhor qualidade de vida e promoção à saúde, no qual as atividades dialógicas fazem parte²¹.

Sobre a religião, três sujeitos afirmaram ser católicos, dois espiritualistas e um espírita. Na interseção das reflexões acerca da morte, da velhice e das ações dialógicas, evidencia-se que cada pessoa constrói seus sistemas de crenças e valores, que podem exercer influência em suas vidas na juventude e na maturidade²², porém certamente, ganham poder na fase final do viver, principalmente no que se refere a construção de sentidos sobre o vivido, o que incluir a morte.

No que tange à ocupação e trabalho, um dos participantes mantém-se no mercado de trabalho como professor universitário e os demais são aposentados, porém em suas narrativas foi possível evidenciar que todos tiveram acesso à educação formal, sendo que 3 dos participantes cursaram os estudos em nível universitário. Salienta-se que essa pesquisa foi realizada em uma capital, com sujeitos com oportunidades de convivência com estrutura social e financeira básica, o que certamente se contrapõe a um cenário brasileiro onde há acesso restrito à educação formal, principalmente para as mulheres, que se dedicam ao trabalho doméstico, com dificuldades à melhores níveis educacionais e qualificação profissional²³. Focaliza-se nesse sentido, a importância dos diálogos acerca do trabalho e das memórias passadas, presentes e futuras, que certamente contribui

para a personalização das pessoas idosas, possibilitando o sentimento de vinculação à sociedade e valorização de seus saberes e histórias^{21,24}.

No que se refere ao **eixo 2**, que aborda o resultado da ação dialógica nas narrativas sobre as **experiências mais significativas relacionadas à morte**, o primeiro ponto a ser destacado se refere aos rituais de despedida. O relato de Magnólia evidencia o impacto negativo que a acompanhou durante toda a sua vida, por não ter conseguido despedir-se da avó antes da sua morte, bem como a ausência de despedida antes da morte de uma amiga. Em contraponto, relatou as dificuldades durante a despedida de seu irmão. O momento da despedida também foi mencionando por Lavanda, que não conseguiu despedir-se do irmão após o último telefone que tiveram; Edelweiss, que não pode despedir-se do pai devido ao trabalho e Lírio, que pelo mesmo motivo não se despediu dos pais e da irmã. No entanto, foi possível constatar as diferenças no significado dessas experiências para cada um deles.

Acerca desse tema, considera-se que as mudanças importantes ao longo da vida precisam ser marcadas, pontuadas e que os rituais fúnebres, que incluem a despedida de uma pessoa significativa, auxiliam na elaboração da perda e possibilitam a expressão do que, por vezes, não se consegue transmitir em palavras, estimulando o processo de luto e contribuindo na função de maturação social e psicológica diante do fato²⁵. No entanto, reitera-se que as expressões do luto tiveram modificações ao longo da história. A partir do século XIII as manifestações de luto, que anteriormente eram espontâneas, ritualizaram-se e a partir do final do século XIX, influenciadas pela industrialização, urbanização e racionalidade, tornaram-se contidas¹. Observa-se então o silenciamento dos sentimentos experienciados, a redução do tempo dos rituais de despedida e dos rituais funerários, bem como o silenciamento da sociedade em relação ao impacto da morte para os enlutados. Em decorrência disso, podendo ter sentimentos e luto não reconhecido, o suporte social necessário nesse momento da vida pode não ocorrer a contento, ocorrendo em dificuldades no processo de luto, bem como na construção de significados para a perda²⁵.

Nesse contexto, é fundamental compreender os motivos pelos quais os rituais de despedida podem ser inviabilizados, de forma a atuar garantindo esse direito social. Tais motivos podem incluir a falta de disponibilidade dos profissionais de

saúde para as despedidas, as obrigações relacionadas ao trabalho e as desigualdades sociais. Os determinantes sociais e políticos que contribuem para dificuldades durante a vida, também podem repercutir com o advento da morte, incluindo renda, emprego, oportunidades educacionais, ambientes físicos, igualdade de gênero, apoio social e acesso aos serviços de saúde. Tais determinantes influenciam na vida, no sofrimento e na morte⁴. Avulta-se que rituais, tradições e estruturas de apoio em torno da morte, do morrer e do luto devem ser preservados e reexaminados constantemente de forma que não reforcem desigualdades e não gerem descontentamento entre os envolvidos. Relacionamentos e redes que envolvam os profissionais da saúde e toda a sociedade devem estar alocados no centro dos esforços para melhorar as experiências que envolvem a morte, reconhecendo a repercussão que esse evento tem no contexto individual e coletivo⁴.

Outro ponto evidenciado na ação dialógica, foram as dificuldades relacionadas à humanização e à comunicação após a morte, denotando frieza dos envolvidos. Na contemporaneidade nota-se uma ruptura da comunicação com aqueles que cercavam a pessoa morta e ainda, nota-se a interdição em relação à morte, com o isolamento moral imposto ao falecido e aos seus familiares. O resultado dessas posturas demonstra a medicalização em relação à morte e ao luto. Em consonância com essas atitudes escrutina-se que o comportamento social dos enlutados alinhe-se ao comportamento dos profissionais de saúde, adequando-se à rotina dos serviços assistenciais¹.

Assim, a cultura urbanizada exilou a morte, que passou então a ser escondida. Esse “banimento” pode ser evidenciado na narrativa de Magnólia, quando relembra que a equipe de saúde perguntou se ela queria despedir-se do irmão e que quando ela avistou o seu corpo sem vida no necrotério descreve a cena marcante: “estava lá embaixo.. reduzido... tudo hermeticamente metal, tudo estranho”. Com a mudança do cenário da morte da residência para os hospitais, a morte passou a ausentar-se do mundo familiar diário. Desta forma, o aparato científico que a reveste, distanciou-se da vida cotidiana e tanto o moribundo, como o corpo sem vida, não tem mais *status* porque não tem mais valor social¹. Conforme evidenciou-se nos diálogos, tais atitudes impactam sobremaneira na vida dos familiares enlutados, que mesmo tendo vivenciado tais situações sem conversar

sobre o tema com os profissionais de saúde, não se calam quando em contato com outras vozes, mesmo muitos anos depois de sua ocorrência.

Além disso, considera-se que marcas da indiferença em relação aos corpos mortos foi historicamente evidenciada desde a Antiguidade, pela exiguidade e anonimato das sepulturas, pelo amontoamento de corpos, bem como pela existência de ossários. Tais eventos são considerado signos de interpretação dessa indiferença, havendo mudanças a partir do século XVIII quando uma nova sensibilidade não mais tolerou a indiferença tradicional¹. Porém alguns fatos contemporâneos mostram que algumas atitudes perante a morte repercutem essa indiferença, como por exemplo o afastamento das famílias e comunidades desse processo; a redução na confiança e no bom relacionamento entre os profissionais de saúde e os familiares; a substituição da rede de relacionamentos que envolvem a morte, o morrer e o luto por profissionais de saúde e protocolos e; os fatores sociais, políticos, econômicos, religiosos e culturais que determinam uma “normatividade” sobre como esses processos devem ser vivenciados e gerenciados. Para tanto, apontam-se caminhos para a modificação dessas posturas que incluem a análise dos determinantes sociais que influenciam a morte, o morrer e o luto; o entendimento de que a morte é um processo relacional e espiritual e não apenas fisiológico; a melhoria das redes de apoio que envolvem esses eventos; o estímulo a conversas e aos diálogos que envolvam as histórias sobre as mortes vivenciadas e o reconhecimento do valor da morte e do luto para o sujeito e para a coletividade⁴.

Nesse recorte, comenta-se que as atitudes observadas na antiguidade, denotavam maior acompanhamento e participação social no processo de morrer e na morte. A morte no leito era um rito que solenizava essa passagem e reduzia a indiferença entre os sujeitos. Assim, tal evento era familiar e próximo, opondo-se a atitude atual segundo a qual a morte traz medo a ponto de interditar-se os diálogos a esse respeito. A conversação acerca de um tema considerado tabu, demanda atitudes de compreensão acerca do mundo interno e externo ao sujeito¹ e por essa razão destacaram-se algumas das influências externas, no diálogo com outras vozes, que fazem parte do estudo acerca da morte ao longo da história.

As transformações e posturas do homem diante da morte são lentas, ancorando e repercutindo por várias gerações e excedendo a memória coletiva. Nesse processo dinâmico, que também envolve as mudanças sociais e a

construção de sentidos, aventa-se um constante estado de incompletude, o que garante a permanência das reflexões e aberturas a novos processos de compreensão e de avaliação acerca das experiências vividas²⁶.

Conectando os diálogos vivenciados, acerca das experiências mais significativas relacionadas à morte, destaca-se a influência do trabalho nessas cenas. Magnólia evidenciou não poder viajar para despedir-se da avó devido ao trabalho doméstico no cuidado com os filhos e no cuidado com a casa, bem como a falta de recursos financeiros para tal ato. Edelweiss, narrou não estar presente quando da morte do pai devido à suas atividades laborais em uma livraria, assim como Lírio, que não esteve presente nos rituais fúnebres de seus pais devido a suas atividades como professor. Sobre o tema trabalho, ressalta-se sua influência na vida privada e pública, envolvendo movimentos que penetram na vida psíquica do sujeito, confundindo-se com o cotidiano do mesmo e simultaneamente, envolvendo-se na sua inserção no sistema de relações econômicas e sociais, não apenas como fonte de renda, mas como lugar do sujeito na hierarquia social composta por classes e grupos de *status*. Assim, os reflexos do trabalho ancoram-se não apenas no discurso subjetivo mas também, na realidade objetiva da vida, dentro da estrutura capitalista²⁷. Tendo como base essa estrutura capitalista, vale destacar as dificuldades relatadas após a morte de familiares relacionadas a questões financeiras. Magnólia relata a separação dos irmãos após a morte dos pais, onde cada um morou foi morar com uma nova família, devido à baixa renda familiar, relatando ainda que a partir desse momento, com nove anos, tornou-se responsável pelo cuidado da casa onde morava.

Outra faceta presente na conversação, foi a solidão na velhice. Lírio, após contar sobre as perdas de vários familiares, lembrou também da morte de um artista, anunciada na televisão e salientou “... *agora estou sozinho aqui com 88 anos e 7 meses*”. Esse aspecto também foi demonstrado por Josefina que evocando o anúncio pregresso de sua mãe disse: “*eu lembro que minha mãe contava que um dia eu ia perder muitas pessoas, mas eu achava que nunca que ia chegar esse dia. Mas infelizmente chegou*”. Destaca-se assim, o sentido da morte como um convite à lembrança sobre a própria finitude, conforme relato de Lírio. Nesse sentido, demonstra-se que o trabalho dialógico contribui para que o sujeito tenha uma relação mais benéfica sobre o próprio envelhecer, propiciando troca de

experiências, possibilidades de escuta e fala, autovalorização, respeito e maior participação social²¹. Sabendo-se que a solidão pode estar representada pelo sentimento de algo vazio e de isolamento, manifestando-se em todo o ciclo vital, principalmente na velhice, mesmo frente a convivência com várias pessoas²⁰, dialogar sobre o tema, é dar luz a esse sentimento, sem escamoteá-lo e sem disfarçar sua presença.

Dialogou-se ainda, sobre os sentimentos desencadeados após a experiência de morte. Magnólia, narrou o pensamento constante sobre a morte da avó e a sensação de “machucado” após a morte da amiga; Lavanda e Rosa falaram sobre a tristeza e o choque; Lírio falou sobre a espera; Edelweiss falou sobre o choro e a dificuldade em falar sobre o ocorrido e; Jacarandá falou sobre remorso, sobre alívio e sobre a beleza do momento. Nota-se que tais sentimentos não tem uma unicidade, revelando até mesmo alegria, como foi o caso de Jacarandá, após a morte da sua esposa, com a qual vivia muitos conflitos na vida conjugal. Nesse diálogo externou a confissão do sentimento de felicidade, que não pôde revelar publicamente devido a convenções sociais e associação normativa da morte à tristeza. Reconhecer os sentimentos vivenciados e dialogar sobre eles contribui sobremaneira para a consolidação social do morrer e o reconhecimento do processo de luto. As relações dialógicas travadas consigo mesmo e com pessoas do passado, do presente e do futuro, permitem maior ajuste à perda de pessoas significativas, contribuem para reflexões filosóficas, religiosas e espirituais sobre o significado da perda e ainda, contribuem para a construção de sentidos sobre a morte, ressignificando a vida⁴.

No **eixo 3**, que discorre acerca da influência da prática dialógica na busca dos sentidos sobre a morte para os sujeitos, ressalta-se que os sentidos atribuídos foram singulares e ambíguos e que, mesmo com ideias diferentes e até mesmo opostas, reitera-se que elas são equipolentes. Esses sentidos, fazem parte de diversos signos em um “campo de luta” dialógica onde o que é mais comum e socio normativo, como a tristeza e o choque relacionados à morte, relatados pelos participantes, coabitam como a alegria e o alívio diante do fato. Assim, o que é socialmente esperado diante da morte, convive com o que é diferente, ocupando o mesmo lugar. Esse embate, presente na construção de sentidos sobre o vivido é permanente e infindo, fazendo com que esses sentidos possam ser reconstruídos a

qualquer momento²⁸, já que nenhuma validade de sentido pode ser categórica e peremptória. Sendo a palavra um terreno de disputa, pelo menos entre dois participantes na interlocução, ela pode provocar reações diversas, tornando-se impossível a previsão sobre suas variações de responsividade, não havendo garantias de que a produção de sentidos visada pelo emissor, chegue a seu auditório como prevista inicialmente, pois ele direciona seus olhares para além de seu destinatário²⁶.

Nesse enquadramento, reconhecendo-se a finitude do ser, o sentido de valor dessa experiência dialógica é reconhecido apenas do lugar único que cada um ocupa. O sentido da morte do outro, do próximo e da humanidade, varia profundamente, já que são todos momentos diferentes do existir. Assim, “o mundo da cultura e o mundo da vida, onde se vive e morre, se inter-relacionam”⁹.

Nessa interlocução, sublinha-se aqui a importância da valorização da singularidade das pessoas, construída na relação consigo mesma e com o outro por meio da linguagem e das relações dialógicas, essenciais na constituição do sujeito e na construção de sentido. Essa ideia entra em oposição a cultura hegemônica, que busca universalizar sentimentos, comportamentos e pensamentos. Na relação dialógica, ao colocar-se à escuta, tem-se a alteridade como ponto de partida, quando se considera que o outro é o ponto inicial à nossa responsividade diante das diversas situações. Por meio da linguagem, dialoga-se acerca do que faz sentido, do que tem significado, descrevendo um fragmento do mundo vivenciado, materializado na relação de interlocução, representando um posicionamento único do ser humano^{9,28}. Assim, cada sujeito apresenta um ponto de vista único sobre o mundo e, conseqüentemente, determina a percepção sobre a verdade de um evento²⁹. Tal “singularidade única não pode ser apenas pensada, mas vivida de forma participativa”. Assim, o mundo da cultura e o mundo da vida, onde se vive e morre, se inter-relacionam⁹.

Consequente, demonstra-se nos diálogos o sentido da morte como um castigo. Magnólia, relatou a influência da avó em sua vida, que enunciava a morte como um castigo relacionado a um mau passo na vida. Já Edelweiss e Lírio relataram o sentido da morte como um convite à ressurreição da alma e à vida Eterna e nas suas narrativas sobre a morte, Lírio cita ainda a voz de filósofos como Demócrito. Assim, descortina-se a polifonia influenciando na construção de sentido,

na qual se entrecruzam as vozes de familiares, de filósofos e as vozes provenientes das crenças religiosas. A partir do século XII, houve grande influência da religião no pensamento acerca da ressurreição dos mortos e da separação entre os justos e os malditos, representada pelo Juízo Final. A ideia acerca do castigo para os que dessem maus passos os acompanharia após a morte¹, ideias que ainda exercem influência, conforme observou-se nas interlocuções realizadas nesse estudo.

A sensação de abalramento relacionada à morte traumática esteve presente na interação com Rosa, na narrativa sobre o acidente de carro que desencadeou a morte dos sobrinhos e com Magnólia, no relato sobre a morte do pai e da mãe com um intervalo pequeno de tempo, trazendo diversas dificuldades para sua vida como o afastamento dos irmãos, as dificuldades financeiras e o trabalho doméstico precoce na casa da irmã, onde passou a morar. Salienta-se que as perdas traumáticas podem ocorrer devido a homicídios, suicídios, acidentes, desastres naturais e resultantes de guerras e terrorismo, caracterizando o intenso sofrimento emocional relacionado a separações traumatizantes. Mesmo que a maior parte dos sujeitos tenha resiliência nessas situações, algumas pessoas podem apresentar complicações no processo de luto, transtorno do estresse pós-traumático, psicopatologias e grandes alterações na qualidade de vida, desencadeadas por esses eventos²⁹. Tais ocorrência corroboraram o sentido da morte como um choque, como algo inexplicável, sendo a ocorrência mais triste da vida, na fala de Rosa e a morte como uma ruptura, no discurso de Magnólia.

Já a morte esperada após o curso de uma doença crônica, no caso de pessoas idosas, foi narrada por Edelweiss e por Lírio, quando da perda dos pais e sinalizada como algo que faz parte da vida, na narrativa de Magnólia. Mesmo que a morte de pessoas idosas seja esperada e faça parte do ciclo vital, é fundamental a compreensão de que todos os enlutados podem beneficiar-se em redes de apoio que possam auxiliar na compreensão da sua dor, no gerenciamento da dor emocional, no pensamento em relação ao futuro, no fortalecimento de seus relacionamentos, nos diálogos acerca da história da morte, na aprendizagem com a convivência das lembranças acerca da pessoa falecida e ainda, na conexão com suas memórias¹¹. A negação acerca do sofrimento derivado após a morte de pessoas velhas pode ser potencialmente devastadora para o sujeito e para a

coletividade, quando ocorre o não reconhecimento social e individual para esse luto³⁰.

O sentido da morte como aprendizado foi relatado por Edelweiss e Jacarandá. Já o sentido da morte como um alívio foi narrada por Jacarandá, após a morte da esposa, confessando sentir até mesmo uma alegria após o evento, por poder conquistar maior liberdade em sua vida e libertar-se de condutas sociais impostas pela religião. Nessa inquietude que permeia a construção de sentidos, há a refração de dois polos de valor, o dos valores globalizados, advindo de culturas centrais, predominantes, em contraponto a valores locais, observados em culturas periféricas, ou seja, não predominantes. Tais valores entram em tensão, o que provoca mudanças das formas de expressão dos sujeitos, o que normalmente é evidenciado pelo apagamento de valores periféricos em detrimento de valores centrais²⁶. Pode-se observar isso no discurso de Jacarandá, quando mesmo tendo encontrado felicidade após a morte da esposa, silenciou esse sentimento, em virtude do que a sociedade esperaria dele como viúvo, ou seja, aguardando manifestações de tristeza. Relacionando tais ideias com a morte, ressalta-se que existem valores normativos hegemônicos, onde a morte é entendida como algo triste e cruel, porém existem também os valores periféricos, onde pode haver sentimentos como a alegria e o alívio, mesmo que haja o seu silenciamento ou apagamento pelas forças hegemônicas.

4.2.6 Considerações Finais

O presente estudo, desenvolvido com base metodológica na Análise Dialógica do Discurso e com base teórica na filosofia do Círculo de Bakhtin, buscou analisar os sentidos que a morte assume, na perspectiva de pessoas velhas.

Após a análise dialógica, foi possível descrever as experiências mais significativas relacionadas à morte na visão dos sujeitos, contemplando a morte de avós, pais, irmãos, sobrinhos, amigos e artistas e a partir daí, foi possível analisar os sentidos construídos para a morte nessa interlocução, que de forma singular e ambígua representaram: a morte como algo que faz parte da vida; como um castigo em caso de mau passo na vida; como uma ruptura; como um convite à lembrança

de nossa finitude; como um convite de Deus à vida Eterna; como possibilidade de aprendizado e amadurecimento; como alívio; como algo inexplicável e triste e; como um choque.

Nessa análise, reitera-se que os resultados desse estudo não permitem generalizações, pois refletem produções discursivas elaboradas por pessoas situadas em uma determinada cultura, que se dispuseram a participar de atividades com a linguagem e com o outro, por um tempo específico. Além disso, reflete um posicionamento pela valorização da singularidade dos sentidos construídos para a morte, considerando as forças hegemônicas que buscam normatizar comportamentos e sentimentos e as forças periféricas, que denotam o oposto. Entretanto, tal estudo pode servir como referência aos profissionais de saúde, no cuidado a pessoas velhas, visando o enaltecimento de sua autonomia, qualidade de vida, promoção à saúde e construção e reconstrução de sentidos sobre o vivido.

Como contribuição social acredita-se que os diálogos com o outro, envolvendo histórias sobre a morte, congregam seu valor na medida em que as interlocuções acerca dessa experiência universal, contribuem para seu reconhecimento individual e social. Destarte, convocam a conversas mais amplas sobre o tema, denotando sua dimensão como um ato de responsabilidade que, como um dever concreto, deve ocupar um lugar factível nas relações sociais e profissionais, na interface com as pessoas idosas, condicionado ao lugar único que se ocupa no contexto da vida.

4.2.7 Referências

1. Ariés, P. História da morte no ocidente – da idade média aos nossos dias. Philippe Ariés; tradução Priscila Viana de Siqueira (ed Especial). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
2. Koenig, Anne Maris.; Teixeira, Luciana de Almeida Silva. Reflexões sobre a morte e o morrer. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 30, e3157, 2022. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN242031571>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/qMhFsGnBRVYGGSY64Xv5bjH/?lang=pt>

3. Braga, Cláudio França; Braga, Sara Aparecida França Herthel; Virgínio Cândido, Tosta de Souza . Vade mecum sobre o morrer e a morte. *Rev. bioét. (Impr.)* ; 29(4): 727-733, out.-dez. 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294506> . Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2540.

4.Sallnow, Libby; Smith, Richard ; Ahmedzai, Sam H; Bhadelia, Afsan; Chamberlain, Charlotte; Cong, Yali and others. Report of the *Lancet* Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, Vol. 399, No. 10327. Published: January 31, 2022. Disponível em: <https://www.thelancet.com/commissions/value-of-death>

5.Kellehear A. Compassionate cities: global significance and meaning for palliative care. *Prog Palliat Care*. 2020;28:115–119. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09699260.2019.1701835>

6.Wang H, Abbas KM, Abbasifard M, et al. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1160–1203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620309776>

7.Menezes,TMO; Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciênc. saúde colet.* 19 (08) Ago 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.05462013>

8. Liu, Yanping; Schalkwyk, Gertina J van. Death preparation of Chinese rural elders. *Death Stud*. 2019;43(4):270-279. doi: 10.1080/07481187.2018.1458760. Epub 2018 Sep 14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757095/>

9.Bakhtin, M. M. Para uma filosofia do Ato Responsável. (tradução aos cuidados de Valdemir Miotello & Carlos Alberto Faraco). São Carlos: Pwdro & João Editores, 2017.

10.Macedo, JL. A mentira terapêutica e o silenciamento do idoso e do morrer. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* (35) • May-Aug 2020 pp.237-259 • <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.12.a>

11.Meichsner, Franziska; O'Connor, Monique; Skritskaya, Natalia; Shear, Katherine M. Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 May;28(5):560-569. doi: 10.1016/j.jagp.2019.12.010. Epub 2020 Jan 11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037292/>

12.Faraco, CA. Linguagem & Diálogo – As ideias linguísticas do Círculo e Bakhtin. São Paulo: Parábola editorial, 2009.

13.Massi, Giselle; Miller, Maria Cristina, Chaves; Wosiacki, Frances Tockus; Paisca, Adriele; Lima, Roxele Ribeiro; Tonocchi, Rita; Hey, Ana Paula. Autonomia e velhice participativa: um trabalho dialógico. Rev. CEFAC 21 (6) • 2019 • <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921614219>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/BKW3dr6jFf8zzHpqKqWKJ3K/?format=pdf&lang=pt>

14.Machado, R. D. S., Lima, L. A. D. A., Silva, G. R. F. D., Monteiro, C. F. D. S., & Rocha, S. S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*, 20(45), 91-97. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>.

15.Brait, Beth. Bakhtin e outro conceitos chave. 2ª ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2018.

16.IBGE. Procedimentos para obtenção de uma Tábua Completa de Mortalidade a partir de uma Tábua Abreviada – Brasil 2014. Disponível em: file:///C:/Users/anapaula/Downloads/Metodologia_para_transformar_uma_tabua_abreviada_em_completa_de_mortalidade.pdf

17.Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

18.IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. Editoria: Estatísticas Sociais. 26/11/2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>

19.Cepellos, Wanessa Martines. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. Pensata . Rev. adm. empres. 61 (2); 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFnzHKyBhqGPc4j/?lang=pt#>

20.Cavalcanti, Karla ; Mendes, Jogilmira Macêdo Silva; Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga ; Martins, Kaisy Pereira; Janyne de Lima, Raquel; Macêdo, Patrícia Kelly Guedes. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. Av Enferm. 2016;34(3):259-267. doi: 10.15446/av.enferm.v34n3.60248. disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n3/v34n3a06.pdf>

21. Massi, Giselle; Pelaes de Carvalho, Telma; Paisca, Adriele; Guarinello, Ana Cristina; Hey, Ana Paula; Berberian, Ana Paula; Tonocchi, Rita. Promoção de saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência: uma pesquisa dialógica. Saúde e Pesqui. 2020 jan-mar; 13(1): 7-17 - e-ISSN 2176-9206.

DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p7-17>. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7517/6196>

22. Camara, Sergio Lucas; Bassani, Marlise A. (2019). Estudos em psicologia sobre morte, luto, religião e espiritualidade: uma revisão da literatura brasileira. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 39(96), 129-140. Recuperado em 15 de julho de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100013&lng=pt&tlng=pt

23. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características pessoais e socioeconômicas pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos* 2015; 14 (1): 115-31. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830>

24. Brasil. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

25. Souza, Christiane Pantoja de; Souza, Airle Miranda de. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. *Psicologia Clínica e da Cultura. Psic.: Teor. e Pesq.* 35, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/McMhwzWgJZ4bngpRjL4J8xg>

26. Stella, Paulo Rogério; Brait, Beth. Tensão e produção de sentidos em Bakhtin e o círculo. 21(1); 2021: Linguagem em (Dis)curso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-210109-8420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ld/a/Vgpz5tcH8pPkqR3p3BGfHVy/?lang=pt&format=pdf>

27. Bosi, Ecléia. Memória e Sociedade: Lembranças de velhos. 19ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

28. Feichsner F. O'Connor M; Skritskaya N; Shear MK. Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 May;28(5):560-569. doi:10.1016/j.jagp.2019.12.010. Epub 2020 Jan 11. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.12.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32037292/>

29. Boelen, Paula A; Olf, Miranda; Smid Geert E. Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *Eur J Psychotraumatol*. 2019; 10(1): 1591331. Published online 2019 Apr 15. doi: 10.1080/20008198.2019.1591331. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7593703/pdf/ZEPT_10_1591331.pdf

30. Petry, Sarah Elizabeth; Hughes, Dalton; Galanos, Anthony. Grief: The Epidemic Within an Epidemic. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Apr;38(4):419-422. doi:

10.1177/1049909120978796. Epub 2020 Dec 7. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7723733/>

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Ana Paula Hey discente do Curso de Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, te convido, a participar de um estudo intitulado “HISTÓRIAS DE MORTE, MORRER E LUTO CONTADAS POR PESSOAS IDOSAS”.

a) O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos da morte, do morrer e do luto na perspectiva de pessoas idosas.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma ou mais de uma entrevista, em que estarão presentes você e a pesquisadora, conversando (dialogando) sobre suas histórias de morte, morrer e luto. As entrevistas serão gravadas para que depois, possam ser feitas a análise dos dados.

c) Para tanto, o pesquisador e você, acessarão um link que será enviado via celular e via email para acesso a um programa para a realização de reuniões virtuais denominado Teams^R. Em caso de dúvida para baixar ou acessar o programa a pesquisadora irá te auxiliar. Os encontros virtuais serão agendados em horário de sua escolha para a realização das entrevistas. O acesso à reunião virtual pode ser feito pelo celular ou pelo computador, que podem ser realizadas em sua casa. Os encontros para as entrevistas terão duração de aproximadamente cinquenta minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a não conseguir responder alguma pergunta ou não compreender o significado da pergunta. Além disso, pode se sentir cansado em responder.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser você ficar constrangido em responder e não querer continuar sua participação ou até mesmo, se emocionar durante a sua fala.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são contribuir para os estudos que envolvem o final da vida, a morte, o morrer e o luto. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) A pesquisadora Ana Paula Hey, responsável por este estudo poderá ser localizada pelo email anapaulahey@hotmail.com e pelo celular número 41-

988088696, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, que são os pesquisadores descritos nesse Termo de Consentimento. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido nesse estudo, que será a entrevista gravada, será utilizado unicamente para essa pesquisa e descartado por meio de apagamento do arquivo eletrônico e apagamento da gravação da entrevista ao término do estudo, dentro de dois anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, que são as despesas com impressão de documentos, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Você terá a garantia de que problemas como: ficar constrangido com alguma pergunta feita à você; não querer responder alguma pergunta; querer parar a entrevista; não aceitar participar do estudo; desistir de participar; decorrentes do estudo serão respeitados pelo pesquisador. Sua opinião e decisão será respeitada. Caso surjam sentimentos que mobilizem emoções desagradáveis como tristeza, angústia, melancolia, você pode ser encaminhado à Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. Esse atendimento será gratuito, você não precisará pagar por isso, e pelo tempo que for necessário, conforme prevê a Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2).

m) Caso haja necessidade de seu deslocamento para atendimento na clínica de psicologia a pesquisadora responsável pelo estudo irá ressarcir as despesas que você tiver para o transporte e também alimentação, mas não se restringindo a eles conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.21 e IV.3.g.

n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

o) Após conclusão do estudo enviaremos os resultados do estudo à você por meio de e-mail. Caso você não possua e-mail, basta fornecer seu endereço e que enviaremos o material via correios, (atendendo a norma operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.14) e é preciso informá-lo que você tem o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa conforme preconiza a Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.h.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668 / e-mail: comitedeetica@utp.br. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 245, Sala 04 - Bloco PROPPE. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, _____
_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 20____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Nome e Assinatura do Pesquisador]

APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO NORTEADOR DA PRÁTICA DIALÓGICA

1. Na sua vida, você vivenciou perdas relacionadas a morte de pessoas importantes para você? Poderíamos conversar sobre isso? Quem são essas pessoas?
2. Dessa vivência, o que foi mais marcante para você?
3. O que essa experiência significou para você?
4. Esse processo de perda/ luto, teve efeitos na tua qualidade de vida? Podemos falar sobre isso?
5. O que a morte significa para você?

ANEXO 1 – GUIA CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) APLICADO AO ESTUDO

Quadro 9 - Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº item	Tópico	Perguntas/ Descrição do guia	Página
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/ facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	65
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	65-66
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	65-66
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	65-66
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	65-66
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	66
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	66
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	66
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	66
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve	66
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail	66
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	66
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	66
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	67
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	67
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta	67
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	67
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	67
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	67
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	67
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	67

22	Saturação dos dados	A saturação de dados foi discutida?	67
Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº item	Tópico	Perguntas/ Descrição do guia	Página
23	Devolução de transcrição	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	Não se aplica
Domínio 3: Análise e resultados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	Não se aplica
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	Não se aplica
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	Não se aplica
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	Não se aplica
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	67
	Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	68
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	68
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	68
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	68

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE TUIUTI DO
PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HISTÓRIAS DE MORTE, MORRER E LUTO CONTADAS POR VELHOS

Pesquisador: ANA PAULA HEY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37247920.5.0000.8040

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.352.608

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativo, tendo como base a análise dialógica do discurso, para compreender os sentidos da morte, do morrer e do luto na perspectiva de pessoas velhas. Os dados serão levantados junto 10 idosos, com idade igual ou superior a 76 anos, residentes no município de Curitiba, por meio de entrevista semiestruturada, até a análise dos mesmos. As entrevistas serão gravadas, para posterior transcrição, análise e discussão. Os participantes serão selecionados por amostragem "bola de neve", e a entrevista ocorrerá por um software para vídeo conferências.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os sentidos da morte, do morrer e do luto na perspectiva de velhos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos de desconforto na entrevista. Sem benefícios materiais aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável, com riscos mínimos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo

Bairro: SANTO INACIO

CEP: 82.010-330

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3331-7668

Fax: (41)3331-7668

E-mail: comitedeetica@utp.br

UNIVERSIDADE TUIUTI DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.352.608

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa viável, com riscos mínimos. Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1624068.pdf	29/09/2020 08:59:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_6.pdf	29/09/2020 08:59:18	ANA PAULA HEY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	29/09/2020 08:58:55	ANA PAULA HEY	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	02/09/2020 10:28:40	ANA PAULA HEY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 21 de Outubro de 2020

Assinado por:
Maria Cristina Antunes
(Coordenador(a))

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Essa tese objetivou analisar o impacto do processo do luto na qualidade de vida de pessoas adultas e pessoas idosas, bem como os sentidos que o processo de morrer e o processo de luto assumem, na perspectiva de pessoas idosas, sendo realizada por meio de dois estudos, respectivamente.

No primeiro estudo, a revisão sistemática da literatura, demonstrou que o impacto do luto na qualidade de vida de pessoas enlutadas adultas e idosas ocorre de forma significativa, com redução importante em seus domínios quando em comparação com a população geral. Os estudos foram realizados com cuidadores familiares de pessoas com doenças avançadas, em fase final de vida e explicitou que as alterações na qualidade de vida ocorrem antes e após a morte do familiar, com maior significância no primeiro ano após a morte, sendo o domínio mais afetado, o componente mental. Como limitações desse estudo, destaca-se o risco de viés de diversas publicações, que não acompanharam os participantes após um ano da morte do familiar e ainda, estudos que não tinham um tempo pré-determinado para essa avaliação. Considera-se ainda uma limitação, o fato desses estudos não envolverem enlutados por mortes originárias de traumas, violências e outras demandas abruptas, o que inviabilizaria a avaliação da qualidade de vida antes da morte, pois não há como prever a ocorrência de tais eventos.

Observou-se assim importância da existência de uma rede social de apoio, visto que processos mais complicados de luto podem estar associados a redução drástica da qualidade de vida, sintomas depressivos e ainda, risco de suicídio, afetando o sujeito de forma singular e, ainda, a sociedade como um todo.

Considerada uma avaliação global do processo de luto, não é possível aplicar a conclusão desse estudo a todas as pessoas. Como contribuição social, acredita-se que seus resultados podem servir como referência aos profissionais de saúde, no cuidado a pessoas enlutadas, de forma a compreender as características do impacto do luto na qualidade de vida e ainda, os domínios mais afetados da qualidade de vida, dentre eles essencialmente o componente mental.

No segundo estudo, foi possível reconhecer a singularidade e a ambivalência dos sentidos que o processo de morte e o processo de luto assumiram na perspectiva dos participantes, representando desde algo que faz parte da vida, um

convite à lembrança de nossa finitude, a possibilidade de aprendizado e amadurecimento, bem como o oposto, um castigo em caso de má conduta, uma ruptura, algo inexplicável e triste e algo que se assemelha a um choque. Como limitações desse estudo, avulta-se que não é possível tornar esses sentidos universais, pois tais experiências são individuais e situadas em espaço/ tempo. Como contribuição social acredita-se que tal estudo demonstra que o processo do luto pode ser infindo, por mais que a experiência dual entre a dor e a resignificação da vida ocorra no polo da dor de forma mais intensa logo após a morte, o polo da resignificação estará presente.

Como contribuições dessa tese, coloca-se que os dois estudos convergem na medida em que buscam analisar visões plurais e também singulares do processo de morrer e do processo de luto. A análise da pluralidade da experiência do processo de luto, avaliando o impacto do luto na qualidade de vida dos enlutados, pode contribuir para a estruturação de políticas públicas e melhores redes de apoio sociais e profissionais voltadas àqueles que convivem com pessoas com doenças graves e em fase final de vida, já que o luto pode ocorrer de forma antecipatória à morte; envolvendo ainda o paciente que pode ter luto preparatório. Devem ainda, contemplar, àqueles que já perderam entes queridos de forma contígua. Já a análise singular dos sentidos desse processo, convoca ao diálogo com a diversidade e a conformidade, o inusitado e o ordinário, o banal e o excepcional, o contraditório e o consonante. Tal convite também busca a valorização da individualidade dos sujeitos, visto que as experiências humanas e suas repercussões têm impactos diferentes para cada ser. O diálogo com essas histórias é um convite à reflexão sobre essas ambivalências, que muitas vezes é rejeitada pela sociedade, que busca a normatização e a pluralização do processo de luto. Assim, pensa-se primordial oferecer espaços de diálogo sobre o tema, considerando a especificidade desse painel.

Como contribuição social, acredita-se que a reflexão sobre a temática desta tese, enfatiza a importância do equilíbrio entre ações e reflexões que percorram a pluralidade no processo do morrer e do processo do luto e outras, que contemplem a singularidade diante desse cenário. Reconhecer que somos interconectados e também somos distintos, tende a contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas científicas e sociais para pessoas enlutadas. Mediante o diálogo com o

outro pratica-se a historicidade vivida e estende-se a potência da unicidade do ser e a autenticidade do sujeito se constrói, de forma que possa ter pensamento crítico em sua realidade concreta. Ao perceber-se único, o sujeito tende a não ficar indiferente às suas necessidades e seus sentimentos, sendo compelido a posicionar-se, o que certamente pode auxiliar na melhoria da sua qualidade de vida e conseqüentemente a qualidade de vida das populações em geral.

6. REFERÊNCIAS

- Almeida, Thiago de; Lourenço, Maria Luiza. Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 233-244, maio/ago. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315184536_Reflexoes_conceitos_estereotipos_e_mitos_acerca_da_velhice
- Ariés, Philippe, 1914-1984. O homem diante da morte. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
- Bakhtin, M. M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Bakhtin, M. M. Para uma filosofia do Ato Responsável. (Tradução aos cuidados de Valdemir Miotello & Carlos Alberto Faraco). São Carlos: Pedro & João Editores, 2017.
- Bosi, Ecléa. Memória e Sociedade – Lembranças de velhos. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- Brait, Beth. Bakhtin e outros conceitos chave. 2ª ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2018.
- Beauvoir, Simone de. A Velhice. (tradução Maria Helena Franco Martins). 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- Faraco, CA. Linguagem & Diálogo – As ideias linguísticas do Círculo e Bakhtin. São Paulo: Parábola editorial, 2009.
- Franco MHP. O luto no século 21 – Uma compreensão abrangente do fenômeno. 1ª ed. São Paulo: Summus, 2021.
- Frumi C, Celich KLS. O olhar do idoso frente o envelhecimento e à morte. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano 2006; 3(2):92-100. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/78>
- Kovács, Maria Julia. Educação para a morte. Psicologia ciência e profissão, 2005, 25 (3), 484-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/?lang=pt>
- Kübler-Ross, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. (tradução Paulo Menezes). 9ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.
- Lima, Sandra Mara Moraes. Sujeito em Bakhtin: autoria e responsabilidade. Percursos linguísticos. Dossiê- o dialogismo nos estudos contemporâneos da linguagem 8(19): 2018. ISSN: 2236-2592.
- Maccallum, F; Bryant, R.A. A Network Approach to Understanding Quality of Life Impairments in Prolonged Grief Disorder. J Trauma Stress, 2020 Feb;33(1):106-115. doi: 10.1002/jts.22383. Epub 2019 Apr 8.

Massi G, Berberian AP, Guarinello AC, Lourenço RCC, Tonocchi R. Language and aging: written autobiographical practices with elderly. Rev. CEFAC. 2015;17(6):2065-71. 7. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/kv9QxXpcLxG8JLmWxCrr9xz/?format=pdf&lang=en>

Menezes,TMO; Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. Ciênc. saúde colet. 19 (08) Ago 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.05462013>

Norbert, Elias. A solidão dos moribundos: seguido de "Envelhecer e morrer". Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Parkes, Colin Murray. Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1998.

Parkes, Collin Murray. Grief: lessons from the past, visions for the future. Death Stud. 2002 Jun;26(5):367-85. doi: 10.1080/07481180290087366.

Ribeiro Mariana dos Santos, Borges Moema da Silva, Araújo Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de, Souza Mariana Cristina dos Santos. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Dec 02] ; 20(6): 869-877. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600869&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083>

Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Revista Brasileira de Enfermagem 2010; 63(6):1035-1039. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/9H43x4GWRnd8sJXHYPw6b8x/abstract/?lang=pt>

Silva, FJG; Santos, LCS; Moura, PVS; Silva, BM; Monteiro, CFS. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 64 (6) • Dez 2011 • <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600020> . Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/q4ZgnwNMLv5MgsVsxC6NGQk/>

Stroebe; Schut, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. Death Stud. 1999 Apr-May;23(3):197-224. doi: 10.1080/074811899201046. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10848151/>

