

Artigo original

Freitas MA, Alvarez AM, Nagel D, Lenhani BE, Lentsck MH, Baratieri T.

Vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250318.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250318.pt>

Vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa

The experience of grief among elderly people after the loss of a family member or significant person

Experimentar el duelo em personas mayores después de la pérdida de um familiar o uma persona significativa

Maria Alice de Freitas^a <https://orcid.org/0000-0003-4193-9551>

Angela Maria Alvarez^b <https://orcid.org/0000-0002-2622-3494>

Daniel Nagel^c <https://orcid.org/0000-0002-8089-589X>

Bruna Eloise Lenhani^d <https://orcid.org/0000-0002-6009-3400>

Macon Henrique Lentsck^d <https://orcid.org/0000-0002-8912-8902>

Tatiane Baratieri^d <https://orcid.org/0000-0002-0270-6395>

^aInstituto Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Joinville, SC, Brasil.

^bUniversidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

^cUniversity of Manitoba, College of Nursing. Winnipeg, Canadá.

^dUniversidade Estadual do Centro Oeste. Departamento de Enfermagem. Guarapuava, PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Freitas MA, Alvarez AM, Nagel D, Lenhani BE, Lentsck MH, Baratieri T. Vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250318. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250318.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender a vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa.

Método: Pesquisa qualitativa sustentada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados construtivista, realizada em três Unidades Básicas de Saúde da Família no norte de Santa Catarina, entre julho de 2022 e fevereiro de 2023. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 24 pessoas idosas enlutadas e analisados por codificação inicial e focalizada, com apoio do software NVivo®.

Resultados: A análise dos dados permitiu identificar, como categoria central, a vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa, constituída pelas seguintes subcategorias: identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde; encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda; e recebendo suporte dos profissionais de saúde.

Considerações finais: A vivência da perda entre pessoas idosas é fortemente mediada pelas interações com os serviços de saúde durante o adoecimento e a morte do familiar, em um contexto ainda permeado por relações assimétricas entre profissionais e usuários e por fragilidades na comunicação. Em contrapartida, a Atenção Primária à Saúde demonstrou potencial para o estabelecimento de vínculo, escuta e acompanhamento no território de pessoas idosas enlutadas.

Descritores: Idoso; Luto; Assistência de Saúde Universal; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the experience of grief among elderly people after the loss of a family member or significant person.

Method: Qualitative research supported by the theoretical-methodological framework of constructivist Grounded Theory, carried out in three Basic Family Health Units in Northern Santa Catarina, between July 2022 and February 2023. Data were collected through semi-structured interviews with 24 bereaved elderly individuals and analyzed by initial and focused coding, with the support of NVivo® software.

Results: The data analysis allowed us to identify the experience of grief among elderly people after the loss of a family member or significant person as the central category, consisting of the following subcategories: identifying the power position of healthcare professionals; finding themselves without clarification at the time of loss; and receiving support from healthcare professionals.

Final considerations: The study showed that the experience of loss among elderly people is strongly mediated by interactions with healthcare services during the illness and death of a family member, in a context still permeated by asymmetrical relationships between professionals and users and by weaknesses in communication. In contrast, Primary Health Care demonstrated potential for establishing bonds, attentive listening, and follow-up care within the community for bereaved elderly people.

Descriptors: Aged; Bereavement; Universal Health Care; Health Services.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de duelo en adultos mayores tras la pérdida de un familiar o persona significativa.

Método: Investigación cualitativa, sustentada en el marco teórico-metodológico de la Teoría Fundamentada constructivista, realizada en tres Unidades Básicas de Salud Familiar del norte de Santa Catarina, entre julio de 2022 y febrero de 2023. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas con 24 adultos mayores en duelo y se analizaron mediante codificación inicial y focalizada, con el apoyo del software NVivo®.

Resultados: El análisis de datos permitió identificar la experiencia de duelo en adultos mayores tras la pérdida de un familiar o persona significativa como la categoría central, compuesta por las siguientes subcategorías: identificar la posición de poder de los profesionales de la salud; sentirse sin claridad en el momento de la pérdida; y recibir apoyo de los profesionales de la salud.

Conclusión: El estudio demostró que la experiencia de pérdida en las personas mayores está fuertemente mediada por las interacciones con los servicios de salud durante la enfermedad y el fallecimiento de un familiar, en un contexto aún caracterizado por relaciones asimétricas entre profesionales y usuarios, así como por deficiencias en la comunicación. Por el contrario, la Atención Primaria de Salud demostró potencial para establecer vínculos, escuchar y brindar apoyo a las personas mayores en duelo en sus comunidades.

Descriptores: Anciano; Aflicción; Atención de Salud Universal; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O luto é uma resposta natural à experiência da perda. Apesar dos avanços na área de pesquisa em saúde sobre a perda de alguém significativo e suas consequências, o fenômeno do luto só tem sido recentemente estudado e reconhecido em relação à sua interferência na saúde das pessoas que o vivenciam. A narrativa das pessoas enlutadas aponta para a necessidade de uma melhor preparação para o luto e para a importância de receber dos profissionais de saúde informações precisas, utilizando linguagem inclusiva durante todo o processo de cuidado ao próximo, bem como durante a perda e o enlutamento, sobretudo nos locais de atendimento que estão mais próximos aos enlutados, como a saúde comunitária⁽¹⁾.

Apesar de ser um fenômeno que recentemente preocupa os profissionais e estudiosos da área da saúde, a assistência a pessoas que vivenciam a perda e o luto é uma experiência constante nas instituições de saúde. Os profissionais podem e devem colocar-se como integrantes da rede de apoio para os familiares e amigos daqueles que se foram, atuando na prevenção do luto patológico e propiciando a livre expressão das emoções, dos diferentes sentimentos e das complexidades relacionadas a tal fenômeno, contudo, não é o que se observa nas instituições de saúde, em quaisquer um dos níveis de atenção. Dessa maneira, aos profissionais são necessários recursos que os auxiliem a promover um cuidado aos enlutados livre de estigmas e com potencialidade para promover mudanças institucionais em relação à cultura do cuidado às pessoas que vivem o luto^(1,2).

Durante o envelhecimento, a perda de uma pessoa próxima é uma situação recorrente. Contrariando os estigmas sociais, as pessoas idosas não estão necessariamente mais aptas a dizer adeus aos seus entes, e muitas delas apresentam dificuldades para processar a perda e seguir com uma rotina considerada satisfatória. Parte da população que apresenta tais dificuldades desenvolve a forma patológica do luto, com sintomas graves que se relacionam a uma série de problemas físicos e psicológicos, como depressão, transtornos de ansiedade, sentimentos de solidão e isolamento⁽²⁻⁴⁾.

Assim, é necessária a sistematização dos conhecimentos sobre os processos de terminalidade, morte e luto por parte dos profissionais de saúde, que incluam as implicações para a prática assistencial, reconhecendo e analisando as demandas de pessoas que sofreram a perda de pessoas próximas e vivenciam o luto. Há que se considerar que as experiências ligadas a tal fenômeno são singulares e, portanto, complexas, não havendo uma lógica normatizadora que possibilite uma prática de cuidados sem reflexões profundas e contínuas⁽⁵⁾. Alicerçados nessa temática e na importância de compreender a vivência do luto na velhice, o presente estudo questiona: como as pessoas idosas vivenciam o luto após a perda de um familiar e/ou pessoa significativa? Tem como objetivo compreender a vivência do luto em pessoas idosas após a perda de um familiar e/ou pessoa significativa.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sustentada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados construtivista (TFD)⁽⁶⁾, utilizada para compreender processos sociais a partir da construção interpretativa dos significados atribuídos pelos participantes às suas experiências. Para assegurar rigor metodológico e transparência na descrição do estudo, foram seguidas as recomendações do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽⁷⁾.

A pesquisa foi realizada no território comunitário de três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de um município da região norte do estado de Santa Catarina, Brasil, no contexto da Atenção Primária à Saúde. A escolha desse cenário justifica-se pelo fato de a Atenção Primária constituir o principal ponto de contato entre as pessoas idosas e o sistema de saúde, além de possibilitar a identificação e o acesso a pessoas idosas residentes no território que vivenciaram experiências de perda e luto.

Participaram do estudo 24 pessoas idosas vinculadas aos territórios das UBSF. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; ter vivenciado a perda de uma pessoa próxima ou significativa (familiares, cônjuge ou pessoas com vínculo afetivo) há mais de 30 dias; e residir no território de abrangência das unidades de saúde participantes. Foram excluídas pessoas idosas que apresentavam dificuldades auditivas ou de fala que impossibilitassem a comunicação durante a entrevista, devido à ausência de membro na equipe de pesquisa capaz de viabilizar a entrevista nesses casos.

Para os fins deste estudo, considerou-se como “pessoa próxima” os familiares que mantiveram convivência direta com os participantes, compartilhando o mesmo domicílio. Assim, o critério de proximidade foi definido prioritariamente pela experiência cotidiana de

convivência, e não exclusivamente pelo grau formal de parentesco. Dessa forma, buscou-se contemplar vínculos afetivos e relacionais significativos, reconhecendo que a intensidade da proximidade pode estar mais relacionada à vivência compartilhada do que à posição genealógica na estrutura familiar.

Em relação ao tempo decorrido entre a perda e a entrevista, não foi delimitado um período máximo específico. Essa decisão metodológica foi adotada com o objetivo de ampliar a compreensão dos significados atribuídos à experiência do luto, permitindo abarcar diferentes momentos e fases desse processo. Considerou-se que a inclusão de participantes em distintos tempos de enlutamento favorece a identificação e a análise de códigos emergentes relacionados às múltiplas manifestações do luto, bem como possibilita compreender de que maneira as pessoas idosas atribuem significado aos acontecimentos vivenciados ao longo do tempo⁽⁶⁾. Dessa forma, buscou-se captar a dinamicidade e a complexidade do processo de elaboração do luto nessa população.

A identificação dos potenciais participantes foi realizada com apoio das enfermeiras e dos agentes comunitários de saúde das UBSF, que indicaram pessoas idosas em situação de perda e luto. Após essa identificação inicial, a pesquisadora entrou em contato com os possíveis participantes via telefone para apresentar o estudo e realizar o convite para participação. Nos casos de aceite, foi agendada visita domiciliar, momento em que foram explicados os objetivos, os procedimentos metodológicos e os aspectos éticos da pesquisa. A coleta de dados foi iniciada somente após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes convidados aceitaram participar do estudo.

A pesquisadora responsável pela condução das entrevistas é enfermeira e professora universitária no município onde a coleta foi realizada. Trabalhou com pesquisa qualitativa na graduação, no mestrado, no doutorado e em projetos de pesquisa de sua instituição de trabalho. Possui experiência prévia na Atenção Primária à Saúde, tendo atuado como enfermeira nesse nível de atenção por oito anos. Contudo, não atuou nas unidades de saúde em que ocorreu a coleta de dados do presente estudo.

No que se refere à relação pesquisador-participante, as pessoas idosas que participaram da pesquisa não conheciam previamente a pesquisadora. As informações inicialmente apresentadas aos participantes eram de que se tratava de uma enfermeira, estudante de doutorado, que estava realizando uma pesquisa com pessoas idosas que haviam vivenciado perda e luto. Caso os participantes demonstrassem interesse em obter maiores

esclarecimentos sobre a formação ou a experiência da pesquisadora, essas informações eram prontamente fornecidas.

A coleta de dados ocorreu entre julho de 2022 e fevereiro de 2023, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas no domicílio dos participantes, em horários previamente acordados. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, previamente treinada em pesquisa qualitativa e no referencial metodológico adotado. Considerando o período da pandemia de COVID-19, foram adotadas medidas de biossegurança durante a realização das entrevistas, incluindo o uso de máscara N95, a higiene frequente das mãos e a manutenção de distanciamento físico quando necessário.

Durante as entrevistas não havia presença de outras pessoas, permanecendo apenas a pessoa idosa participante e a pesquisadora. Os agentes comunitários de saúde conduziam a pesquisadora até o domicílio do participante e realizavam a apresentação inicial, retornando posteriormente para a unidade de saúde antes do início da entrevista.

O roteiro inicial das entrevistas foi elaborado a partir do conhecimento prévio sobre o enlutamento de pessoas idosas, construído na etapa de realização do projeto de pesquisa, e observando as orientações para formulação de roteiros disponibilizados por Charmaz⁽⁶⁾. As entrevistas partiram de questões abertas relacionadas à percepção da pessoa idosa sobre o cuidado em saúde recebido durante a experiência de perda e a vivência do luto. À medida que os dados foram sendo analisados e novas hipóteses emergiam, questionamentos adicionais, mais focalizados, foram incorporados às entrevistas subsequentes, abordando aspectos como o acesso aos serviços de saúde, interações com profissionais e experiências de cuidado durante o processo de luto. O procedimento de inclusão de novos questionamentos no decorrer da coleta e análise dos dados, está alinhado ao que recomenda a TFD⁽⁶⁾. As entrevistas tiveram duração média de 1h 10min.

As fontes de dados foram constituídas por 24 entrevistas iniciais, quatro segundas entrevistas realizadas com participantes selecionados para explorar aspectos emergentes e mais de 40 memorandos analíticos elaborados durante o processo de coleta e análise. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com autorização dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra.

Na Teoria Fundamentada nos Dados, as notas de campo são denominadas memorandos analíticos⁽⁶⁾. Esses registros foram realizados durante as entrevistas, quando necessário, imediatamente após as entrevistas e também ao longo do processo de codificação dos dados. Os dados foram organizados e gerenciados com o auxílio do software de análise

qualitativa NVivo®, que auxiliou na sistematização, na codificação e na recuperação dos dados empíricos ao longo do processo analítico.

A análise seguiu os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados construtivista⁽⁶⁾ envolvendo as etapas de codificação inicial e codificação focalizada. Na codificação inicial, os dados foram examinados linha a linha, buscando identificar ações, significados e processos presentes nos relatos das pessoas participantes. Esses códigos iniciais foram posteriormente comparados de forma constante, permitindo identificar similaridades e diferenças entre as experiências relatadas. Esse processo foi acompanhado da elaboração de memorandos analíticos, que auxiliaram na reflexão teórica e no refinamento das interpretações.

A codificação foi realizada pela pesquisadora principal. Após o estabelecimento das categorias analíticas, o material foi revisado por outros dois pesquisadores doutores com experiência em pesquisa qualitativa. Na etapa de codificação focalizada, os códigos mais significativos e recorrentes foram agrupados e reorganizados, permitindo a construção progressiva de subcategorias analíticas e de uma categoria central com potencial explicativo sobre o fenômeno investigado⁽⁶⁾.

Ao longo do processo analítico, foram identificadas três subcategorias que se articulam em torno de uma categoria central relacionada à percepção da pessoa idosa sobre o cuidado em saúde recebido durante a vivência do luto.

A árvore de codificação foi construída a partir da análise interativa dos dados, que se trata do processo contínuo e cíclico no qual a coleta e a análise de dados ocorrem simultaneamente, seguindo os princípios da Teoria Fundamentada nos Dados⁽⁶⁾. Inicialmente, foram identificados códigos abertos nas entrevistas, que posteriormente foram agrupados por similaridade conceitual, originando subcategorias. Essas subcategorias foram integradas em categorias mais amplas, que representam dimensões da experiência de luto no contexto dos cuidados em saúde. Durante todo o processo, foi utilizada a técnica de comparação constante, que pode ser explicada como um processo contínuo no qual, à medida que novos dados, são coletados, eles são imediatamente comparados com os códigos e categorias já existentes, perpassando três níveis de comparação: códigos com os códigos (incidentes específicos nos dados como frases e ações que são comparados para criar códigos; códigos com categorias (códigos são comparados com categorias emergentes; e categorias com categorias (categorias conceituais são comparadas para refinar suas propriedades e dimensões)⁽⁶⁾.

A coleta de dados foi encerrada quando se atingiu o critério de saturação teórico-empírica⁽⁸⁾, caracterizado pelo momento em que novos dados deixaram de acrescentar

informações relevantes ou novas propriedades às categorias em desenvolvimento. A decisão pelo encerramento da coleta foi tomada de forma consensual entre duas pesquisadoras, após análise independente dos dados coletados.

Com o objetivo de fortalecer a credibilidade dos achados, foi realizada a validação dos resultados junto aos participantes. Para isso, foi apresentada a quatro idosos, em entrevistas posteriores ao término da coleta e da análise dos dados, uma síntese interpretativa das categorias emergentes do estudo, redigida em linguagem acessível e compreensível para o público participante. Durante esse processo, os participantes foram convidados a comentar, confirmar ou complementar as interpretações apresentadas, permitindo verificar a consonância entre os resultados analíticos e as experiências por eles relatadas. Todos os idosos confirmaram as interpretações apresentadas. Essa etapa contribuiu para assegurar a fidedignidade das interpretações produzidas a partir dos dados.

Ressalta-se que a TFD pode gerar estudos resultantes em teorias formais, substantivas ou conjunto de categorias e proposições que explicam um processo social ou um comportamento em um contexto específico, sendo esse último o caso do presente estudo⁽⁶⁾.

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) nº 4.800.235/2021 (CAAE nº 46870421.9.0000.0121), e pela Secretaria Municipal de Saúde do município participante. A identidade dos participantes foi preservada mediante a substituição de seus nomes por códigos compostos pelas iniciais “PI” (Pessoa Idosa), seguidas de numeração sequencial⁽⁹⁾.

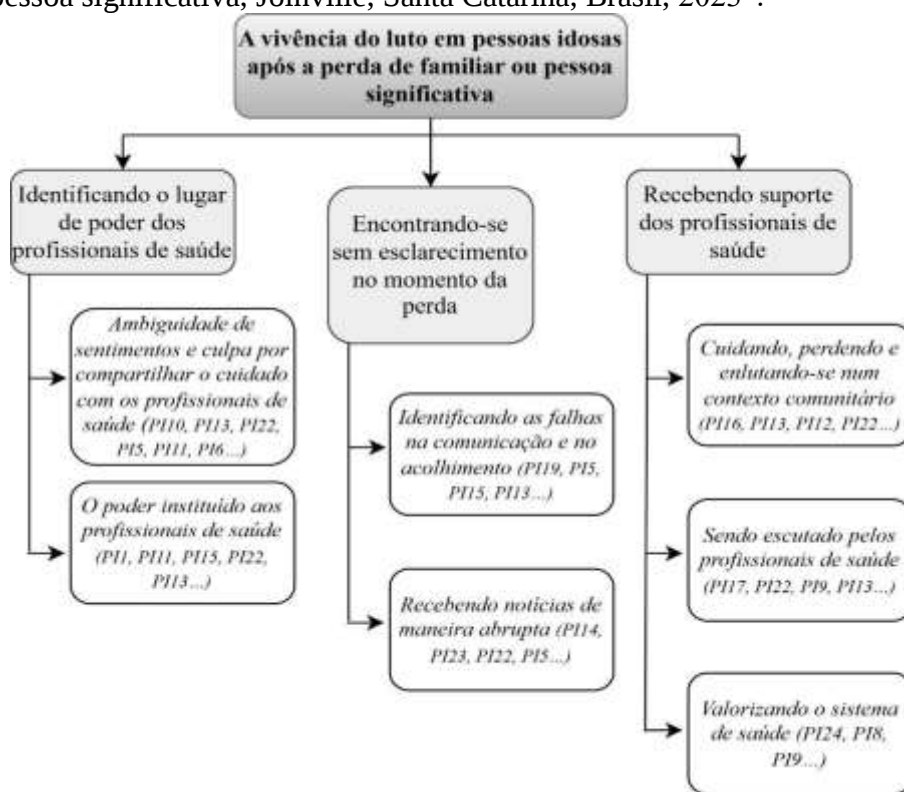
RESULTADOS

Dentre as 24 pessoas idosas participantes, oito eram vinculadas a cada uma das três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) incluídas no estudo. Houve predomínio de mulheres (18). A idade variou entre 60 e 82 anos. Com relação à moradia, oito moravam desacompanhadas, oito residiam com filhos, seis dividiam o domicílio com o cônjuge e dois com irmãos. Quanto ao grau de independência, 19 consideravam-se independentes para as atividades diárias, três semi-dependentes e um dependente. Em relação à prática religiosa, 10 declaravam-se luteranos, nove católicos, três evangélicos e um umbandista. Dentre os motivos de perda e enlutamento, 12 pessoas idosas perderam o cônjuge, quatro perderam o pai ou a mãe, três perderam filhos, dois perderam irmãos e três perderam sogro ou sogra com quem dividiam o domicílio.

Em relação às causas de morte das pessoas próximas, cinco foram em decorrência de câncer, três por acidente vascular cerebral, três por infarto agudo do miocárdio, três por COVID- 19, dois por alcoolismo, um por acidente automobilístico, um por afogamento, dois por pneumonia, e quatro não souberam especificar o que, exatamente, levou a morte dentro da instituição hospitalar. O tempo de perda decorrida da pessoa próxima variou entre dois meses até 15 anos.

Nesta pesquisa, após a identificação de diversas propriedades do fenômeno estudado, foi denominada a categoria central: vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa, bem como suas respectivas subcategorias e as dimensões de cada uma das subcategorias. A representação da árvore de codificação do presente estudo encontra-se na Figura 1.

Figura 1 - “Árvore de codificação, a vivência do luto em pessoas idosas após a perda de familiar ou pessoa significativa, Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2023”.



Fonte: Própria autora, 2023.

Subcategoria I: Identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde

A ambiguidade de sentimentos foi comum diante da finitude de uma pessoa próxima. Embora as pessoas idosas sintam medo de dizer adeus aos seus próximos, elas precisam compartilhar o cuidado e as decisões com os profissionais de saúde nesse momento. No

entanto, esse compartilhamento do cuidado vem carregado de culpa por ter que deixar seus próximos sob a responsabilidade de profissionais de saúde, sem estarem completamente seguros de suas decisões.

Essas experiências, embora situadas no período que antecede a morte, integram o processo de elaboração da perda. Na literatura, esse movimento é compreendido como luto antecipatório, no qual familiares começam a vivenciar, emocionalmente, a possibilidade da morte durante o acompanhamento do adoecimento e do cuidado ao ente querido. Assim, as decisões e as interações estabelecidas com os profissionais de saúde passam a compor a própria experiência de luto.

Também tinha a terapeuta ocupacional dela, que dizia, não interna! Aí, eu fico com a dor no peito, porque ela não queria que a gente internasse e aí ela se entregou. (PI 10)

Já tinham feito o procedimento, passado a sonda, nem tinha internado, ia ganhar alta. Daí ele parou. Ele foi pra lá só pra a passar sonda, mas ele foi e piorou. As enfermeiras disseram que ele não queria morrer em casa, aí ele paralisou, a enfermeira não deixou trazer, não podiam liberá-lo assim, mas ele ficou no corredor, e aí ele faleceu. (PI 13)

Só que, bem no dia que ele piorou, minha filha queria ficar no hospital, eu não queria, mas deixei. Quando deu meio-dia, ela me ligou que ele estava passando mal, eles queriam entubá-lo e eu disse que não queria, eu não vou deixar! Fui lá, eu achei que seria muito sofrimento. Quando cheguei, a equipe inteira estava em cima dele, aí a médica me disse: é a última vez que te pergunto, quer entubar ou não quer? Meu coração apertou, faz ou não faz, aí eu disse, entuba, pode entubar! Aí entubou, não tinha vaga na UTI, fomos para outro quarto. Aí, que sofrimento. Ele ficou ainda bastante tempo, indo e voltando da UTI. Foi bem difícil! (PI 22)

A gente levou ao hospital muitas vezes, era só para judiar dele. Eles ficavam com ele lá no pronto atendimento, aí não tinha cama, deixavam no sofá, só tomando soro, só pra ele sofrer. (PI 5)

No momento, eu ainda corri para o telefone, falei com o doutor, e disse, vou levar ele para o hospital. Ele disse, não tem o que fazer, ele não tem como chegar vivo. (PI 6)

Há, entre os relatos dos entrevistados, um implícito poder atribuído aos profissionais de saúde. As pessoas idosas sentiram medo de falar sobre os profissionais e de contestar suas decisões. Os entrevistados demonstraram, ainda, certa desconfiança em relação às condutas dos profissionais, mas também exigiram escuta e cuidado humanizado, como forma de contestação desse poder instituído. A seguir, esse aspecto se revela:

No dia 23 de março, ela passou mal à noite, eu a levei ao PA para fazer um exame, só que não teve mais volta. A partir do momento em que eu a levei, ela já foi para o oxigênio e não normalizou mais. Eu não sei se posso falar tudo o que aconteceu lá dentro do PA...? (PI 1)

Mas vou te dizer, o hospital fez alguma coisa errada ali, chegou o último dia, e eles ligaram para minha filha e disseram, olha, ela não quer se esforçar para sair da UTI. A pessoa está doente, como vai se esforçar? Eu digo, eu estou desconfiado que eles desligaram todos os aparelhos dela, para ela morrer. Vamos dizer que eles tiraram as aparelhagens dela, tudo. Ela nem parecia que tinha 60 anos, ela era forte e tudo. Mas agora, fazer o quê? (PI 15)

Ela ficou uma semana internada aqui no PA, e a gente não pode mais vê-la. Eu ia levar o café da manhã e o café da tarde para ela, mas ela começou a rejeitar comida. A minha preocupação ficou bem maior. Então, eu pedi para a assistente social que queria falar com o médico e ela dizia para mim assim, mas olha a correria aqui está tão grande. E foi em uma época que a pandemia estava bem forte. Eu disse, eu sei, mas o problema é o seguinte: - eu não vou sair daqui sem ver minha esposa! Eu quero saber como é que ela está sendo medicada? como é que ela está sendo tratada? e o que ela tem? (PI 13)

E lá no hospital, quando fomos parar na oncologia, porque já não tinha mais outro lugar, eles davam banho nele e ele gritava muito. Duas vezes eu deixei passar. Quando foi o terceiro dia eu falei, não, não façam mais isso, aí eu entrei no quarto dizendo que ia pegar meu relógio, mas era mentira e aí eu disse para eles, não faça mais o que você está fazendo com o meu marido. Fui lá embaixo reclamar com eles. Aí eles disseram que não era a primeira pessoa que reclamava e aí transferiram ele (o técnico) para outro lugar, mas foi o único que me incomodou lá. Ele chegava amarrá-lo bem forte, assim, e ele já não tinha força nenhuma, para quê? Estava pele e osso! Acho que ele não tinha vontade de fazer isso, e outro senhor me disse que ele fez o mesmo com ele. (PI 22)

Subcategoria II: Encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda

Os participantes verbalizaram a falta de clareza nas informações fornecidas pelos profissionais o que os levou a se sentirem desamparados no momento da perda de uma pessoa próxima. Ressalta-se que a ausência de um fluxo de informações claras, acolhedoras e concisas é percebida pelas pessoas idosas como uma falha no cuidado prestado, evidenciando que uma comunicação acolhedora e eficaz se configura como uma importante ferramenta no cuidado aos enlutados.

A forma como as informações sobre a evolução clínica e a possibilidade de morte são comunicadas pode influenciar a compreensão da situação pelos familiares. Comunicações abruptas ou pouco esclarecidas podem desencadear reações de choque e dificultar a elaboração inicial da perda.

Ele ficou no hospital, e eu não. Até nem fui visitar, porque eu não estava bem. Eu não sabia que ele estava tão ruim. Ninguém me falou! (PI 19)

Só na UTI ela ficou dois meses. Só que lá ninguém entrava, sabe? Minhas filhas foram lá, conversaram com o médico. Toda noite o médico ligava, mas só para dizer, está estável, ela está estável. Aham..., estável..., olha o que aconteceu! (PI 15)

Quando foi de manhã cedo, eu estava pronta para ir para lá, pra fazer a internação, a gente conversou com o médico, só que eles foram, eu achei assim, da minha parte, negligentes. Quando elas chegaram lá, eles deviam ter falado, olha, a gente fez de tudo, mas não deu. Mas não! Ficaram falando que estavam pegando o plantão e que iam ver, só depois ele disse que faleceu. Minhas filhas ficaram revoltadas, sabe? Até discutiram com o médico e tudo! A gente cuidou bem, o que estava na nossa mão a gente fez! Mas eu não sei o que aconteceu lá no hospital. A gente não sabe o que aconteceu. (PI 13)

A notícia recebida sobre a piora do estado de saúde ou a morte de uma pessoa próxima foi apontada pelas pessoas idosas como um momento específico de fragilização no processo de perda e luto. Tais notícias foram carregadas de simbolismos que envolveram mudanças definitivas na vida e no futuro de quem as recebeu. As pessoas idosas verbalizaram que a maneira como a receberam por vezes foi de forma abrupta, e ríspida impactando-as profundamente.

Meu esposo morreu no hospital. E, até agora, isso não entra na minha cabeça, porque ele ficou doente em uma semana e na outra semana, ele já se foi. O médico não quis me dizer direito, só disse que era do coração. Ele ficou oito dias internado. Lá no hospital, eles não me contavam o que estava acontecendo. Até me deu um começo de infarto lá, uma vez. (PI 23)

Doeu, sabe, mas fazer o quê? O médico chegou bem cedo, tirou aquela coisa por onde colocavam a comida, aí chegou a menina com a comida, e o médico só disse, não, não vai ter mais, não precisa. Eu ouvi aquilo e pensei, meu Deus do céu, é o fim! Aí eu perguntei, ele está ruim mesmo? Ele disse, está. (PI 22)

Na hora, eu não sabia se ele faleceu ou não, ele tinha se passado, mas daí, depois, veio uma médica, ligaram para a casa da minha filha, eles, decerto, já sabiam o que era para se fazer, mas eu não sabia. Quando minha filha, minha neta e meu genro vieram, disseram, olha, falei com a sua filha porque o teu marido acabou de falecer, se quiser, pode entrar lá. Os profissionais só falaram o que a gente tinha que fazer e a gente já saiu correndo atrás do caixão e dessas coisas assim. (PI 5)

Subcategoria III: Recebendo suporte dos profissionais de saúde

O universo das expressões dos participantes trouxe à tona outra realidade que foi a vivência da perda e do luto no domicílio, no contexto comunitário, na maioria das vezes distante do ambiente hospitalar, sendo o contato agora com profissionais da atenção primária. O relacionamento com os profissionais de saúde nessas circunstâncias assumiu outras nuances. Para os participantes, receber profissionais de saúde em casa, por meio de visitas domiciliares, foi um aspecto que contribuiu para a vivência da finitude do próximo, tornando-os mais seguros e favorecendo a construção de vínculos com esses profissionais.

Um dia antes, a médica já tinha me falado que ele não ia mais longe, mas que era para eu ficar calma, que ele teria uma morte tranquila e que eu ia estar junto. A

enfermeira do posto também, já vinha aqui em casa, aplicava injeção nele, foram muito legais comigo. (PI 22)

Até o postinho vinha aqui e tudo, a enfermeira veio aqui várias vezes, uma enfermeira muito querida. (PI 12)

A equipe do postinho não saía daqui, até vieram vacinar ele em casa. (PI 13)

Os médicos e enfermeiras vinham aqui, me explicavam como fazer o curativo, aí levava um tempinho e sarava. (PI 16)

O vínculo com os profissionais de saúde da atenção primária também foi fortalecido por meio do acolhimento e pelo fato de ter sido ouvido durante o período em ocorreu, no domicílio o cuidado de uma pessoa em processo de morte e que demandou uma abordagem paliativa e impactou consideravelmente a vivência da perda e do luto. A equipe de saúde que realizou a visita domiciliar, que acolheu, que escutou e orientou, foi percebida sob o viés de uma relação de pessoalidade e confiança.

O postinho de saúde, para mim, é minha casa. Eles conhecem a gente, vêm na casa da gente, chegam, sentam-se aqui, a gente conversa. A enfermeira especula tudo, mas eu gosto muito. No começo, com meu marido acamado, os técnicos do posto vinham aqui, viam a saturação dele, eles já colocavam o travesseiro, melhorava, então a gente tem esses apoios. A enfermeira vem aqui também! Eu agradeço a Deus por termos esse postinho de saúde maravilhoso, eu também já fiz parte das reuniões, do conselho, sempre estava lá brigando, agradecendo. Então, se alguém fala mal do postinho, eu retruco, porque ali eles fazem o que eles podem e fazem muito bem o trabalho deles. (PI 13)

O que faz muito bem é a minha fisioterapeuta, porque ela já é uma psicóloga, ela conversa, ela faz de tudo e ela diz que, para ela faz, bem também, eu fico feliz. A agente de saúde também me manda mensagem, eu gosto muito, me ajuda muito, manda um áudio para mim, conversa comigo, aí essa parte é muito boa. (PI 9)

Depois deu câncer de garganta nele, e aquilo ficou com mau cheiro, fui ali na médica do posto, ela disse, vamos dar um jeito. Ele não queria ir ao médico, ela disse que viria com a equipe, aí ela já encaminhou tudo, para psicóloga, foi uma luta bem difícil, mas ele aceitou o tratamento por causa da médica do posto, ele até deixou de beber. (PI 22)

O posto ajudou demais, até fui conversar com a enfermeira, essa menina foi uma benção, nossa, ela sabe de tudo o que aconteceu. Mesmo agora, depois de tudo, ela me ajuda. (PI 17)

Assim, os relatos evidenciam que a presença e o acompanhamento da equipe da Atenção Primária, por meio de visitas domiciliares, orientações e escuta qualificada, configuraram-se como importantes estratégias de suporte às pessoas idosas no enfrentamento do processo de morte e luto de um familiar e ou pessoa significativa.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a vivência do luto em pessoas idosas é fortemente influenciada pelas interações estabelecidas com os profissionais de saúde durante o processo de adoecimento e morte de seus familiares e/ou pessoas significativas. A forma como essas relações são conduzidas pode impactar a compreensão do processo de morte, bem como a elaboração do luto por parte dessas pessoas.

Nesse contexto, o cuidado em saúde enfrenta desafios cada vez mais complexos. As adversidades enfrentadas pelos profissionais da área frequentemente ultrapassam sua preparação, o que suscita reflexões sobre os limites do cuidado e o papel das instituições no processo de cuidar. Nesse cenário, os profissionais se veem imersos em uma constante necessidade de adaptação para responder às condições de saúde cada vez mais diversas, muitas vezes lidando com mais perguntas do que respostas. Assim, a capacidade de adaptação torna-se uma habilidade essencial no cotidiano da prática em saúde⁽¹⁰⁾.

Diante dessas situações, as limitações e os desafios tornam-se ainda mais evidentes, especialmente nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. Para pessoas idosas que vivenciam a perda de alguém próximo, a forma como essas interações ocorrem pode influenciar a compreensão do processo de morte e a elaboração do luto.

A qualidade do cuidado está diretamente relacionada ao vínculo entre profissional e paciente. Um estudo com enfermeiros hospitalares aponta que um bom relacionamento melhora os resultados em saúde. Quando o paciente resiste ou questiona, o enfermeiro pode recorrer à persuasão ou à coerção para atingir objetivos terapêuticos. Essa prática revela tensões entre técnica e escuta. Apesar da valorização da comunicação, ainda predominam critérios biomédicos que limitam a autonomia do paciente. Isso se acentua no cuidado às pessoas idosas em situação de perda, exigindo maior sensibilidade. É essencial refletir sobre os limites éticos dessa relação⁽¹¹⁾.

Ao discutir os dados deste estudo que resultaram na subcategoria - identificando o lugar de poder dos profissionais de saúde - pode-se dizer que ao contrário do que se poderia supor, o enfermeiro, quando trabalha em um local que promove o empoderamento institucional de sua classe, tende a assumir uma liderança transformadora que tem impacto positivo no engajamento do usuário em seu plano de cuidados. Esse profissional, munido de estimulação intelectual, consideração individual e motivação inspiradora, acaba reconhecendo sua

relevância e, conseqüentemente, suas responsabilidades e sensibilidade na comunicação de más notícias⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada com usuários vulneráveis em serviços de saúde revelou que o nível de confiança que essas pessoas têm nos profissionais enfermeiros é elevado em comparação com os demais membros da equipe. Frente a essas evidências, é importante considerar que a relação de confiança estabelecida com os usuários constitui um fenômeno multifatorial, que envolve valores, atitudes e aspectos culturais presentes na interação entre profissionais e usuários⁽¹³⁾. Entretanto, mesmo diante dessa confiança, as relações no cuidado em saúde ainda podem ser marcadas por assimetrias de poder.

No que se refere aos profissionais de saúde, uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas evidenciou que enfermeiros e psicólogos foram os profissionais com maior sensibilidade para lidar com questões relacionadas à competência cultural dos pacientes. Apesar desses dados, a mesma pesquisa chama a atenção para a lacuna de conhecimentos e habilidades que permeiam todas as questões de saúde que envolvem interpretações culturais, como é o caso do luto⁽¹⁴⁾. Tal lacuna pode influenciar diretamente a forma como as relações entre profissionais e usuários se estabelecem no cuidado, especialmente em situações marcadas por sofrimento e perda.

Os dados deste estudo trazem uma reflexão importante acerca da subcategoria “encontrando-se sem esclarecimento no momento da perda”. O cuidado às pessoas enlutadas envolve diretamente a atuação dos profissionais de saúde, que desempenham papel central na organização das práticas assistenciais e na condução das informações oferecidas aos familiares. Entretanto, o trabalho nas instituições de saúde é complexo e historicamente marcado por relações de poder entre profissionais e usuários, inicialmente mais evidentes na prática médica.

Esse “poder oculto” pode afastar os usuários dos processos decisórios e favorecer uma assistência centrada na oferta de serviços, e não necessariamente nas necessidades das pessoas. Além disso, fatores institucionais e políticos podem limitar a autonomia dos usuários, mantendo esse desequilíbrio nas relações de cuidado⁽¹⁵⁾. Esse contexto se aproxima dos achados deste estudo, nos quais alguns participantes relataram dificuldades em questionar decisões clínicas ou obter esclarecimentos no momento da perda.

É notável que os usuários dos serviços de saúde estão cada vez mais conscientes de seus direitos, dos procedimentos e da legalidade das ações desempenhadas durante o atendimento além de possuírem maior acesso a informações, o que pode ameaçar profissionais de saúde que ainda se encontram imbuídos de um território de poder outrora não

questionado. Embora essa seja uma realidade cada vez mais comum, a relação entre usuários e profissionais ainda é assimétrica e ocorrências de atitudes estigmatizantes que resultam da falta de atenção às preferências dos usuários ainda não são raras e impedem o estabelecimento de confiança dentro de uma relação terapêutica^(16,17).

Como pode-se observar neste estudo, em relação à concepção da subcategoria - recebendo suporte dos profissionais de saúde - quando as decisões no processo saúde-doença são compartilhadas de forma mais horizontal, os usuários ganham autonomia e passam a ver o profissional como um conselheiro. O papel do profissional deve ser o de apoiar a autonomia e a decisão informada dos pacientes, sem impor mudanças de valores. Para isso, é essencial que os profissionais promovam o protagonismo dos usuários e escutem suas demandas de forma integral, indo além da coleta de sinais e sintomas⁽¹⁷⁾.

A comunicação com as pessoas idosas é um pilar fundamental do cuidado. Em se tratando da vivência do luto, isso passa a ter ainda mais importância. A inserção de uma comunicação terapêutica favorece a implementação de ações, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, cabe destacar que a organização do cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde atribui a Atenção Primária à Saúde papel central na coordenação da rede de atenção e na garantia da integralidade do cuidado, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Assim, o suporte oferecido pelos profissionais nesse nível de atenção torna-se estratégico para identificar necessidades relacionadas ao luto, promover escuta qualificada e articular encaminhamentos quando necessário⁽¹⁸⁾.

A comunicação de más notícias é essencial no cuidado a pessoas idosas enlutadas, que frequentemente enfrentam informações dolorosas, desde o diagnóstico até a morte de entes queridos. Para que essa comunicação seja eficaz e empática, os profissionais devem estar preparados para lidar com situações difíceis e emoções intensas, avaliando previamente a compreensão dos familiares sobre o quadro clínico. Embora comum na prática em saúde, esse momento exige seriedade e deve seguir boas práticas. Além disso, os profissionais são valorizados quando permanecem presentes e disponíveis após a comunicação da notícia, sem se esquivar do acolhimento necessário⁽¹⁹⁾.

No contexto deste estudo, é importante considerar, ainda, o cenário da pandemia de COVID-19, período em que ocorreu a coleta de dados. As medidas sanitárias implementadas nos serviços de saúde, como restrições de visitas e isolamento de pacientes hospitalizados, modificaram a experiência das famílias durante o processo de adoecimento e morte. Muitos familiares foram impedidos de acompanhar presencialmente a evolução clínica ou de se despedir de seus entes queridos, dependendo de informações mediadas pelos profissionais ou

por meios tecnológicos. Evidências recentes indicam que tais restrições à presença familiar e as dificuldades de comunicação com as equipes de saúde intensificaram sentimento de impotência e sofrimento podendo dificultar a elaboração do luto^(20,21).

Um relatório internacional publicado em 2022 propõe uma visão ampliada sobre o "valor da morte", reconhecendo-a como um fenômeno relacional, espiritual e inseparável da vida, e não apenas fisiológico. O despreparo dos profissionais para lidar com a morte e o luto reflete a baixa prioridade atribuída pelos governos ao alívio do sofrimento e ao apoio aos enlutados. Essa negação da finitude nos sistemas de saúde contribui para indicadores negativos, como a baixa qualidade da morte no Brasil, que ocupa a 42ª posição global. Avanços estruturais e conceituais dependem de maior empenho dos poderes Legislativo e Executivo⁽²²⁻²⁴⁾.

Dentre as necessidades de saúde mais significativas para as pessoas idosas enlutadas, encontram-se: ser apoiadas por um contato profissional encorajador, serem ouvidas e compreendidas e serem recebidas com respeito. Uma relação entre profissional e pessoa idosa que esteja embasada por tais aspectos empodera ambos os envolvidos e traz dignidade para a troca humana. Especialmente na atenção comunitária, a dignidade percebida nas relações aumenta a sensação de confiança e a boa impressão das pessoas idosas em relação aos profissionais de saúde⁽²⁵⁾.

Assim sendo, sugere-se que o cuidado às pessoas idosas enlutadas parta do reconhecimento das formas pelas quais elas compreendem sua situação, considerando os fatores intrínsecos e as questões culturais e familiares envolvidas em todo o processo. É essencial que os diferentes níveis de atenção estejam conectados e informem-se de forma contínua sobre as decisões tomadas em cada local⁽¹⁶⁾. Além disso, ser visto e valorizado como pessoa e ser informado continuamente sobre a situação de seus familiares doentes são aspectos que as pessoas idosas que cuidam, perdem e enlutam-se tendem a valorizar. Somado a isso, permitir que as pessoas idosas descrevam suas experiências durante a perda e o luto é fundamental para garantir a sensação de pertencimento desses⁽²⁶⁾.

Observou-se que parte significativa dos participantes declarava pertencimento à religião luterana. A religiosidade tem sido apontada na literatura como um elemento relevante na elaboração do luto, podendo oferecer suporte simbólico, espiritual e comunitário para lidar com a perda. Estudos indicam que a espiritualidade e os ensinamentos religiosos podem favorecer a construção de significado e contribuir para o enfrentamento do processo de luto entre familiares após a morte de um ente querido, promovendo esperança, resiliência e recursos simbólicos, como rituais e práticas de fé, que auxiliam na adaptação à perda e no

manejo das emoções associadas ao luto⁽²⁷⁾. Embora o presente estudo não tenha buscado estabelecer comparações entre grupos religiosos, é possível considerar que a dimensão espiritual associada à religiosidade possa ter influenciado as formas de significação da perda entre os participantes.

O cuidado ideal no luto se beneficia de ações coordenadas e multiprofissionais, baseadas em estratégias de apoio e educação do usuário. Facilitar o cuidado holístico às pessoas enlutadas perpassa um planejamento centrado no paciente, que inclua comunicação aberta e facilitada, empatia, confiança mútua e a normalização das experiências de luto em sua diversidade⁽²⁸⁾.

Ao compreender a vivência do luto na pessoa idosa diante da perda de alguém próximo, este estudo oferece contribuições que podem subsidiar estratégias de cuidado relacionadas a esse fenômeno, tanto no âmbito individual quanto em mudanças sociais e culturais que favoreçam o acesso de idosos enlutados aos serviços de saúde. Ademais, pode contribuir para o aprimoramento da formação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, para a formulação de políticas públicas voltadas a essa população.

O estudo apresenta limitações relacionadas às condições em que a investigação foi realizada. A coleta de dados ocorreu durante o período da pandemia de COVID -19, quando medidas de distanciamento social e o uso de máscaras estavam em vigor, o que pode ter influenciado aspectos da interação entre pesquisador e participantes e, conseqüentemente, a observação de elementos não verbais importantes no processo de entrevista. Além disso, a complexidade do fenômeno investigado — que envolve dimensões emocionais, relacionais, institucionais e culturais — impõe desafios à sua apreensão em um único estudo, indicando a necessidade de novas investigações que aprofundem diferentes aspectos do cuidado às pessoas idosas enlutadas em distintos contextos de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar relatos de pessoas idosas que perderam familiares próximos, o estudo mostrou que a forma como os profissionais de saúde se comunicaram durante a doença e, principalmente, no momento da morte teve impacto direto na maneira como esse luto foi vivido. Em vários casos, a notícia do falecimento foi comunicada de forma rápida, com pouca explicação e sem espaço para perguntas, o que gerou dúvidas e intensificou o sofrimento. Também ficou evidente uma relação pouco equilibrada entre profissionais e usuários, na qual decisões e informações eram pouco compartilhadas, dificultando o reconhecimento e o acolhimento das necessidades emocionais.

Em contraste, nas situações acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde, especialmente por equipes que já tinham vínculo prévio com os idosos, houve relatos de visitas domiciliares, escuta ativa e acompanhamento após a morte. Essas ações ajudaram as pessoas idosas a falar sobre a perda, esclarecer dúvidas e lidar com o sofrimento, indicando que a proximidade com o território e a continuidade do cuidado tornam a atenção mais sensível e efetiva nesse contexto.

Com base nesses achados, o estudo aponta caminhos práticos para melhorar o cuidado: investir na formação dos profissionais para comunicar a morte de forma clara e cuidadosa, preparar as equipes para reconhecer e manejar reações de luto (como tristeza intensa, isolamento ou confusão) e organizar rotinas de acompanhamento após o falecimento, como contatos telefônicos ou visitas. Essas medidas podem tornar o cuidado mais atento às dimensões emocionais e relacionais envolvidas na perda de pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Yan H, Bytautas J, Isenberg SR, Kaplan A, Hashemi N, Kornberg M, et al. Grief and bereavement of family and friends around medical assistance in dying: scoping review. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;13(4):414-28. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003715>
2. Brandl L, Cabrita M, Brodbeck J, Heylen D, van Velsen L. Consulting the Oracle: a Delphi study for determining parameters for a mental health user profile and personalization strategy for an online service to aid grieving older adults. *Internet Interv*. 2022;28:100534. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100534>
3. Wilson DM, Darko EM, Kusi-Appiah E, Roh SJ, Ramic A, Errasti-Ibarrondo B. What exactly is “complicated” grief? a scoping research literature review to understand its risk factors and prevalence. *Omega (Westport)*. 2022;86(2):471-87. <https://doi.org/10.1177/0030222820977305>
4. Escobar-Agreda S, Romero Albino Z, Contreras PJ, Cuba-Fuentes MS. Complicated grief and its relationship with anxiety, depression, and suicidal ideation in older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Peru: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*. 2023;23:908. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05412-5>
5. Raine G, Khouja C, Khatwa M, Fulbright H, Sutcliffe K, Sowden AJ. Grief, bereavement and prolonged grief disorder: scoping and mapping the evidence. *BJPsych Open*. 2025;11(4):e149. <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.10050>
6. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009. 272 p.

7. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
8. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: a systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med.* 2022;292. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
9. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial*; 2012 [cited 2025 Sep 11]. Available from: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
10. Himeno Y, Wada H. Family expectations of grief care from home health nurses: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2025;15(11):e099598. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099598>
11. \Yue M, Yao C, Zhang Q, Zeng D. Nurses' attitudes towards communication with patients: a hybrid concept analysis. *BMC Med Educ.* 2025;25:1377. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07914-0>
12. García-Sierra R, Fernández-Castro J. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *J Adv Nurs.* 2018;74(12):2809-19. <https://doi.org/10.1111/jan.13805>
13. Bahari Z, Vosoghi N, Ramazanzadeh N, Moshfeghi S, Aghamohammadi M. Patient trust in nurses: exploring the relationship with care quality and communication skills in emergency departments. *BMC Nurs.* 2024;23:595. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02241-z>
14. A Huish C, Greenhalgh C, Garrow A, Verma A. Intercultural gaps in knowledge, skills and attitudes of public health professionals: a systematic review. *J Public Health.* 2023;45(1):i35-i44. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac166>
15. Bueter A, Jukola S. Multi-professional healthcare teams, medical dominance, and institutional epistemic injustice. *Med Health Care Philos.* 2025;28(2):219-232. <https://doi.org/10.1007/s11019-025-10252-z>
16. Takase A, Matoba Y, Taga T, Ito K, Okamura T. Middle-aged and older people with urgent, unaware, and unmet mental health care needs: Practitioners' viewpoints from outside the formal mental health care system. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1400. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08838-x>
17. Martínez-Martínez C, Sánchez-Martínez V, Ballester-Martínez J, Richart-Martínez M, Ramos-Pichardo JD. A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021;28(4):721-37. <https://doi.org/10.1111/jpm.12727>

18. Pimentel VRM, Sousa MF, Mendonça AVM. Health communication and health promotion: contributions and challenges, from the perspective of Family Health Strategy professionals. *Physis*. 2022;32(3):e320316. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320316>
19. Harris D, Gilligan T. Delivering Bad News. *Med Clin North Am*. 2022;106(4):641-51. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.02.004>.
20. Burton L, Goss S, Sivell S, Selman LE, Harrop E. “I have never felt so alone and vulnerable”: a qualitative study of bereaved people’s experiences of end-of-life cancer care during the COVID-19 pandemic. *BMC Palliat Care*. 2024;23:300. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01619-9>
21. Rodriguez-Villar S, Okegbola EO, Arevalo-Serrano J, Duval Y, Mathew A, Rodriguez-Villar C, et al. Grief and coping among relatives of patients who died of COVID-19 in intensive care during the height of the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2024;10(6):e181. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.741>
22. Rodrigues LF, Silva JFMD, Cabrera M. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2022;38(9):e00130222. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>
23. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhade - lia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*. 2022;399(10327):837-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
24. Economist Intelligence Unit (EIU). The 2015 quality of death index: ranking palliative care across the world. London, UK: EIU/Lien Foundation, 2015 [cited 2025 Sep 11]. Available from: https://lienfoundation.org/wp-content/uploads/2026/01/PDF_2015_Quality_of_Death_Index.pdf
25. Nygren Zotterman A, Skär L, Söderberg S. Dignity encounters: the experiences of people with long-term illnesses and their close relatives within a primary healthcare setting. *Prim Health Care Res Dev*. 2022;23:e72. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000603>
26. Weldingh NM, Kirkevold M. What older people and their relatives say is important during acute hospitalisation: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):578. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07981-9>
27. Karacan Y, Yılmaz H, Akkus Y. Grief and spiritual well-being after cancer loss: insights from family caregivers. *Eur J Oncol Nurs*. 2025;76:102887. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102887>
28. Carter D, Moodie S, Reddi B, Yeo N, Laver H, Sundararajan K. How bereaved families conceive good care and communication in the intensive care unit in South Australia. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:1617. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11877-1>

Disponibilidade de Dados e Material:

“O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente”.

Justificativa: O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente, devido à presença de informações sensíveis relacionadas aos participantes da pesquisa. A restrição visa assegurar a confidencialidade, a privacidade e o cumprimento dos princípios éticos estabelecidos pelo comitê de ética em pesquisa.

Contribuição de Autoria:

Conceituação: Maria Alice de Freitas; Angela Maria Alvarez e Daniel Nagel.

Curadoria dos dados: Maria Alice de Freitas.

Supervisão: Angela Maria Alvarez e Daniel Nagel.

Análise formal: Maria Alice de Freitas.

Investigação: Maria Alice de Freitas.

Software: Maria Alice de Freitas.

Metodologia: Tatiane Baratieri.

Visualização: Bruna Eloise Lenhani, Maicon Henrique Lentsck e Tatiane Baratieri.

Validação: Bruna Eloise Lenhani e Maicon Henrique Lentsck.

Redação – rascunho original: Maicon Henrique Lentsck e Tatiane Baratieri

Redação – revisão e edição: Bruna Eloise Lenhani

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Maria Alice de Freitas

E-mail: maria.alice@ifsc.edu.br

Recebido: 14.10.2025

Aprovado: 18.05.2026

Editor associado:

Dayanna Machado Lemos

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira