



Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa

Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review

880

Mariana dos Santos Ribeiro¹
Moema da Silva Borges²
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo³
Mariana Cristina dos Santos Souza¹

Resumo

Objetivo: identificar e sintetizar estudos que versam sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas idosas para lidar com o envelhecimento e com a morte. **Método:** revisão integrativa em sete bases de dados realizada com os seguintes descritores: adaptação psicológica, idoso, morte e envelhecimento. **Resultados:** Foram identificados 73 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se e analisaram-se seis artigos que identificavam múltiplas perdas vivenciadas pelas pessoas idosas e elencavam as estratégias de enfrentamento utilizadas. As principais perdas foram: perda da saúde e/ou da capacidade física; perda da funcionalidade; perda na qualidade das relações emocionais; morte de entes queridos; menor integração social; redução de bens materiais; perda financeira; redução da cognição; perda da sensação de domínio; perda da sensação de ser útil, redução do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida. As estratégias de enfrentamento utilizadas frente às perdas do envelhecimento e finitude foram: luto antecipado, desejo de morrer, isolamento, submissão, negociação, aceitação, acomodação, procura por suporte social, procura por conforto espiritual e viver o presente. **Conclusão:** Os idosos vivenciam o envelhecimento e a finitude com estratégias de enfrentamento que podem gerar tanto resultados desfavoráveis quanto favoráveis à saúde. Nesta perspectiva, alguns enfrentam com luto antecipado e com desejo de morrer, enquanto outros buscam conforto espiritual, suporte social e aceitação.

Palavras-chave: Adaptação Psicológica. Idoso. Morte. Envelhecimento.

Abstract

Objective: to identify and synthesize studies that approach the coping strategies used by the elderly to deal with aging and death. **Method:** an integrative review was performed in seven databases with the following descriptors: psychological adaptation, the elderly, death and aging. **Results:** 73 articles were identified. After applying the inclusion and exclusion criteria, six articles that identified multiple losses experienced by the elderly and included coping strategies were selected and analyzed. The main losses were: loss of health; physical capacity and functionality; loss in quality of emotional relationships;

Keywords: Adaptation Psychological. Elderly. Death. Aging.

¹ Universidade de Brasília, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, Brasil.

² Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem. Brasília, DF, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Clínica. Brasília, DF, Brasil.

death of loved ones; reduced social integration; fewer material goods; financial loss; lower cognitive resources; lower perceived mastery; loss of feeling useful; reduction in subjective well-being and quality of life. We also identified the following coping strategies used to deal with losses related to aging and finitude: anticipated grieving; wish to die; isolation; submission; negotiation; acceptance; accommodation; support seeking; living in the moment; seeking spiritual comfort. *Conclusion:* the elderly experience aging and finitude with coping strategies that can generate both unfavorable and favorable health outcomes. In this context, some coped through anticipated mourning and the desire to die, while others looked for spiritual comfort, social support and acceptance.

INTRODUÇÃO

A compreensão de morte e velhice depende de definições culturais. A cultura é extremamente importante para a gerontologia, pois a forma com que uma sociedade define conceitos como pessoa, idade e curso da vida varia muito a depender do contexto cultural no qual se está inserido¹.

A despeito das diferentes compreensões de cada cultura, o envelhecimento é uma fase da vida permeada por múltiplas perdas. Perde-se a juventude, acompanhada, algumas vezes, também da perda da saúde e da própria independência. Sem negar as virtudes e a sabedoria que acompanham o envelhecer, é preciso reconhecer que para a maioria das pessoas esse processo não constitui uma etapa fácil².

Nesta perspectiva, pode-se dizer que envelhecer pode representar um acúmulo de perdas sucessivas ao longo da vida que incluem: limitações físicas, doenças, aposentadoria e outras perdas que se caracterizam como mortes simbólicas³.

Assim, o significado da morte não se faz presente apenas no fim da vida, mas perpassa o processo de desenvolvimento humano e está presente no cotidiano, pode-se afirmar que quanto mais vivemos, mais corremos o risco de perder algo ou alguém importante e esses fatos podem gerar estresse ao fugir do nosso controle³.

Neste sentido, as situações estressantes podem ser classificadas em duas categorias: eventos traumáticos, isto é, situações externas ou pessoas que se apresentem como uma ameaça ao bem-estar do indivíduo; e eventos incontrolláveis que são as situações que desafiam os limites das nossas capacidades e de nossos autoconceitos, a exemplo da morte e do envelhecimento⁴.

Sendo assim, estresse e enfrentamento são conceitos intimamente relacionados; o estresse não constitui uma resposta apenas às reações fisiológicas e emocionais do corpo, mas é compreendido como o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente^{4,5}.

O enfrentamento consiste no esforço individual realizado para manejar problemas estressantes e emoções que afetam os resultados psicológicos e físicos provocados pela situação desestabilizadora. É um processo multidimensional, dinâmico que suscita uma série de respostas e que abrange a interação do indivíduo com o seu ambiente, a utilização de mecanismos para manejar uma ameaça que está prestes a acontecer e administrar situações difíceis da vida^{4,6}.

O enfrentamento de pessoas idosas é diferente do enfrentamento de pessoas em outras faixas etárias, já que os agentes estressores também se modificam de acordo com a idade. Enquanto adultos jovens vivenciam mais estresse em áreas que dizem respeito ao trabalho, financeiras, manutenção do lar, vida pessoal, família e amigos; as pessoas idosas tendem a vivenciar mais estresse relacionado às limitações do envelhecer¹.

Logo, o estresse de pessoas jovens está mais relacionado ao papel que desempenham, enquanto o estresse de pessoas idosas ocorre devido à redução de habilidades decorrentes do envelhecimento¹.

À medida que envelhecemos, passamos a utilizar mais as nossas experiências passadas de enfrentamento como um guia para lidar com situações estressoras do momento presente¹.

Neste contexto, este estudo de revisão tem o objetivo de identificar e sintetizar os estudos que

versam sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas idosas para lidar com o envelhecimento e com a morte.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada de forma sistemática e ordenada a partir dos seis passos: 1) a elaboração da pergunta norteadora que permite definir quais artigos deverão ser incluídos, 2) a busca na literatura científica que deve ser ampla o bastante para responder a pergunta norteadora, 3) coleta de dados dos artigos selecionados que se refere a um instrumento previamente elaborado a fim de extrair as informações necessárias, 4) análise crítica dos artigos incluídos considerando o rigor metodológico e as características de cada estudo, 5) discussão dos resultados com outros artigos 6) apresentação da revisão de forma clara e objetiva⁷.

Para subsidiar o desenvolvimento do estudo foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: *Quais são as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas idosas frente ao processo de envelhecimento e morte?* A partir dessa pergunta, definiram-se os seguintes descritores de busca: adaptação psicológica, idoso, morte e envelhecimento.

Escolheu-se o descritor “adaptação psicológica” por englobar o conceito de enfrentamento de acordo com os Descritores das Ciências da Saúde, enquanto o descritor “morte” teve a finalidade de representar a finitude e as mortes simbólicas, ou seja, as perdas ao longo da vida. E os descritores “idosos” e

“envelhecimento” foram escolhidos para delimitar a população em estudo.

Os descritores foram agrupados com o uso do operador booleano AND nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e *American Psychological Association* (APA), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus.

A busca foi realizada em junho de 2016, os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos originais publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; no período de janeiro de 2010 a junho de 2016, disponibilizadas on-line e em texto completo. E os critérios de exclusão foram: artigos repetidos, amostra de idosos demenciados, amostra de familiares e artigos que não abordaram o tema adaptação psicológica e morte.

Após a seleção dos artigos, as informações foram organizadas em um quadro com o objetivo de avaliar o rigor metodológico e as características de cada estudo. As informações, depois de submetidas a uma análise crítica, foram discutidas com outros autores a fim de melhor elucidar a temática e, finalmente, foram elaboradas e apresentadas as conclusões da revisão.

RESULTADO

Foram identificados 73 artigos, e destes, seis foram selecionados para a análise (figura 1).

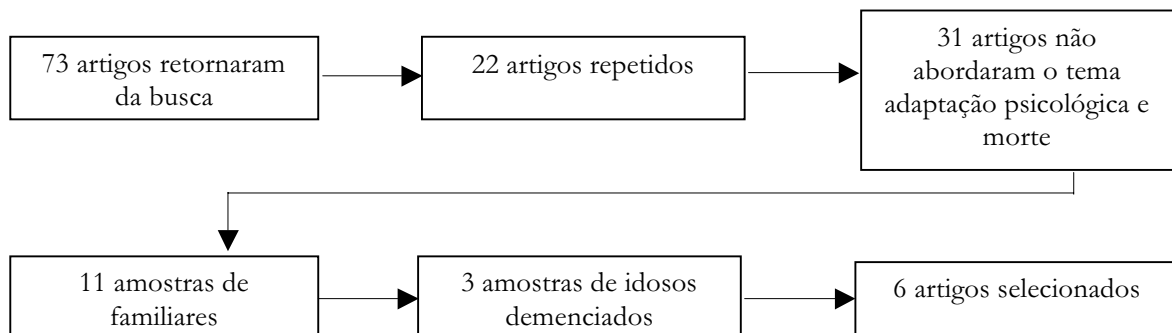


Figura 1. Processo de seleção dos artigos nas bases de dados Lilacs, Medline, Bdenf, Pubmed, Apa, Cinahl e Scopus. Brasília, DF, 2016.

Os seis artigos selecionados são da América do Sul, América do Norte, Europa e Ásia; sendo um estudo realizado no Brasil. Os objetivos dos artigos

contemplam a questão de pesquisa e as metodologias utilizadas foram tanto de abordagem qualitativa, quantitativa e método misto (quadro 1).

Quadro 1. Síntese dos artigos selecionados por autores, revista, ano, local, objetivo e método. Brasília, DF, 2016.

Autores	Revista, local e ano	Objetivo e método
Ho AH, Chan CL, Leung PP, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SM, et al.	Age and Ageing (China, 2013).	Examinar o conceito de viver e morrer com dignidade no contexto chinês e explorar a generalidade do modelo de dignidade para idosos terminais no Hong Kong. Qualitativo.
Maxfield M, Pyszczynski T, Greenberg J, Pepin R, Davis HP.	Psychology and Aging (Estados Unidos da América, 2012).	Testar a hipótese de que quanto maior a função executiva de um idoso, maior seria a tolerância frente aos lembretes da morte. Quantitativo.
Dockendorff DCT.	Educational Gerontology (Chile, 2014).	Relatar formas saudáveis de lidar com as perdas relacionadas ao processo de envelhecimento. Método Misto.
Palgi Y, Shrira A, Ben-Ezra M, Spalter T, Shmotkin D, Kavé G.	Journal of Gerontology: Psychological Sciences (Israel, 2010).	Investigar se vários indicadores avaliativos do bem-estar subjetivo e da saúde subjetiva declinam com a aproximação da morte e qual destes mostra um maior declínio. Quantitativo.
Giacomin KC, Santos WJ, Firmo JOA.	Ciência & Saúde Coletiva (Brasil, 2013).	Compreender o luto antecipado, percebido na interação entre a velhice e os processos saúde-doença e incapacidade, na visão de idosos diante da própria finitude. Qualitativo.
Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD.	Crisis (Holanda, 2011).	Aprimorar o entendimento sobre o porquê algumas pessoas idosas desenvolvem o desejo de morrer. Qualitativo.

Os artigos selecionados abordaram dois principais temas: a) as mortes simbólicas, ou seja, as perdas vivenciadas por pessoas idosas decorrente do processo de envelhecimento e b) as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com elas e com a finitude.

As principais perdas elencadas foram: perda na saúde e/ou capacidade física; perda da funcionalidade; perda na qualidade das relações emocionais; morte de entes queridos; menor integração social; redução de bens materiais; perda financeira; redução da cognição; perda da sensação de domínio; perda da sensação de ser útil, redução do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida.

As principais estratégias de enfrentamento foram: luto antecipado, desejo de morrer, isolamento, submissão, negociação, aceitação, acomodação, procura por suporte social, procura por conforto espiritual e viver o momento.

DISCUSSÃO

A conexão entre profissional da saúde e paciente constitui elemento essencial da qualidade do cuidado prestado⁸. Para isso, é preciso compreender cada pessoa na sua individualidade, como vivenciam as perdas e quais estratégias de enfrentamento utilizam frente às inúmeras situações adversas.

Neste contexto, a presente discussão está estruturada nos dois principais resultados encontrados: perdas e enfrentamento.

Perdas

Com o propósito de compreender as perdas vivenciadas por pessoas idosas, um estudo conduzido no Chile realizou trinta e seis entrevistas semiestruturadas com indivíduos acima de 65 anos e elencou as seguintes perdas: a) perda na saúde e/ou capacidade física; b) perda na qualidade das relações emocionais; c) a morte de entes queridos; d) menor integração social; e) redução da qualidade de vida em um sentido material; f) e redução da qualidade de vida em um sentido cognitivo⁹.

As limitações físicas relacionadas ao envelhecimento e adoecimento foram as perdas mais referidas pelas pessoas idosas. Perdas na saúde e/ou capacidade física evidenciam-se como: declínio da habilidade psicomotora, sensorial, reduzida percepção de força e energia e dificuldades sexuais⁹.

Diante das perdas, sobretudo relacionadas às limitações físicas, a pessoa idosa pode sentir medo de ficar dependente e de se tornar um fardo para familiares¹⁰. Um estudo longitudinal realizado na Nova Zelândia que acompanhou a transição da independência para a dependência e morte de vinte e cinco idosos com cardiopatia grave, ratificou que os participantes referiam medo de ficarem dependentes do companheiro, amigos e familiares¹¹.

As limitações físicas com redução do nível de independência também foi tema relevante em um estudo realizado na China que buscou explorar a generalidade do modelo de dignidade para idosos terminais. Alguns pontos foram diferentes no contexto Chinês, no entanto, as limitações físicas com perda da independência e as limitações na funcionalidade com implicações negativas na qualidade de vida mostraram-se semelhantes ao contexto ocidental¹².

Um estudo realizado na Holanda com 31 pessoas que apresentaram o desejo de morrer em algum momento da vida evidenciou que a dependência gerou em muitos idosos a perda da sensação de

domínio; eles relataram que as pessoas decidiam por eles e interferiam nas tomadas de decisões da vida cotidiana, ocasionando, como consequência, a redução de sua liberdade. Pode-se dizer que a pessoa idosa passa a não se sentir mais capaz de controlar seus problemas nem de controlar sua própria vida¹³.

Percebe-se que a dependência decorrente das limitações físicas é um tema transversal evidenciado em diversos países, inclusive no contexto ocidental. Embora a velhice traga consigo a sensação de aproximação da morte, para as pessoas idosas, o maior temor é o da dependência e não da morte em si. É necessário considerar que as perdas vivenciadas por elas não são apenas físicas, mas também de ordem emocional e social^{9,10}.

Perda na qualidade das relações emocionais se refere à percepção negativa de mudanças importantes nas relações afetivas associadas ao envelhecimento. É notado um enfraquecimento do vínculo emocional, sente-se que as pessoas estão presentes fisicamente, mas podem estar emocionalmente ausentes⁹.

A morte de entes queridos se demonstra com a perda de pessoas significativas. Neste aspecto, a viuvez é a mais comum e também uma das mais impactantes, denota-se ainda a morte de amigos e familiares^{9,10}. Neste caso, a solidão constitui um tema frequente e é interpretada como uma redução na rede de suporte social, já que o sentimento é agravado quando a pessoa que faleceu era muito próxima à pessoa idosa¹³.

Neste contexto, a viuvez sobrecarrega a velhice com o peso da solidão contínua. Perde-se o companheiro de muitos anos e de uma vida construída a dois, permanecendo uma sensação de vazio. Associada a perda do afeto, com a viuvez, associam-se as perdas da garantia do status social e familiar, da segurança do vínculo, da tranquilidade de ter com quem envelhecer, da estabilidade econômica e a sensação reconfortante de ter com quem contar².

A menor integração social também constitui uma perda apreendida nos relatos sobre o sentimento de não mais se sentir bem-vindo em espaços sociais, devido ao processo do envelhecimento. Há a perda de papéis sociais, a exemplo da aposentadoria quando não desejada⁹. Neste sentido, as pessoas idosas

podem exibir a sensação de inutilidade e descrever as dificuldades de não se sentirem mais úteis, devido ao fato de não mais trabalharem, em alguns casos, sendo difícil de encontrar um motivo para viver¹³.

Acompanhado da aposentadoria, há também a redução do poder aquisitivo que constitui uma perda financeira. Os problemas de ordem financeira podem ser categorizados como não ter a quantidade de dinheiro suficiente para se viver confortavelmente e para as atividades de lazer¹³.

A redução da qualidade de vida em um sentido material demonstra-se pela perda de bens materiais, a exemplo de ter que deixar a casa em que sempre viveu porque já não consegue mais morar sozinho⁹.

A redução no sentido cognitivo revela-se pela diminuição da habilidade de responder a desafios intelectuais, mesmo em idosos que não possuem demência, eles relataram perceber que o pensamento não é mais ágil como antes e uma maior dificuldade para gravar aspectos do cotidiano⁹.

Nos Estados Unidos, uma pesquisa sobre cognição, realizada com 79 pessoas entre 56 e 89 anos, buscou testar a hipótese de que quanto maior a função executiva de uma pessoa, maior seria a tolerância frente aos lembretes da morte; acreditava-se que pessoas com menor funcionamento executivo poderiam não ter os recursos cognitivos necessários para implementar mudanças em direção a uma orientação mais flexível em resposta aos lembretes da morte¹⁴.

Os achados do estudo não encontraram influência da função executiva da forma como se lidava com os lembretes da morte em pessoas mais jovens, apenas nos que apresentaram idade mais avançada. As pessoas idosas e com maior função executiva responderam à lembrança da mortalidade com maior tolerância¹⁴.

Todavia, em outro estudo, encontrou-se o achado que pessoas de idade mais avançada desenvolveram

o desejo de morrer devido à redução da qualidade de vida como consequência do envelhecimento e do adoecimento, assim como dependência, limitações na audição, visão, entre outras¹³.

Uma pesquisa com 16 centenários no Reino Unido também encontrou inúmeras perdas vivenciadas por pessoas com idade avançada: desde limitações físicas, incluindo a capacidade de andar e a visão, também a morte de entes queridos e a falta dessas pessoas em suas vidas. Por outro lado, nesse estudo, os participantes foram capazes de lidar com as perdas a partir da compreensão que a despeito da morte, a pessoa querida segue presente em sua vida; e que, embora tenham vivenciado perdas e momentos trágicos de duas guerras mundiais, essas pessoas foram capazes de reconhecer o belo em sua vida, momentos de alegria, atividades de prazer e pessoas queridas que viveram e vivem em suas vidas¹⁵.

Enfrentamento

O enfrentamento, no modelo de Lazarus e Folkman, é definido como as ações e estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas frente a situações estressantes provenientes de demandas internas ou externas, que são percebidas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo⁵.

O enfrentamento subdivide-se em dois grupos de acordo com a função que exerce: o enfrentamento focado na emoção e o enfrentamento focado no problema⁵.

Por outro lado, Skinner et. al. recomendam que a divisão entre enfrentamento focado na emoção e focado no problema não seja mais utilizada. E, ao invés, seja utilizado um sistema hierárquico de formas de agir que foi construído a partir da análise de cem sistemas de enfrentamento em que famílias potenciais do enfrentamento foram categorizadas (quadro 2)¹⁶.

Quadro 2. Síntese das famílias de enfrentamento de acordo com o estudo de Skinner; et. al. Portland, Oregon, 2003.

Famílias de enfrentamento	Componentes
Solução de problemas	Elaborando estratégia; ação instrumental; planejando.
Busca por informação	Leitura; observação; perguntando aos outros.
Incapacidade de se ajudar	Confusão; interferência cognitiva; exaustão cognitiva.
Escape	Evitação cognitiva; evitação comportamental; negação; pensamento ilusório.
Autoconfiança	Regulação emocional; regulação comportamental; expressão emocional; abordagem emocional.
Busca por suporte social	Busca por contato; busca por conforto; ajuda instrumental; suporte Espiritual.
Delegação	Busca por ajuda mal adaptativa; reclamar; lamentar; pena de si mesmo.
Isolamento	Retirada do convívio social; ocultação; evitando outras pessoas.
Acomodação	Distração; reestruturação cognitiva; minimização; aceitação.
Negociação	Barganha; persuasão; definição de prioridades.
Submissão	Ruminação; perseverança rígida; pensamentos intrusos.
Oposição	Culpar o outro; projeção; agressão.

Um estudo realizado em 2014 utilizou as formas de enfrentamento classificadas de acordo com o estudo de Skinner e as associou ao nível de bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo foi relacionado às diferentes formas de enfrentamento das perdas relacionadas ao envelhecimento^{9,16}.

A busca por suporte social assim como a negociação e a acomodação foram as estratégias de enfrentamento mais associadas a altos níveis de bem-estar subjetivo. Por outro lado, o isolamento, a desesperança, o escape e a submissão foram as estratégias de enfrentamento associadas com menores níveis de bem-estar subjetivo⁹.

O enfrentamento pode gerar resultados favoráveis ou desfavoráveis à saúde, já que consiste no que se realiza para lidar com uma situação estressante que pode tanto ajudar quanto prejudicar⁴.

Nos artigos analisados, algumas estratégias de enfrentamento podem ser consideradas desfavoráveis à saúde, a exemplo do luto antecipado e do desejo de morrer; evidenciado na fala de uma senhora de oitenta e seis anos com desejo de morrer, em que ela percebe na morte uma possibilidade de se ver livre de uma vida sem sentido e sem valor; embora relate não poder se matar e ter que esperar a vontade de Deus. Assim, percebe-se a necessidade de buscar

repelir a ideia de suicídio e suportar a vida na velhice e na doença¹⁰.

Um estudo realizado com trinta e um idosos que apresentaram o desejo de morrer foi efetivado na Holanda a fim de compreender o porquê algumas pessoas idosas o desenvolvem. A maioria dos participantes apresentou um desejo moderado a forte de morrer. Os idosos relatavam perda do companheiro, do trabalho ou independência, não percebiam mais sentido ou importância em sua própria vida e relatavam estarem apenas à espera do seu momento final¹³.

Em uma situação em que se está apenas à espera da morte, a interação social, sair de casa e buscar entretenimento tornam-se atividades sem sentido; favorecendo o isolamento, evidenciado no relato de uma senhora de 74 anos que quase não sai de casa e não sente mais interesse em conversar com seus familiares pelo fato de não se sentir compreendida⁹.

A desesperança também foi evidenciada por um senhor de setenta e dois anos que referiu desespero, raiva e não mais se sentir capaz de fazer algumas de suas atividades diárias⁹. A solidão e a reduzida sensação de domínio sobre sua própria vida também foram fatores associados ao desejo de morrer em pessoas idosas¹³.

Por outro lado, a estratégia de enfrentamento efetiva associada a altos níveis de bem-estar subjetivo foi a acomodação que consiste em utilizar a flexibilidade a fim de ajustar as suas preferências às opções disponíveis. A acomodação foi utilizada por pessoas idosas para ajustar suas metas e preferências aceitando e redefinindo uma situação, a exemplo de uma senhora entrevistada que relatou aceitar a doença de Parkinson e buscar aprender com ela^{9,16}.

Todavia, quando a pessoa não ajusta suas preferências a uma nova situação, mas seus desejos passam a ser contidos devido a um contexto que impede a satisfação, então a pessoa utiliza a estratégia de enfrentamento denominada submissão que, no estudo, esteve associada a níveis mais baixos de bem-estar subjetivo⁹.

A negociação também constitui uma estratégia de enfrentamento em que a pessoa busca ajustar suas preferências às opções disponíveis mas ao invés da acomodação em que a pessoa cede as suas metas, na negociação a pessoa busca alternativas a fim de satisfazer suas metas e preferências. Essa estratégia ao ser utilizada por pessoas idosas também foi associada a altos níveis de bem-estar subjetivo⁹.

Por outro lado, um estudo realizado em Israel encontrou uma redução do bem-estar subjetivo nos participantes e percebeu que o efeito do processo do morrer é maior do que o próprio envelhecimento. É possível que em uma idade avançada da vida, o bem-estar subjetivo esteja menos associado à idade cronológica e mais associado aos mecanismos ainda não explicados do processo de morrer¹⁷.

Na China, uma pesquisa com idosos em cuidados paliativos evidenciou as limitações físicas que afetaram significativamente os participantes, os quais relataram não mais se sentirem capazes de apreciar a comida, de se envolver em atividades de lazer e de manter relações próximas. No entanto, apesar das adversidades, os participantes relataram lidar com uma doença sem cura: vivendo o momento, mantendo a normalidade e buscando conforto espiritual¹².

No contexto do reconhecimento de sua finitude, os idosos entrevistados relataram a necessidade de manter a normalidade enquanto enfrentavam uma doença sem cura, a importância de viver o momento sem se preocupar com o futuro e a busca por conforto

espiritual por meio do perdão, renunciando rancores e ampliando suas perspectivas de vida¹².

Na Nova Zelândia, um estudo longitudinal realizado com 25 idosos com cardiopatia grave em que se buscou acompanhar a transição da independência para a dependência e morte, encontrou os seguintes achados: para os participantes, a transição não foi um processo linear simples, mas complexo e desafiador. As perdas, durante a transição, foram múltiplas: desde a perda de relações com amigos, hobbies e da sua própria casa, já que para alguns houve a necessidade da mudança de residência¹¹.

Embora as múltiplas perdas levassem alguns idosos com cardiopatia grave ao desejo de apressar a morte por perderem as esperanças ao olharem para o futuro e não perceberem um sentido, nada a esperar. Por outro lado, embora sabendo que o fim estava próximo, outros ainda queriam viver, queriam realizar desejos e tinham o suporte de amigos, familiares e comunidade. Frente à incerteza da morte, alguns idosos optaram por viverem aproveitando ao máximo um dia de cada vez¹¹.

CONCLUSÃO

O envelhecimento propicia o acúmulo de perdas, que significam mortes simbólicas: perde-se o vigor físico, entes queridos, a força das relações emocionais, o convívio social e também o seu valor como pessoa em uma sociedade pautada na produtividade.

A síntese dos estudos analisados indica que diante do envelhecimento e da morte, seja ela uma morte simbólica ou a percepção da própria finitude, os idosos utilizaram estratégia de enfrentamento com resultados favoráveis e desfavoráveis à saúde. As estratégias favoráveis foram: negociação, aceitação, acomodação, procura por suporte social, procura por conforto espiritual e viver o momento; e as estratégias desfavoráveis foram: luto antecipado, desejo de morrer, isolamento e submissão.

Sendo assim, pode-se afirmar que enquanto alguns idosos enfrentavam o envelhecimento e a finitude com um luto antecipado e com desejo de morrer, devido ao medo da dependência e de se tornar um fardo para os familiares; outros enfrentavam o envelhecimento, as perdas e a finitude buscando conforto espiritual, suporte social e aceitação.

REFERÊNCIAS

1. Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. Adult development and aging. 6ª ed. USA: Cengage Learning; 2011.
2. Jaramillo IF, Fonnegra LJ. Los duelos en la vida. Colômbia: Grijalbo; 2015.
3. Farber SS. Envelhecimento e elaboração das perdas. Terc Idade Estud Envelhec [Internet]. 2012 [acesso em 13 jan. 2017];23(53):7-17. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/cd42b419-7df9-4182-8a57-4188279cf8a5.pdf
4. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson BL, Loftus GR, Lutz C. Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. 16ª ed. [New Delhi]: Cengage Learning; 2015.
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
6. Rodrigues FSS, Polidori MM. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. Rev Bras Cancerol. 2012;58(4):619-27.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein. 2010;8(1):102-6.
8. Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Bouchal SR, Chochinov HM, et al. Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. Palliat Med. 2016:1-11.
9. Dockendorff DCT. Healthy ways of coping with losses related to the aging process. Educ Gerontol. 2014;40(5):363-84.
10. Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):2487-96.
11. Waterworth S, Jorgensen D. It's not just about heart failure: voices of older people in transition to dependence and death. Health Soc Care Community. 2010;18(2):199-207.
12. Ho AH, Chan CL, Leung PP, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SM, et al. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. Age Ageing. 2013;42(4):455-61.
13. Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. Crisis. 2011;32(4):194-203.
14. Maxfield M, Pyszczynski T, Greenberg J, Pepin R, Davis HP. The moderating role of executive functioning in older adults' responses to a reminder of mortality. Psychol Aging. 2012;27(1):256-63.
15. Hutnik N, Smith P, Koch T. What does it feel like to be 100? Socio-emotional aspects of well-being in the stories of 16 Centenarians living in the United Kingdom. Aging Ment Health. 2012;16(7):811-8.
16. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. Psychol Bull. 2003;129(2):216-69.
17. Palgi Y, Shrira A, Ben-Ezra M, Spalter T, Shmotkin D, Kaveh G. Delineating terminal change in subjective well-being and subjective health. J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci. 2010;65(1):61-4.

Recebido: 13/06/2017

Revisado: 14/09/2017

Aprovado: 02/10/2017