

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 1-13, jan.-dez. 2023 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p>
<p>http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961</p>	

SEÇÃO: ARTIGO

O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos Cuidados Paliativos¹

Anticipatory grief and family's coping strategies in palliative care

Duelo anticipatorio y estrategias de enfrentamiento familiar en cuidados paliativos

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis²

orcid.org/0000-0002-8935-4715
cristinedosreis@gmail.com

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré³

orcid.org/0000-0003-2468-8180
carmenloom@gmail.com

Marina Menezes³

orcid.org/0000-0002-8518-8684
menezesmarina@yahoo.com.br

Recebido em: 18 jan. 2021.

Aprovado em: 7 jul. 2022.

Publicado em: 21 nov. 2023.

Resumo: O luto antecipatório coloca os familiares diante da necessidade de articular estratégias de enfrentamento em resposta às demandas nos Cuidados Paliativos. Este estudo, de abordagem qualitativa, teve como objetivo caracterizar as estratégias de enfrentamento de familiares no contexto dos Cuidados Paliativos e do luto antecipatório. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com 14 familiares de pacientes em Cuidados Paliativos. Os dados foram analisados com base na *Grounded Theory*, com auxílio do *software* ATLAS.ti 7.5. Os resultados revelaram que as estratégias de enfrentamento foram atravessadas pelo processo marcado pelos significados atribuídos à morte, pelas conversações sobre esta, pelas implicações do processo de fim de vida, e pelo planejamento da morte. Observaram-se estratégias destinadas à resolução de problemas para contornar as emoções, com base nas relações interpessoais e na religiosidade/espiritualidade. Destaca-se a importância de reconhecer essas estratégias e sua expressão como indicadores do luto antecipatório, a fim de melhor subsidiar as intervenções no contexto dos Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: cuidados paliativos, cuidadores, enfrentamento, família, luto antecipatório

Abstract: The anticipatory grief puts the relatives in front of the necessity to articulate coping strategies, in the face of the demands in the Palliative Care. This qualitative study aimed to characterize the family members' strategies for coping in the context of Palliative Care and anticipatory grief. There were realized interviews with 14 relatives of patients in Palliative Care. The data were analyzed based on Grounded Theory, with assistance of ATLAS.ti 7.5. The results indicated that the strategies for coping were crossed by the process marked by the meanings assigned to death, by the conversations about this, by the implications of the end-of-life process. Strategies for solving problems were observed, to overcome emotions, based on interpersonal relationships and religiosity/spirituality. Stands out the importance of the recognition such strategies and their expression, as indicators of anticipatory grief, in order to subsidize the interventions in the Palliative Care context.

Keywords: palliative care, caregivers, coping behavior, family, anticipatory grief

Resumen: Las demandas de los Cuidados Paliativos y el duelo anticipado ponen a los familiares ante la necesidad de articular estrategias de afrontamiento. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo caracterizar las estrategias de afrontamiento de los miembros de la familia en el contexto de los cuidados paliativos y del duelo anticipatorio. Se realizaron 14 entrevistas a familiares de pacientes cuidadores. Los datos se analizaron en base a *Grounded Theory*, con la ayuda del *software* ATLAS.ti 7.5. Las estrategias de afrontamiento fueron atravesadas por los significados atribuidos a la muerte, por las conversaciones sobre ella, por



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ A pesquisa contou com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

² Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

las implicaciones del proceso del fin de la vida. Para superar las emociones se observó estrategias para la resolución de problemas, basadas en las relaciones interpersonales y la religiosidad/espiritualidad. Se destaca la importancia de reconocer tales estrategias y su expresión como indicadores de duelo anticipatorio, para mejor subsidiar intervenciones en los Cuidados Paliativos.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuidadores, enfrentamiento, familia, duelo anticipatorio

Os Cuidados Paliativos visam proporcionar qualidade de vida ao paciente e a seus familiares diante do diagnóstico de uma doença ameaçadora e sem possibilidade de cura. São promovidos por equipe multidisciplinar que busca oferecer ampla assistência nas esferas de ordem física, social, psicológica e espiritual, com base na identificação precoce da doença, prevenção e alívio do sofrimento, no controle e no tratamento da dor e outros sintomas (International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC, 2018). Nesse contexto, o adoecimento crônico ganha evidência, sendo caracterizado de acordo com o curso das suas fases de crise, crônica e fim de vida. A fase final compreende o período desde quando a proximidade da morte se faz aparente, até o luto e a elaboração da perda, evocando o sentimento de tristeza, diante da iminência da separação (Rolland, 2001).

Durante o processo de adoecimento e de cuidado em fim de vida, além de outras demandas, os familiares são convocados a realizar tomadas de decisão relativas ao paciente, o que pode levar o cuidador a ter de lidar com dilemas éticos (Coeelho et al., 2019). Cabe apontar que estudiosos têm debatido sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). As DAVs representam um documento que objetiva expressar, de maneira antecipada, a aceitação ou recusa do paciente em relação aos cuidados e tratamentos em saúde, cujas decisões no fim de vida são nucleares, no caso de tornar-se incapacitado a tomar tais decisões. Somado a isso, há a nomeação do procurador de cuidados em saúde, isto é, de um terceiro que faça valer a vontade expressa do paciente (Dadalto et al., 2013).

Diante das repercussões provenientes do processo de adoecimento e do acompanhamento da proximidade da finitude do paciente, as pessoas

envolvidas podem passar a vivenciar o luto antecipatório, o qual se constitui em um processo anterior à perda real e tem início desde o diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida (Fonseca, 2004; Overton & Cottone, 2016). Para Fonseca (2004), o luto antecipatório é considerado como parte do processo de luto e, em relação àquele, propõe fases, por vezes, simultâneas que as pessoas envolvidas podem vivenciar, como: choque, negação, ambivalência afetiva, revolta, negociação – acordo simbólico, com vistas a adiar a morte –, depressão – tristeza profunda –, aceitação e adaptação – momento no qual é possível dar encaminhamento para a elaboração da dor da perda e reorganizar-se emocionalmente (Fonseca, 2004).

Reiterando o caráter singular deste processo, Rolland (1990) propõe que, além das reações individuais, como negação, tristeza, raiva, ressentimento, culpa, exaustão, desespero e esperança, o luto antecipatório representa um processo interacional entre estas reações e a dinâmica familiar que pode variar conforme as experiências transgeracionais dos membros da família, o prognóstico da doença, as demandas psicossociais provindas desta e as crenças em relação à doença e à morte (Rolland, 1990). Ainda que as experiências entre os familiares estejam interligadas, cada membro vivencia esses momentos e elabora as perdas de maneira também singular, de modo que pode haver variação entre cada indivíduo em relação às etapas do luto (Overton & Cottone, 2016).

O luto antecipatório é um período que permite a resolução de conflitos e de questões pendentes e, sendo assim, destaca-se a comunicação entre os membros como um fator que possibilita tratar de aspectos importantes sobre o adoecimento e a morte (Fonseca, 2004; Franco, 2014). A interação comunicacional entre familiares e paciente pode acontecer em uma relação que varia desde a omissão do paciente sobre a situação, a enenação de que não há conhecimento sobre o que está acontecendo, até uma comunicação aberta, de modo que é possível tratar de assuntos de maneira franca, mesmo que isso seja doloroso

para os indivíduos (Fonseca, 2004). Cabe mencionar, também, que a comunicação obstruída pode estar sustentada pela superproteção do cuidador dirigida ao paciente (Coelho et al., 2019).

Um aspecto do luto antecipatório se refere ao manejo da relação com o paciente e pode ser representado pela resolução de conflitos, explicações, expressões de sentimentos, despedidas, entre outros (Fonseca, 2004). No contexto dos Cuidados Paliativos, o luto antecipatório é apontado como um processo ativo e dinâmico (Moon, 2016), sendo um importante elemento para a prevenção de entraves na elaboração do luto pós-morte (Franco, 2014). A vivência desse processo permite a possibilidade de elaborar as perdas, ao longo da trajetória do adoecimento, o que favorece a adaptação e a aceitação da iminência da finitude (Bastos, 2019). De acordo com Fonseca (2004), encaminhar o luto após a morte pode ser considerado como uma das principais funções do luto antecipatório, o que, alerta o autor, não exclui as repercussões geradas pela morte, quando ela ocorre.

Em relação à possibilidade de morte, Bastos (2019), em pesquisa com os pais de crianças e adolescentes com câncer, observou resultados que elucidaram um movimento ambivalente por parte dos familiares. Por um lado, estava a esperança de melhora e, de outro, a consciência da finitude (Bastos, 2019). A ambivalência também se mostrou presente nos achados de Coelho et al. (2019), sobre a experiência dos cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal, dada a oscilação entre a concepção da morte provocar tristeza – advinda da separação do paciente – e a percepção de que ela representaria o alívio para o sofrimento do paciente e do familiar, o que indica, conforme o estudo de Lima e Machado (2018), o fim aos efeitos causados pela doença (Lima & Machado, 2018). A esperança de que o processo de morte fosse com qualidade é destacado no estudo de Breen et al. (2018), o que evidencia o controle de sintomas como um importante elemento que pode trazer a sensação de atenuação do sofrimento do paciente, tornando o processo de morrer menos penoso para todos os envolvidos (Lima & Machado, 2018).

No transcorrer dessa trajetória, os familiares tendem a imaginar como será após o óbito, já que a morte do paciente também pode ser compreendida como o período em que a família busca reorganizar-se (Rolland, 1990, 2001). É possível que se façam planos para o futuro, dentre os quais, o desejo dos familiares de retomar a vida como ela era antes (Bastos, 2019), ainda que nem todos consigam olhar para a ausência do paciente (Coelho et al., 2019), manifestando receio do desconhecido e do porvir. Organizar-se em relação aos acontecimentos futuros também pode estar relacionado ao planejamento dos procedimentos para a morte do paciente, no que tange aos aspectos práticos, como os testamentos e funerais (Breen et al., 2018). Além disso, a vivência do acompanhamento do processo de morrer de um ente querido pode levar à resignificação da própria vida, por meio de reflexões e atribuição de sentido à experiência (Lima & Machado, 2018). Dessa forma, é preciso considerar também os aspectos culturais que se atravessam às singularidades das reações dos familiares frente à perda de um ente querido (Fonseca, 2004).

Tendo isso em vista, ao conseguir compreender que o paciente está em processo de fim de vida, a família tende a reorganizar seus recursos para o enfrentamento da iminência da perda (Fonseca, 2004). No que diz respeito a tais recursos, Folkman (2010) definiu estratégias de enfrentamento como esforços cognitivos e comportamentais, movidos para administrar e minimizar uma situação considerada estressora que excede os recursos pessoais do indivíduo. No processo de luto antecipatório, trata-se de uma tentativa de administrar as demandas e as emoções provenientes destas, face ao encontro com o estressor, a fim de lidar com a perda (Fonseca, 2004). As estratégias de enfrentamento podem estar focadas na emoção quando visam à redução do sofrimento emocional, por meio de ações como evitação, minimização, consideração dos aspectos positivos de eventos negativos, fumar um cigarro, tomar tranquilizantes, praticar exercícios físicos e buscar psicoterapia. Também podem ser focadas no problema quando,

através de comportamentos como avaliar a situação e as alternativas, busca-se alterar o problema que deu origem ao estresse. Nesse caso, poderá haver a redefinição do elemento estressor – ao se tratar de uma fonte interna de estresse – e a resolução de conflitos interpessoais ou solicitação da ajuda prática de outras pessoas – quando a fonte for externa (Antoniazzi et al., 1998; Fonseca, 2004; Folkman, 2010).

Nessa direção, Panzini e Bandeira (2007) discorrem sobre as estratégias religiosas/espirituais, baseadas na religião, na espiritualidade ou na fé, para manejar o estresse proveniente de problemas ou situações que provocam efeitos adversos. No contexto dos Cuidados Paliativos, estudos apontam para o emprego de recursos religiosos/espirituais e da fé, como maneira de proporcionar o sentimento de esperança e de produzir sentido diante do processo de morrer do paciente (Bastos, 2019; Lima & Machado, 2018; Özdemir et al., 2020). Tais recursos podem auxiliar no processo de transição, adaptação e suporte, bem como proporcionar amparo e alívio (Bastos, 2019; Lima & Machado, 2018). Nesse contexto e na vivência do luto antecipatório, pesquisas (Özdemir et al., 2020; Moon, 2016) destacam a participação dos profissionais no suporte e na promoção do bem-estar espiritual.

Além disso, os recursos para o enfrentamento podem ser direcionados às estratégias cunhadas na busca de apoio para a resolução da situação estressora, nas pessoas que compõem seu universo relacional (Wottrich, 2016). Isso torna tais estratégias de enfrentamento focadas nas relações interpessoais que constituem as redes sociais significativas. Estas são representadas por aquelas pessoas que o indivíduo percebe como importantes e que contribuem para o reconhecimento de si, além de desempenharem funções, como a de ofertar apoio emocional, companhia, conselhos e ajuda material, entre outros, que podem auxiliar em momentos de crise (Sluzki, 1997). Assim, diante da elaboração do luto, consideram-se as redes sociais como aliadas na articulação de recursos de enfrentamento (Luna & Moré, 2020).

Ademais, pesquisas relativas ao processo de luto antecipatório indicam a articulação de recursos interpessoais, no que tange ao compartilhamento com pessoas que estavam vivenciando situações semelhantes (Bastos, 2019), a procura por interações que pudessem oferecer distração, bem como engajar-se no trabalho, caminhar na natureza, praticar meditação e conectar-se com Deus (Coelho et al., 2019). Por outro lado, há a concepção, por parte dos cuidadores, de manifestar controle emocional (Bastos, 2019) e não expressarem seus sentimentos, a fim de proteger o paciente (Coelho et al., 2019).

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi o de caracterizar as estratégias de enfrentamento de familiares, no contexto dos Cuidados Paliativos e do luto antecipatório. Evidencia-se a relevância deste estudo, haja vista a possibilidade de visibilizar elementos que indiquem a vivência do luto antecipatório e os recursos que os familiares articulam, a fim de gerenciarem essa experiência. Isso, por sua vez, pode contribuir com a produção científica sobre a temática, a qual tende a ser menos direcionada aos familiares, em comparação aos pacientes, além de qualificar as intervenções em Cuidados Paliativos, favorecendo o reconhecimento do processo de luto antecipatório, a fim de melhor encaminhá-lo, bem como o processo de luto após a morte.

Método

Delineamento e participantes

Realizou-se uma pesquisa qualitativa com 14 familiares de pacientes em Cuidados Paliativos. O número de entrevistas teve como parâmetro a saturação teórica dos dados, ou seja, considerou-se que as informações coletadas passaram a se repetir, e novas entrevistas não gerariam dados significativos para a discussão dos objetivos propostos no estudo (Turato, 2013).

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar de alta complexidade que se caracteriza como um local de referência no tratamento oncológico, tanto para a cidade onde ele se encontra, como em termos estaduais e para os

estados vizinhos. Localizada na região Sul do Brasil, possui uma Unidade de Suporte Oncológico destinada aos pacientes em Cuidados Paliativos, os quais são desempenhados por uma equipe multiprofissional. Para acessar os participantes, esclareceu-se, para a equipe médica e de psicologia, que se buscavam familiares de pacientes cujo quadro de saúde era considerado estável pela equipe, sendo este o critério de inclusão dos participantes. Nesse sentido, a pesquisadora perguntava para um destes profissionais, diariamente, sobre a situação dos pacientes e de quais familiares seria possível se aproximar. Inicialmente era explicado o propósito da pesquisa e confirmado o desejo de o familiar participar.

No que tange às características sociodemográficas dos participantes familiares cuidadores, nove eram do sexo feminino e cinco eram do sexo masculino, com idades entre 25 e 72 anos. Os participantes declararam sobre sua religião e/ou crença espiritual serem, em maior número, católicos (5) e evangélicos (2). O vínculo entre o familiar e o paciente era, de modo mais prevalente de: cônjuges (2); filhos (9). As idades dos pacientes variaram entre 36 e 84 anos.

Procedimentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro continha perguntas acerca dos dados sociodemográficos, do significado atribuído à entrada em Cuidados Paliativos e ao processo de adoecimento do paciente diante da possibilidade de morte, das decisões relativas a este processo, de como o participante havia enfrentado a situação e das conversações desenvolvidas sobre a morte. Todas as entrevistas, realizadas entre outubro e dezembro de 2019, foram gravadas, posteriormente transcritas e analisadas. Anterior à etapa das entrevistas, a pesquisadora realizou uma observação participante na instituição local da pesquisa.

Ressalta-se que, em todas as entrevistas, prezou-se pela privacidade e pelo zelo em relação ao participante. Assim, todos os cuidados éticos foram preservados, mediante esclarecimento do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi autorizada tanto pelo Comitê de Ética da instituição hospitalar, quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número CAAE: 03196118.2.0000.0121.

Os dados que emergiram da coleta de dados foram analisados e organizados por meio da *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 2008), com o auxílio do *software* ATLAS.ti 7.5. Realizaram-se as etapas de codificação: aberta, axial e seletiva. Isto é, respectivamente: exame detalhado das entrevistas, em que cada fala foi representada por um código, agrupado em termos explicativos amplos; reagrupamento dos elementos identificados na codificação anterior, relacionando as categorias e subcategorias; e compreensão do fenômeno central, refinamento, integração dos dados e construção de categorias inter-relacionadas (Strauss & Corbin, 2008). Com base nesse processo, os resultados foram organizados em três categorias centrais, subcategorias e elementos de análise, os quais são sublinhados ao longo dos resultados.

Resultados

Reconhecendo os caminhos para o processo final

Por meio dos significados atribuídos à morte e ao processo de morrer do paciente em Cuidados Paliativos

Os significados que permearam o processo de morrer do paciente estiveram em torno da concepção de ser algo *natural*, haja vista que: "a gente sabe que aqui é o ciclo da vida". (P6), além de um momento em que aconteceria o *descanso* do paciente, a partir da percepção do alívio do sofrimento deste: "No fim, a gente já tá pedindo que Deus tenha piedade, que deixe ela descansar, porque é muito sofrimento" (P10). Havia um "pedido a Deus" para que a morte acontecesse, mesmo que isso pudesse causar o sofrimento dos familiares. O processo de morrer também foi considerado uma *oportunidade*, ao passo que

proporcionou aprendizagem ao acompanhar sua "construção" junto ao paciente, gerando para o cuidador a possibilidade de refletir sobre a vida.

Por outro lado, a possibilidade de morte do paciente foi considerada como algo *terrível*, sendo "difícil pensar sobre a perda", ou mesmo falar sobre ela, além de ganhar a conotação de "tempestade" pela qual paciente e familiares estariam passando. Nesse sentido, foi mencionada a tentativa de "não pensar" sobre isso: "Então, isso é uma coisa que eu deixo lá pro canto da mente (P7)". Os efeitos da doença avançada também geraram a sensação de que o paciente estava se "esvaindo" e, nessa direção, que se aproximava da *reta final*. Por sua vez, houve questionamentos relativos a "se já tá na hora de ele ir, eu não sei..." (Pg).

Por meio das conversações sobre a morte e o processo de morrer

Diante da piora do quadro de saúde do paciente, os familiares mencionaram *conversar com a família* sobre assuntos que envolviam a possibilidade e iminência da morte: "esse último mês que ele ficou mais debilitado, eu acho que a gente se propôs a conversar mais sobre isso" (P8). As conversas a respeito da morte também foram tecidas com o *paciente*, sendo que elas foram explícitas: "a gente já conversou a respeito de quase tudo que possa acontecer" (P4); ou como uma "escapadinha, pra dar uma entrada um pouquinho no assunto" (P7).

Conversar com a equipe, por sua vez, esteve relacionado à busca de informações sobre a perspectiva de vida do paciente. Já as *conversas sobre a sedação* aconteceram diretamente com o paciente, entre os acompanhantes ou entre os membros da família. A questão sobre a sedação também esteve associada com o fato de abreviar a vida: "É, não falou essa palavra, mas a gente conversou, meu irmão disse assim 'acho que ele vai sentir *putz*, tão me matando'" (Pg). De modo geral, as conversações foram apontadas como elementos que favoreceram a consciência da proximidade da morte: "a gente conversou sobre a questão de perspectiva, ele [profissional da equipe] me explicou mais ou menos, então tá

todo mundo bem ciente do que pode acontecer nas próximas semanas, próximos dias (P11)", bem como a aceitação. Por outro lado, é possível que as conversas tenham sido evitadas, quando o familiar não quis dar prosseguimento à conversa com o paciente, frente à tentativa de diálogo deste; por "não gostar" de falar sobre esse assunto; quando o familiar teve a percepção de que o paciente não estava preparado para tal; ou na tentativa de não "ficar pesado".

A partir das implicações e do planejamento do processo de fim de vida do paciente

Ao serem questionados sobre como seria ter de tomar decisões *sobre a sedação*, os familiares mencionaram "não saber como seria", que não conseguiam "lidar com isso", ou que não queriam que deixassem o paciente "só dormindo", além de uma "decisão drástica". Outros familiares relataram que seriam favoráveis a essa decisão, caso representasse "o melhor para o paciente", quanto ao controle de sintomas e ao alívio para o seu sofrimento. Uma participante (P3) mencionou ter conhecimento e estar realizando, junto ao paciente e familiares, as *diretivas antecipadas de vontade*. Com exceção desta e de P12, que referiu "já ter escutado algo sobre Testamento Vital", nenhum outro familiar sabia do que se tratava.

O planejamento do processo de fim de vida e de morte teve como base os *desejos do paciente* para após sua morte, quando este se manifestou sobre onde gostaria de ser enterrado, se gostaria de ser cremado, qual o destino das suas cinzas e aquilo que ele gostaria que fosse feito com seus pertences materiais. A partir disso, os relatos sobre os procedimentos para a morte compreenderam a definição do funeral, velório, enterro, cremação e cultos a serem realizados. Por sua vez, tais medidas implicaram em ter de tomar decisões e em despesas financeiras geradas pela necessidade de providenciá-los: "Vender o carro, pra poder pagar o funeral" (P14). Além desta decisão, o processo de fim de vida convocou os familiares a se organizarem em relação aos aspectos práticos e burocráticos como aqueles relativos aos bens materiais e financeiros do

paciente, além de herança e inventário. Relativo a isso, P8 mencionou ainda que os familiares omitiram do paciente, para que "as coisas não ficassem tão claras".

Vivendo o luto antecipatório

Por meio dos sentimentos e reações relativos à possibilidade de morte e ao processo de morrer do paciente

A possibilidade de morte e o processo de morrer do paciente provocaram *sofrimento* e tristeza nos familiares, tendo a conotação de ser doloroso, além de ter provocado medo de que o paciente morresse em agonia. As reações englobaram a *revolta contra Deus*, pelo fato de não ter impedido o agravamento da situação, além do *desejo de que "fosse rápido"* para poupar o paciente dos efeitos da doença, o que se contrapõe ao desejo, também manifesto, de ter mais tempo junto ao ente querido.

Nesse sentido, os familiares relataram o movimento de *ficar próximo do paciente*, além de "resgatar memórias" e produzir materiais com o paciente, como vídeos. Estar junto ao paciente também se constituiu como momentos para *despedir-se*: "eu quis passar um tempinho, porque vai que ele... vai que ele fosse e eu não... não teria me despedido, não teria ficado com ele (P12)".

A partir da assimilação da possibilidade e iminência da morte

O *processo de aceitação da morte* foi sinalizado como um processo de "construção", em que o tempo foi destacado como um elemento importante para a elaboração: "a gente precisava desse tempo pra que a gente pudesse acolher o que veio pra gente" (P8). Dessa maneira, os familiares mencionaram se sentir mais "preparados" para quando a morte acontecesse, mesmo que "que ninguém tá preparado pra tudo 100%" (P4). Sob outro viés, outros participantes disseram não conseguir lidar com essa possibilidade, relatando não aceitação.

Tais aspectos apontam para os *processos singulares na família*, no que tange à vivência do luto

antecipatório, da antecipação e da aceitação da morte. Houve posicionamentos que retrataram momentos diferentes do processo, em relação à perspectiva do participante, indicando que os membros estavam lidando com a iminência da morte de maneira a assimilá-la: "meu irmão também, dizendo 'ah, agora vamos aproveitar, vamos fazer de tudo', mas eu ainda não" (P2); ou, por outro lado, de maneira a rechaçá-la: "tem um... o médico, que quer salvar a todo custo, ele realmente tá no processo de negação muito grande" (P3). Nessa direção, nas narrativas dos participantes, emergiram histórias de outras mortes e lutos na família, no sentido de aproximar – no caso de familiares que morreram por conta de doenças – ou de se contrapor à situação do paciente – em se tratando de mortes repentinas – ou, ainda, de indicar o tempo em relação a perdas passadas: "que eu já perdi minha mãe, em menos de 2 anos agora eu tô com ele também" (P13).

No tocante ao luto antecipatório, nem todos os participantes referiram saber o significado deste. Outros mencionaram estar vivendo um *"pré-luto"*, o "luto antecipatório" e um luto "em parte". Segundo os familiares, estar diante desse processo permitiu a ressignificação da vida, tanto no que se refere à relação com outras pessoas, por "compreendê-las" melhor, quanto em se tornar "mais humano" e sentir que tinha mais forças do que imaginava.

Pensando na vida após a morte do paciente

A vivência do luto antecipatório também contemplou as reflexões dos participantes a respeito de como seriam as suas vidas, após a morte do paciente. Os familiares manifestaram que iriam *sentir falta* após o óbito, mesmo que naquele momento o paciente estivesse "dando trabalho", além da certeza do sofrimento e da presença de questionamentos: "eu pensei 'meu Deus, o que será de mim sem minha mãe, sem minha vó aqui?' (P6).

Além disso, indicaram *preocupação com os membros da família*, por conta de não saberem como estes lidariam com o óbito, dado o vínculo com o paciente, o que os levou a imaginarem

como poderiam *replanejar a organização familiar*. Ao imaginar como seria após a morte do paciente, os familiares também manifestaram o desejo de *retomar a vida*: "tenho que esperar todo esse desfecho aí pra mim poder retomar minha vida" (P5), além de terem feito planos, como o de prestar trabalho voluntário na instituição em que estavam recebendo tratamento, mudar de casa e "começar de novo".

Visualizando a emergência de estratégias de enfrentamento e de indicadores do luto antecipatório

Focadas no problema

As estratégias estiveram focadas no problema, à medida que os familiares cuidadores buscaram *focar no tratamento*, em detrimento de se utilizarem de outros recursos: "porque a gente também tava muito focado no tratamento aqui, de não perder o foco de alimentação e tudo" (P11). Também demonstraram *focar na resolução* do problema atual, ou seja, direcionaram-se ao que estava acontecendo naquele momento, a fim de não pensarem nas repercussões futuras: "o problema que eu tenho para resolver agora é esse, então eu vou resolver esse aqui" (P1).

Além disso, *separar as coisas*, como "separar em blocos (...) tá tudo na minha cabeça organizado em blocos, quando eu chego em casa é uma coisa, quando eu tô fora é outra", foi reconhecida como uma estratégia para dar conta dos desafios que surgiram de diferentes esferas da vida do cuidador. Frente à situação, em que a solução não pôde ser acessada, destaca-se a tentativa de *adaptar-se*: "não tem solução? Então vamos se adaptar aquilo'(...)" (P6).

Focadas na emoção

Estas estratégias reuniram o maior número de relatos, dentre os quais está o ato de *medicar-se*, além de os comportamentos de distração, relativos ao movimento de *desfocar-se da situação* com outras atividades que extrapolavam o contexto da doença e que foram relatadas através da tentativa de "espairecer", "tirar de dentro de si", "ter uma válvula de escape", "não pensar" a todo

o momento sobre o que estava acontecendo, além de tocar violão, cantar, escrever, olhar para o mar ou interagir com o animal de estimação. As *práticas integrativas* também foram citadas, destacando-se o uso de terapia de florais, acupuntura e aromaterapia. Houve a *busca por ajuda profissional*, a qual esteve relacionada à psicoterapia e ao auxílio de profissionais com formação na área da psicologia. Ainda, houve a manifestação de direcionar o foco para o trabalho e/ou estudo, a fim de não "cair ladeira abaixo" (P8).

Em face à ausência de respostas provocadas pelo avanço da doença, P7 mencionou ter buscado maneiras para lidar com esse momento através da sua *experiência de vida*: "A maneira pra lidar com essa situação é a que eu já tinha experiência um pouco da vida, a vida própria que me ensinou" (P7). Além disso, os cuidadores mencionaram a tentativa de "ficar forte" para amparar os demais familiares e "não se desesperar", a fim de cumprir as demandas que emergiam diante do processo nos Cuidados Paliativos.

Focadas nas relações interpessoais

As estratégias focadas nas relações interpessoais foram direcionadas a comportamentos como o de *conversar*, em especial com aquelas pessoas que já tivessem passado por situação semelhante "eu costumo dizer que só quem passa sabe" (P8). *Compartilhar nas mídias sociais* foi outro recurso relacional utilizado, por exemplo, através da criação de um canal no YouTube, em que a rotina do paciente era transmitida, além de escrever nas redes sociais.

A *participação em grupos da igreja*, como grupo de jovens ou de oração, foi um comportamento de interação social mencionado como facilitador do enfrentamento. Outro comportamento que representou uma maneira para lidar com as adversidades decorrentes do processo de adoecimento e de morte foi o de *apoiar-se nas relações familiares*, cujos membros representaram fonte de força, por meio de união e "um segurando a barra do outro" (P12). Por outro lado, os participantes também relataram o fato de não gostarem de expor os seus problemas, nem falar sobre aquilo que estavam sentindo, "guardando-os para si".

Focadas na religiosidade/espiritualidade

As estratégias de enfrentamento focadas na religiosidade/espiritualidade foram baseadas no movimento de *acreditar em* alguma instância que foi apontada como "algo que ajudou muito a gente a avançar, no sentido de refletir e ver as coisas de uma outra forma" (P8), sendo que o "lado espiritual" foi considerado um elemento que facilitou o processo de aceitação daquilo que estava acometendo paciente e familiar. O *apego* à fé foi mencionado como um recurso para lidar com a situação e, também, para dar "força" e entendimento. Ademais, a espiritualidade foi demonstrada de diferentes formas, como, por exemplo, o contato com a natureza, além de os familiares relatarem "*conversar com Deus*" para pedir força, para cuidar de si, ou para colocar a experiência que estavam enfrentando "na mão de Deus". Alguns participantes também mencionaram ter *recorrido às práticas religiosas/espirituais*, como ir ao centro espírita, à missa, aos ensinamentos da Bíblia e à oração: "meu remédio dos nervos é a oração" (P7).

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram que as estratégias de enfrentamento, utilizadas pelos familiares, estiveram ancoradas em um processo marcado pelos significados atribuídos à morte, pelas conversações sobre esta, pelas implicações do processo de fim de vida, além da necessidade de planejamento da morte. Tendo isso em vista, os significados que permearam o processo de morrer do paciente ganharam diferentes contornos que se manifestaram desde a consideração de algo natural, mediante o ciclo da vida, até a perspectiva de algo terrível. Tais considerações podem estar atravessadas pelas concepções da família sobre a doença e a morte (Rolland, 1990), além das experiências prévias e os significados atribuídos a estas, bem como à maneira como as perdas provenientes do processo atual estavam sendo administradas (Fonseca, 2004).

Destaca-se a ambivalência relativa à percepção da iminência da morte, sendo por um lado, representante de conforto e, por outro, causadora de dor, evidenciada nas narrativas dos participantes,

referentes ao desejo de alívio do sofrimento e tristeza, corroborando os estudos de Bastos (2019), Coelho et al. (2019) e Lima e Machado (2018). As conversações estiveram pautadas na possibilidade de morte e no processo de morrer do paciente, em especial, diante do agravamento do seu quadro de saúde. Por outro lado, os familiares também manifestaram evitar o teor dessa conversa. As conversas abertas, entre os membros da família e destes com o paciente, são consideradas importantes aliadas para tratar de aspectos relativos ao adoecimento e à morte, ainda que exponham os participantes ao sofrimento (Fonseca, 2004). Com base nisso, entende-se que nem todos os familiares conseguiram suportar o desenvolvimento dessas conversas, seja por limitação emocional, seja por interpretação dos sinais do paciente.

Observou-se que, relativo à decisão pela sedação do paciente, os familiares manifestaram ser favoráveis no caso de ela representar a melhor opção, face à exacerbação dos sintomas e ao conseqüente sofrimento do paciente. Isto é, o descontrole sintomático pareceu ser uma baliza importante para a tomada de decisão deste cunho. Diante disso, as repercussões da doença podem fundamentar o desejo de que a morte ocorra o mais breve e, por isso, destaca-se que o bem-estar do paciente é um elemento basal, para que o processo de morrer seja menos penoso para paciente e familiares (Lima & Machado, 2018). Além disso, reitera-se que, nos processos de adoecimento e fim de vida, os cuidadores precisam tomar decisões referentes ao paciente o que, por vezes, coloca-os frente a dilemas éticos (Coelho et al., 2019). Visualiza-se tal aspecto, por exemplo, nos casos em que a sedação foi considerada como um sinônimo de abreviar a morte do paciente, colocando os familiares diante de questões de ordem ética e emocional.

Esses elementos apontam para o caráter processual, no qual os familiares vão se confrontando com necessidades específicas de cada momento e, com o avançar da doença, os caminhos para o processo final vão se tornando cada vez mais evidentes. Nesse sentido, os familiares foram convocados a realizar planejamentos relativos ao fim de vida e de morte, que estiveram baseados

nos desejos do paciente. Para uma das participantes, tal processo forneceu subsídios para a elaboração das DAVs do paciente. Haja vista que estas diretivas são baseadas nas manifestações deste a respeito dos seus desejos, no tocante aos cuidados em saúde (Dadalto et al., 2013), considera-se uma ferramenta capaz de auxiliar os familiares nas tomadas de decisões, nos momentos em que estejam envolvidos em uma sobrecarga emocional, física e cognitiva. Cabe observar que o fato de apenas uma participante mencionar que a paciente havia manifestado as suas DAVs, parece indicar para a falta de conhecimento deste instrumento, nesse contexto. De modo geral, os procedimentos para a morte compreenderam a definição do funeral, velório, enterro, cremação e cultos a serem realizados. Outra implicação desse processo, manifestada pelos familiares, foi referente aos aspectos práticos e burocráticos. Tais organizações das famílias também foram reconhecidas na pesquisa de Breen et al. (2018).

O luto antecipatório passou a ser reconhecido pelos familiares, à medida em que a iminência da morte deu sinais mais claros e provocou sentimentos e reações, como o sofrimento, a revolta, o desejo de permanecer mais tempo com o paciente e de se despedir. O reconhecimento das fases do luto antecipatório, propostas por Fonseca (2004), foi visibilizado no ato de, por exemplo, revoltar-se contra Deus, ou no sofrimento, permeado por tristeza intensa. Ficar junto com o paciente foi valorizado pelos participantes, como um momento importante para aproveitar o tempo que restava entre paciente e familiares, como também destacaram Lima e Machado (2018) em seu estudo. Além disso, caracterizou-se como um momento de despedida que, nas palavras de Fonseca (2004), ocorre de maneira singular e representa um elemento para a resolução da relação com o paciente.

A assimilação e a aceitação da morte, última etapa sinalizada por Fonseca (2004), apontaram para um processo que oscilou entre os membros da família, ressaltando o caráter subjetivo e relacional do luto antecipatório, já que houve uma experiência interligada e compartilhada e, ao mesmo tempo, singular de cada membro (Overton & Cottone,

2016). Ademais, permearam, nas narrativas dos participantes, histórias de outras mortes e lutos na família, o que pode indicar que, no luto antecipatório, repercutem as experiências transgeracionais dos membros da família (Rolland, 1990), destacando-se a construção de significados perpassada por perdas e lutos passados (Bastos, 2019).

Os participantes desta pesquisa nomearam de formas distintas o momento pelo qual estavam passando, aproximando-o da preparação do luto. Estar diante desse processo, levou-os a considerar a oportunidade de ressignificar a vida, o que reforça o luto antecipatório como uma oportunidade de direcionar um outro olhar, com base na atribuição de sentido à experiência (Lima & Machado, 2018), o que faz deste um momento marcado pela construção de significados (Franco, 2014). Além disso, foi possível observar que, através dessa vivência, os familiares mencionaram se sentir mais preparados, evidenciando o luto antecipatório como um processo que favorece a adaptação e a aceitação da iminência da finitude e, em consequência, o encaminhamento do luto após a morte (Bastos, 2019; Fonseca, 2004).

O transcorrer da trajetória de fim de vida de seus familiares levou os participantes a imaginar como seria a própria vida após a morte do paciente, o que envolveu a projeção dos sentimentos decorrentes da falta do mesmo e a preocupação com o futuro, além da necessidade de reorganizar a família e do desejo de retomar a vida. Tendo isso em vista, a morte do paciente, ainda que possa provocar receio ou que o indivíduo não consiga conceber este acontecimento, também representa um momento de reorganização tanto da vida familiar quanto da vida pessoal (Bastos, 2019; Breen et al., 2018; Coelho et al., 2019; Rolland, 2001). Nesse contexto, destaca-se a importância do papel dos profissionais da equipe que, tendo conhecimento sobre o processo de luto antecipatório, pode promover um ambiente de acolhimento (Moon, 2016).

Diante da vivência desse processo, alguns familiares lançaram mão de estratégias, conforme suas possibilidades subjetivas e relacionais. Elas estiveram focadas no problema, no tratamento ou na resolução, isto é, os cuidadores recorreram

a recursos, a fim de ponderar a situação problemática e as alternativas para tal. Além disso, direcionaram-se a separar as coisas e adaptarem-se, ou seja, houve a tentativa de redefinir o elemento estressor (Antoniazzi et al., 1998; Folkman, 2010). Em outros casos, as estratégias estiveram focadas na emoção, à medida em que enveredaram esforços para proporcionar ao participante um conforto emocional (Antoniazzi et al., 1998; Folkman, 2010). Isso se deu por meio da distração com outras atividades, além do foco no trabalho/estudo, na adoção de práticas integrativas, na busca por ajuda profissional (Coelho et al., 2019; Fonseca, 2004; Luna & Moré, 2020), ou na experiência de vida. Houve, também, a adoção de comportamentos como ficar forte e guardar para si, corroborando os estudos de Coelho et al. (2019) e Bastos (2019) que apontam para a concepção da necessidade de um controle emocional para servir como suporte para o paciente. Acredita-se que é preciso considerar esse elemento, a fim de que ele não funcione como uma barreira para a expressão do sofrimento dos familiares.

Sob outro viés, alguns familiares demonstraram ter recorrido às estratégias focadas nas relações interpessoais, uma vez que ativaram os membros das suas redes sociais significativas para a obtenção de apoio (Wottrich, 2016). Através do comportamento de conversar e também de dividir as experiências com pessoas que estavam passando por situação semelhante, gerou-se um sentimento de reciprocidade (Bastos, 2019). Além disso, estiveram presentes o compartilhamento nas mídias sociais, a participação de grupos na igreja e o apoiar-se na família. A partir de tais aspectos, concebem-se as funções desempenhadas pelas redes sociais significativas, com destaque especial para a função de apoio emocional (Sluzki, 1997), reiterando-se a possibilidade de visualizar o engajamento destas redes como potencializador dos recursos de enfrentamento na vivência do luto (Luna & Moré, 2020). Cabe, ainda, marcar o lugar das mídias sociais nesse processo, à medida em que favorecem o compartilhamento e o alcance deste, constituindo-se como mais uma ferramenta no enfrentamento das perdas.

As estratégias de enfrentamento também estiveram focadas na religiosidade/espiritualidade, haja vista que se basearam nos preceitos da religião, espiritualidade ou da fé dos participantes, para dar conta das dificuldades que emergiram (Panzini & Bandeira, 2007; Özdemir et al. (2020). Na perspectiva dos participantes, o movimento de acreditar em algo, de apegar-se à fé, de conversar com Deus e de recorrer às práticas religiosas/espirituais auxiliou a refletir sobre aquilo que estavam vivenciando, favorecendo a aceitação do processo, assim como indicam os estudos sobre a oferta de suporte, acolhimento, alívio e produção de sentido, no luto antecipatório (Bastos, 2019; Breen et al., 2018; Lima & Machado, 2018).

Nessa direção, entende-se o modo como os familiares articularam suas estratégias de enfrentamento, com base nos significados atribuídos ao processo de morrer e ao manejo das implicações da trajetória de fim de vida, bem como sinalizam-se indicadores que possibilitam visualizar o luto antecipatório. Isto é, torna-se possível observar qual momento os familiares estão vivenciando, qual a relação que eles estabelecem frente à iminência de morte do paciente e quais os recursos disponíveis para administrar as demandas frente a isso. Nesse sentido, o contexto permite reconhecer como tais recursos são utilizados pelos familiares, pois, por exemplo, enquanto para uns, houve a tentativa de evitar e afastar a iminência da finitude, outros se relacionaram com esta – não sem dor –, buscando conversar e compartilhar vivências e encontrando oportunidades para simbolizar a perda.

Considerações finais

Observa-se a possibilidade de visualizar o percurso dos familiares no processo de fim de vida do paciente, a vivência do luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento articuladas ao contexto dos Cuidados Paliativos. Diante disso, entende-se que os familiares utilizaram estratégias de enfrentamento que estiveram vinculadas aos caminhos percorridos, em direção ao processo de final, que congregam desde os significados atribuídos ao processo de morrer, as oportunidades de conversações, até as ações e

decisões que envolvem o planejamento, para o fim de vida do paciente e suas implicações.

Dentre os significados atribuídos ao processo de morrer, destaca-se a representação de alívio do sofrimento vivenciado pelo paciente, haja vista que os desdobramentos da doença parecem ter sido elementos que balizaram a percepção sobre a tomada de decisão, como a sedação, além de terem permeado o desejo de que a morte acontecesse logo. A vivência desse processo pode levar a conversações entre os familiares, com o paciente, com a equipe de saúde e, por outro lado, a evitar os diálogos que envolvam a morte, seja pelo sentimento de despreparo para tais conversas, seja pelo intuito de proteger o paciente. Em relação a isso, entendem-se as conversações como espaços para que a família possa se organizar e, em alguma medida, preparar-se e, também para conhecer a perspectiva do paciente, o que, por sua vez, pode favorecer tanto o luto antecipatório, como o luto após a morte.

Além disso, frente à proximidade da iminência da finitude, os familiares foram impelidos ao planejamento do processo de fim de vida do paciente, por meio dos desejos manifestados por este, da definição dos procedimentos e das DAVs. Reflete-se sobre a importância da difusão do conhecimento sobre estas, haja vista a possibilidade de manifestação dos desejos do paciente, relativos às condutas a serem tomadas, o que facilita a orientação dos familiares na tomada de decisões complexas. Ademais, considera-se que estes elementos defrontam os familiares a sinais mais claros da proximidade da morte, marcando o reconhecimento da vivência do luto antecipatório. Tal vivência, por sua vez, remeteu ao momento do processo em que a possibilidade de morte do paciente ganhou contornos delineados, e os familiares se manifestaram por meio de sentimentos e reações relativos à morte que permitiram o encaminhamento para a assimilação da perda e reflexões sobre a própria vida após o óbito do paciente. O processo de assimilação e de aceitação se dá, também, de maneira singular para os membros da família, o que aponta para uma abordagem que respeite o tempo e os recursos de cada um, ainda que seja fundamental um trabalho que leve em consideração os aspectos familiares que atravessam o processo.

Diante disso, as estratégias de enfrentamento e, em especial, a singularidade da sua expressão, constituem-se como indicadores do luto antecipatório, uma vez que possibilitam a visibilização dos recursos subjetivos e relacionais de cada um, que são articulados ao entendimento e à relação que o familiar tem com a proximidade da morte do paciente. Ou seja, sinalizam a possibilidade de assimilação e aceitação da perda do paciente e o momento do processo de luto que podem estar vivenciando. Desse modo, é possível reconhecer de quais recursos os familiares dispõem e quais estratégias utilizam, com base em sua manifestação singular, a fim de fundamentar intervenções em Cuidados Paliativos que fortaleçam o indivíduo no enfrentamento, sem retirar deles as possibilidades que possuem.

Tendo em vista que esta pesquisa foi realizada em um contexto específico, qual seja, um hospital oncológico, com uma unidade de Cuidados Paliativos já desenvolvida – o que pode ser entendido como limitação do estudo – situa-se que novos estudos possam ser realizados, considerando outras realidades, como hospitais gerais, *hospices* e os Cuidados Paliativos domiciliares. Destaca-se que o presente artigo representa um avanço no conhecimento, à medida que evidencia as estratégias de enfrentamento como indicadores do luto antecipatório. Ademais, investiga as vivências dos familiares, os quais, com frequência, não representam o foco dos estudos em detrimento dos pacientes, tanto no que se refere às intervenções como às produções científicas. A partir disso, entende-se que este artigo produza subsídios para sustentar práticas em saúde, considerando que, com isso, os pacientes também podem ter um processo de morrer qualificado por essas experiências, além de oportunizar o encaminhamento da elaboração do luto dos familiares, tendo em vista o entendimento da função do luto antecipatório como um potencializador do encaminhamento do luto pós-morte.

Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>

- Bastos, A. C. S. B. (2019). *Na iminência da morte: Cuidado Paliativo e Luto Antecipatório para crianças/adolescentes e os seus cuidadores* [Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia]. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30441>
- Breen, L. J., O' Connor, M., Howting, D., & Halkett, G. K. B. (2018). Family caregivers' preparations for death: a qualitative analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1473-1479. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.018>
- Coelho, A., Brito, M. de, Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2019). Family caregivers' anticipatory grief: a conceptual framework for understanding its multiple challenges. *Qualitative Health Research*, 00(0) 1-11. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Dadalto, L., Tupinambás, U., & Greco, D. B. (2013). Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*, 21(3), 463-476. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300011>
- Fonseca, J. P. (2004). *Luto antecipatório*. Livro Pleno.
- Franco, M. H. P. (2014). Luto antecipatório em cuidados paliativos. In M. H. P. Franco, & K. K. Polido, *Atendimento psicoterapêutico no Luto* (pp. 26-35). Zagodoni.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908. <http://doi.org/10.1002/pon.1836>
- International Association for Hospice and Palliative Care (2018). *Global Consensus based palliative care definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>
- Lima, C. P., & Machado, M. A. (2018). Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 88-101. <https://doi.org/doi:10.1590/1982-3703002642015>
- Luna, I. J., & Moré, C. L. O. O. (2020). Redes pessoais significativas e os recursos de enfrentamento no luto. *Saúde & Transformação Social*, 11(1), 91-104. <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5337>
- Moon, P. J. (2016). Anticipatory grief: a mere concept? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(5), 417-420. <https://doi.org/10.1177/1049909115574262>
- Overton, B. L., & Cottone, R. R. (2016). Anticipatory grief: a family systems approach. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(4), 430-432. <https://doi.org/doi:10.1177/1066480716663490>
- Özdemir F., Doğan S., Timuçin Atayoğlu A. (2020). Psychosocial problems of family caregivers of palliative care patients and their spiritual coping styles. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56, 636-641. <https://doi.org/10.1111/ppc.12479> ÖZDEMIRET AL | 641
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (Enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Rolland, J. S. (1990). Anticipatory loss: a family systems developmental framework. *Family Process*, 29, 229-224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2209827>
- Rolland, J. S. (2001). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2. ed., pp. 393-408). Artmed.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Casa do Psicólogo.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2. ed.). Artmed.
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (6. ed.). Vozes.
- Wottrich, S. H. (2016). *Dinâmica relacional da rede pessoal significativa no contexto da cirurgia cardíaca: Perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos e médicos* [Tese de doutorado]. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167824>

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, SC, Brasil; mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em Santa Maria, RS, Brasil. Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), em Santa Maria, RS, Brasil.

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), em São Paulo, SP, Brasil. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, SC, Brasil.

Marina Menezes

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, SC, Brasil. Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis
Faculdade Integrada de Santa Maria
Rua Carlos Uhr, 875
97070220
Santa Maria, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.