

Estratégias de enfrentamento de familiares diante da terminalidade de pacientes idosos na UTI

Family members' coping strategies in the face of terminality of elderly patients in the ICU

Estrategias de afrontamiento de los familiares ante la terminalidad de pacientes ancianos en la UCI

Mirela Dortaⁱ

Heloisa Schwarzman de Araújo Silvaⁱⁱ

Resumo

Os familiares de pacientes idosos gravemente adoecidos e internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podem vivenciar o luto, principalmente perante a morte iminente; o enfrentamento dessa situação pode depender de diversos fatores. O objetivo deste estudo foi compreender as estratégias de enfrentamento e as percepções de familiares diante da terminalidade de pacientes idosos que estão internados na UTI. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, composta por uma amostra de 6 familiares de pacientes idosos em terminalidade, em um hospital público de grande porte. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, o Inventário de Estratégias de Coping e uma entrevista semiestruturada. Para as análises, foram utilizados o teste t de student e a correlação de Pearson. Os dados obtidos na entrevista foram avaliados a partir da técnica de análise clínico-qualitativa. Compreendeu-se que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos familiares foram “Reavaliação Positiva” e “Fuga e Esquiva”. Houve uma correlação negativa de estratégias de enfrentamento voltadas para o problema e

ⁱ Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3147-7747>. E-mail: mirela.dorta@gmail.com

ⁱⁱ Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2494-6250>. E-mail: helo.silva@gmail.com

o uso de álcool e do cigarro. Identificou-se que o luto antecipatório, a clareza da comunicação médica, o sentimento de esperança e o suporte social podem favorecer o enfrentamento da situação estressora.

Palavras-chave: UTI; Luto; Morte; Idosos.

Abstract

Family members of seriously ill elderly patients hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU) may experience grief, especially in the face of imminent death, and coping with this situation can depend on various factors. The aim of this study was to understand the coping strategies and perceptions of family members facing the terminality of elderly patients in the ICU. This is a qualitative and quantitative study, with a sample of 6 family members of elderly patients who are terminally ill in a large public hospital. A sociodemographic questionnaire, the Coping Strategies Inventory and a semi-structured interview were applied. For data analysis, the Student's t-test and Pearson's correlation were used, while the interview data were analyzed using the clinical-qualitative analysis approach. It was found that the coping strategies most used by family members were "Positive Reappraisal" and "Escape and Avoidance". A negative correlation was found between problem-oriented coping strategies and use of alcohol and cigarette. It was identified that anticipatory grief, clear medical communication, a sense of hope and social support can help cope with the stressful situation.

Keywords: ICU; Grief; Death; Elderly.

Resumen

Los familiares de ancianos gravemente enfermos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden experimentar duelo, especialmente ante la muerte inminente, y el afrontamiento de esta situación puede depender de diversos factores. El objetivo de este estudio fue comprender las estrategias de afrontamiento y las percepciones de los familiares ante la terminalidad de ancianos hospitalizados en la UCI. Se trata de una investigación cualitativa y cuantitativa, constituida por una muestra de 6 familiares de ancianos en estado terminal, en un gran hospital público. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y una entrevista semiestructurada. Para los análisis se utilizó la prueba t de Student y la correlación de Pearson y los datos obtenidos en la entrevista fueron evaluados mediante la técnica de análisis clínico-cualitativo. Se observó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los familiares fueron la "Reevaluación Positiva" y la "Evasión y Escape". Hubo una correlación negativa entre las estrategias de afrontamiento orientadas al problema y el consumo de alcohol y cigarrillos.

Se identificó que el duelo anticipatorio, una comunicación médica clara, el sentimiento de esperanza y el apoyo social pueden favorecer el afrontamiento de la situación estresante.

Palabras clave: UCI; Duelo; Muerte; Anciano.

INTRODUÇÃO

O luto pode ser caracterizado como uma reação diante da perda ou do rompimento de um vínculo entre uma pessoa e um objeto significativo e amado por ela, compreendido como um fenômeno natural dinâmico e singular que faz parte do processo do desenvolvimento humano. Qualquer situação de perda ou de rompimento profundo que tenha um grau significativo de investimento afetivo estabelecido pela pessoa pode ser considerada um processo de luto, seja de um status, de um bem material, de um emprego, ou qualquer objeto que seja importante. Por isso, o luto não está relacionado apenas a situações de morte de um ente querido (Soares & Castro, 2017).

Quando o luto é instalado diante da perda, o indivíduo também começa a vivenciar a sua elaboração, desligando da libido as lembranças, expectativas e esperanças relacionadas ao objeto perdido. Assim, o ego fica inibido diante da energia psíquica envolvida. Ao final deste curso, o ego fica livre e ocorre o deslocamento da libido do objeto perdido para outro objeto (Santos et al., 2017). Cada vínculo de um indivíduo com um objeto é único e possui diferentes significados. Desse modo, cada processo de enlutamento é único e pode variar em tempo e fases, não linearmente. A reação e o enfrentamento diante da situação também depende de diversos fatores do enlutado – como os recursos psicológicos, a personalidade, o contexto em que se encontra, a história passada de perdas – e da existência de redes de suporte sociais, familiares e religiosas e/ou espirituais (Monteiro et al., 2017).

As estratégias de enfrentamento são influenciadas por diversos fatores, mas se desenvolvem no sentido de minimizar o sofrimento relacionado à situação estressora, buscando resultar em um ajustamento biopsiossocial do sujeito. Existem dois tipos de estratégias de enfrentamento: (1) estratégias voltadas para o problema; (2) estratégias voltadas para a emoção. Na primeira, compreende-se o agente estressor, procurando solucioná-lo ou modificá-lo; na segunda, a ideia é diminuir a angústia causada pelo agente estressor, porém pode não ser resolutiva. As estratégias de enfrentamento podem funcionar tanto como um empoderamento quanto como uma vulnerabilidade para suplantação das dificuldades e complicações. Por isso, é importante e necessário perceber e identificar que tipo de estratégia o indivíduo experencia perante o luto a fim de desenvolver estratégias mais adaptativas e atenuadoras (Morero et al., 2018).

Diante do processo de adoecimento e hospitalização, por exemplo, os familiares do paciente podem experienciar diversas maneiras de enfrentamento, em face de possíveis angústias, inseguranças, anseios e medos, principalmente quando se refere à internação na Unidade de Terapia Intensiva, que atende a pacientes graves e/ou com risco de morte e que necessitam de um tratamento intenso, com assistência e monitoramento contínuos (Woinarovicz & Moreira, 2020). A complexidade desse ambiente hospitalar é capaz de desencadear ainda mais estresse, ansiedade e desequilíbrio nos familiares, além de sensação de impotência e vulnerabilidade. Estar diante da ameaça e da possibilidade da perda de um familiar gera um impacto psíquico subversivo e árduo para o indivíduo sustentar, e o enfrentamento pode depender de muitas variáveis, principalmente relacionadas ao paciente, ao vínculo do familiar com o paciente e à estrutura psíquica do familiar (Monteiro et al., 2017).

Os familiares de um paciente hospitalizado já podem vivenciar o luto simplesmente pela situação de o indivíduo estar longe da família, com a perda do contato constante, principalmente no setor da UTI, onde o paciente não pode ter um acompanhante, as visitas ocorrem em um período reduzido, não se pode ficar com pertences pessoais que facilitam a comunicação, como o aparelho celular. Tais situações são capazes de dificultar a manutenção e o fortalecimento dos vínculos afetivos. Outra questão que pode gerar o luto

nos familiares é o fato de o sujeito estar doente, isto é, ter perdido a saúde (Barth et al., 2016). Segundo Barbieri (2019), o luto é um processo cognitivo que envolve o enfrentamento e a reorganização dos pensamentos referentes à experiência da perda; a depender do tipo de morte vivenciada pela família e em qual fase da vida o paciente se encontra, a vivência do luto pode ser mais ou menos dolorosa. O envelhecimento, no caso de pacientes idosos, suscita a vinculação e a aproximação do processo de morte, aumentando a possibilidade do fim da vida. Por isso, os familiares, muitas vezes, quando internam um idoso adoecido, podem esperar que esse fim naturalmente aconteça, facilitando o enfrentamento da morte e o processo de luto, porém isso não é uma regra (Alves et al., 2019).

Tratando-se de um paciente idoso, a morte pode ser mais bem compreendida e assimilável pela família, já que, como um processo natural, é o mais esperado. Contudo, isso não quer dizer que não haja o luto, a existência de sofrimento ou a precisão de uma adaptação a uma nova estrutura familiar, pois tal contexto pode causar maior consolação e conforto à família, como um recurso para o enfrentamento da perda (Aciole & Bergamo, 2019). Como em qualquer outro processo de luto, de acordo com Peixoto et al. (2021), o enfrentamento e a evolução desse decurso irá depender do tipo de vínculo formado com o objeto, portanto, mesmo que se trate de um idoso, é algo particular e característico. Dependendo do significado da pessoa e da maneira como ocorreu a perda, em que circunstâncias, o luto pode ser enfrentado de maneira mais saudável, com a consciência do sofrimento, trabalhando a elaboração, a ressignificação e a reconstrução do mundo interno. Quando isso não é realizado, pode-se desenvolver um enfrentamento do luto e da terminalidade de maneira complicada, crônica e até patológica.

O luto antecipatório é um tipo de resposta e fenômeno adaptativo de pesar de indivíduos que não sofrem pela morte em si, mas pela situação de separação, de ameaça de morte e de perda iminente – tipo de luto sofrido comumente no âmbito hospitalar, ainda mais no contexto da UTI. Ele refere a uma perda futura e, portanto, esse tipo de luto pode ir preparando tanto os familiares quanto o próprio paciente, afinal, quando se percebe que a cura não é mais uma realidade e que não se pode mais modificar tal situação,

os familiares e o adoecido passam a focar o enfrentamento do que está por vir, reajustando-se, buscando trabalhar as possíveis reações e a aceitação da morte. Por isso, o luto antecipatório é considerado um facilitador para o enfrentamento da perda (Santos et al., 2017).

Diante disso, torna-se relevante entender a maneira como os familiares enfrentam o luto relacionado à terminalidade de pacientes idosos que se encontram no contexto da UTI, uma vez que, em pesquisas voltadas especificamente para esse tema, há poucos estudos direcionados aos familiares, sendo a amostra das pesquisas ligadas, principalmente, à equipe de enfermagem (Ferraboli & Quadros, 2020). Percebe-se que os estudos evidenciam o enfrentamento do luto do próprio paciente idoso ante o processo de hospitalização e de adoecimento, mas não se encontram pesquisas atuais sobre as estratégias de enfrentamento dos familiares diante da eventual morte de um idoso; a maioria das pesquisas foca bebês, crianças, jovens e adultos, pois é esperado que a morte de um idoso seja um acontecimento que cause maior facilidade de processamento e aceitação (Bugança & Kretzer, 2022). Contudo, a morte, o morrer, independentemente da fase da vida, implica questões individuais profundas e complexas, existindo uma necessidade de intervenções efetivas voltadas à finitude humana. Nesse sentido, faz-se indispensável e fundamental uma compreensão individual sobre cada percepção.

O objetivo principal deste trabalho é compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares diante do luto da terminalidade de pacientes idosos internados na UTI. Também é relevante para esta pesquisa perceber como a comunicação realizada pelo médico sobre a possível morte do idoso pode influenciar no enfrentamento dessa situação; quais são as experiências emocionais vivenciadas pelos familiares ao receberem tal notícia; qual é a percepção dos familiares diante da internação na UTI; entender como os tipos de suporte – familiar, social ou religioso/espiritual – influem nessa fase de enfrentamento do luto.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 6 familiares de pacientes idosos em situação de terminalidade, de acordo com a avaliação da equipe médica, internados em uma UTI de um hospital público de grande porte no estado de São Paulo. Entre os participantes, de ambos os sexos, 4 (66,7%) são mulheres. Em relação à idade, possuem de 32 a 63 anos ($M=47,7$; $DP=11,6$). Em relação aos pacientes internados, a idade variou de 64 a 76 anos ($M=69,7$; $DP=5,16$). A Tabela 1 apresenta os dados da caracterização dos familiares; a Tabela 2 apresenta os dados da caracterização dos pacientes internados. Foram utilizados nomes fictícios para os participantes da pesquisa de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos entrevistados e dos pacientes internados.

Tabela 1. Caracterização dos familiares

Participante	Sexo	Idade	Grau de parentesco	Estado civil	Escolaridade	Trabalha atualmente	Número de filhos	Religião	Uso de álcool	Uso de cigarro
Tamara	F	59	Prima	Casada	E. M. Completo	Não (Do lar)	3	Espírita	Sim (a cada 15 dias)	Sim (8 maços/semana)
Gabriel	M	32	Filho	Solteiro	E. M. Completo	Sim (Técnico de telecomunicações)	3	Messiânica	Sim (aos finais de semana)	Não
Daiane	F	40	Filha	Solteira	E. M. Completo	Sim (Ourives)	0	Evangélico	Não	Não
Karina	F	45	Sobrinha	Solteira	E. S. Completo	Sim (Vendedora)	0	Espírita	Não	Sim (2 maços e meio/semana)
Fausto	M	47	Filho	Solteiro	E. M. Completo	Sim (Autônomo)	0	Evangélico	Sim (diariamente)	Não
Mariana	F	63	Esposa	Viúva	E. M. Completo	Não (Do lar)	2	Católica	Sim (diariamente)	Não

Nota. Em Sexo: F= feminino; M= masculino.

Em Escolaridade: E.M.= Ensino Médio; E.S.= Ensino Superior.

Em Uso de cigarro: /= por (maços por semana).

Tabela 2. *Caracterização dos pacientes idosos internados na UTI*

Paciente	Sexo	Idade	Estado civil	Motivo da internação	Tempo de internação
Wanderley	M	64	Solteiro	Hemorragia Digestiva Alta (HDA)	22 dias
Marlene	F	70	Solteira	Acidente Vascular Cerebral (AVC) + Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	12 dias
Aparecida	F	69	Viúva	Pneumonia + Intestino Necrosado + Hérnia Umbilical	19 dias
Mirna	F	75	Solteira	Pneumonia + Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	15 dias
Josué	M	76	Divorciado	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	9 dias
Vicente	M	64	Divorciado	Insuficiência Cardíaca (IC)	10 dias

Nota. Em Sexo: F= feminino; M= masculino.

Os critérios usados para a inclusão dos participantes foram: (1) o familiar ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (2) ser familiar de um paciente idoso¹; (3) o paciente estar internado na UTI por, pelo menos, 24 horas e ter como causa da internação uma doença de base grave e em estado avançado; (4) o sujeito ser o membro da família responsável pelo paciente e aquele que é reconhecido pela equipe multidisciplinar como o cuidador familiar; (5) o familiar ter ciência, por meio da comunicação da equipe médica, sobre o agravamento do quadro clínico do paciente e sobre o risco de vida iminente.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico (Apêndice 1)

Foi elaborado pelas pesquisadoras para identificar dados pessoais. Composto por perguntas sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, grau de parentesco com o paciente, com quem mora, se está trabalhando atualmente, se possui filhos, religião, se possui diagnóstico de transtorno mental, se está fazendo acompanhamento ou tratamento psicológico, se está fazendo acompanhamento ou tratamento medicamentoso, se possui diagnóstico de

1 Segundo o Ministério da Saúde (2009), pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

doença preexistente, se faz uso de álcool (se sim, com que frequência), se faz uso de drogas (se sim, com que frequência), se faz uso de cigarro (se sim, com que frequência). O Questionário Sociodemográfico também foi elaborado para obter dados do paciente – como idade, sexo, estado civil, qual o motivo da internação do paciente e o tempo de internação – a fim de caracterizar a amostra estudada.

Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman (1984) (Anexo 1)

É um instrumento que possui o intuito de detectar estratégias de *coping* ou enfrentamento em situações distintas. A adaptação e a validação desse inventário para a população brasileira foi realizada por Savóia, Santana e Mejias (1996), e o instrumento se mostrou preciso e válido, apresentando boa consistência interna e 95% de confiabilidade. O instrumento é composto por 66 itens que descrevem pensamentos e ações utilizados pelas pessoas para lidarem com demandas internas ou externas. Em cada item, apresentam-se quatro opções, sendo que uma deve ser apontada em relação à frequência ou à intensidade com que o indivíduo agiu em relação ao evento estressor. As opções são: 0 – não usei esta estratégia; 1 – usei um pouco; 2 – usei bastante; 3 – usei em grande quantidade.

Os itens do inventário são agrupados em 8 fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Tais fatores são divididos da seguinte maneira: os itens 6, 7, 17, 28, 34 e 46 correspondem ao fator “Confronto”; os itens 12, 13, 15, 21, 41 e 44 correspondem ao fator “Afastamento”; os itens 10, 14, 35, 43, 54, 62 e 63 correspondem ao fator “Autocontrole”; os itens 8, 18, 22, 31, 42 e 45 correspondem ao fator “Suporte social”; os itens 9, 25, 29 e 51 correspondem ao fator “Aceitação de responsabilidade”; os itens 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58 e 59 correspondem ao fator “Fuga e esquiva”; os itens 1, 26, 39, 48, 49 e 52 correspondem ao fator “Resolução de problemas”; e por fim, os itens 20, 23, 30, 36, 38, 56 e 60 correspondem ao fator “Reavaliação positiva”.

Para melhor compreensão a respeito, segue a descrição de cada fator do Inventário de Estratégias de Coping de acordo com a percepção de Folkman e Lazarus (1988): *Confronto: Esforços agressivos para alterar a situação, sugerindo certo grau de hostilidade e de assumir riscos; *Afastamento: Esforços cognitivos de desprendimento e minimização do significado da situação; *Autocontrole: Esforços para regular os próprios sentimentos e ações; *Suporte social: Esforços para buscar suporte informacional, suporte tangível e suporte emocional; *Aceitação de responsabilidade: Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de resolvê-lo; *Fuga-esquiva: Esforços cognitivos e comportamentais para escapar ou evitar o problema (difere do fator afastamento, que sugere desprendimento); *Resolução de problemas: Esforços focados no problema, deliberadamente empregados com o objetivo de alterar a situação, associados a uma abordagem analítica para resolver o problema; *Reavaliação positiva: Esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal, incluindo dimensão religiosa.

Entrevista semiestruturada (Apêndice 2)

Em relação às percepções, aos sentimentos e às emoções dos participantes sobre o tema e a situação vivenciada, foi utilizada como instrumento uma entrevista com um roteiro semiestruturado, com questões abertas formuladas pelas pesquisadoras. As perguntas foram as seguintes: “1) Como é a sua relação com o paciente? O que ele representa diante da estrutura familiar? ”; “2) Como você se sente diante desta situação do adoecimento do paciente? ”; “3) Como você se sente diante do prognóstico reservado e da possibilidade de perda deste paciente idoso? ”; “4) Pensando neste contexto, a idade do paciente influencia na intensidade e na maneira geral como você percebe seu luto? ”; “5) Você já havia vivenciado alguma situação parecida ou já tinha tido algum contato relacionado aos temas do luto e de perdas anteriormente? ”; “6) Você possui algum tipo de apoio externo que acredita que pode estar influenciando nesse processo de enfrentamento do luto? (Ex. familiares, amigos, religião/espiritualidade) ”; “7) Como você percebe a forma da comunicação médica sobre esta situação? ”.

PROCEDIMENTOS

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital no qual foi realizado o estudo (CAAE: 59406422.2.0000.0073) e todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram aplicados individualmente, em uma sala reservada, na instituição em que foi realizada a pesquisa. A coleta de dados foi realizada anterior ou posteriormente ao horário de visita ao paciente, conforme preferido e escolhido pelo familiar. Foi realizada uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos. Por meio da metodologia quantitativa, o teste t de *student* foi utilizado para verificação de possíveis diferenças de médias no uso de estratégias de enfrentamento em relação às variáveis sociodemográficas dicotômicas, utilizando como significância $p < 0,05$. Também foram realizadas correlações entre as variáveis com o coeficiente de correlação de *Pearson*. A análise estatística dos resultados foi realizada por intermédio do Programa Estatístico Jamovi 1.1.9. (Navarro & Foxcroft, 2019).

Foi utilizada, também, uma metodologia clínico-qualitativa. O método da análise de conteúdo proposto por Bardin (1977) foi utilizado para analisar os dados coletados por meio das entrevistas e, a partir desse material discursivo, foram consideradas a presença ou a ausência de características dos conteúdos, buscando categorizar palavras ou frases do texto que prevalecem e/ou se repetem. Essa análise visa compreender o pensamento subjetivo do texto mediante o conteúdo que se expressa. A análise se organiza em: divisão do conteúdo em unidades de texto, agrupamento e categorização semântica e atribuição de significados às categorias. As respostas às questões abertas da entrevista semiestruturada foram gravadas com a autorização dos participantes e, posteriormente, ouvidas atentamente pelas pesquisadoras e descritas na íntegra para a leitura com a técnica de atenção flutuante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a análise descritiva, sobre a variável estado civil foi possível constatar que a maior parte da amostra é composta por solteiros (66,7%). Sobre o nível de escolaridade dos participantes, parte significativa deles possui até o ensino médio completo (83,3%). Quanto a estar trabalhando atualmente, a maioria da amostra é composta por pessoas que trabalham (66,7%). Sobre possuir filhos, 50% da amostra possui. Cem por cento dos participantes possuem uma religião.² A totalidade da amostra (100%) refere não possuir diagnóstico de transtorno mental, todos também relatam que não realizam acompanhamento e/ou tratamento psicológico, e 100% também não realizam tratamento medicamentoso. Sobre possuir uma doença preexistente, a maior parte da amostra refere que não possui (66,7%). Os participantes também responderam, em sua maioria, que fazem uso do álcool (66,7%); destes, 50% usam diariamente. Sobre o uso do cigarro, a maior parte da amostra usa (66,7%), e a totalidade dos participantes (100%) não faz uso de substâncias psicoativas ou drogas.

A Tabela 3 descreve a análise de resultados sobre média, mediana, intervalo mínimo-máximo, desvio-padrão e valor de *p* sobre os fatores do Inventário de Estratégias de *Coping*.

Tabela 3. Medidas descritivas dos fatores do Inventário de Estratégias de *Coping*

Variáveis	Média	Mediana	Mínimo-Máximo	Desvio-padrão	P
Confronto	1,33	1,00	0,00-3,00	1,03	0,47
Afastamento	2,50	3,00	1,00-4,00	1,22	0,10
Autocontrole	4,17	4,50	1,00-8,00	2,48	0,79
Suporte Social	3,83	4,00	1,00-6,00	1,72	0,83
Aceitação de Responsabilidade	1,83	1,50	0,00-5,00	1,94	0,45
Fuga e Esquiva	5,83	5,00	3,00-12,0	3,19	0,05*
Resolução de Problemas	5,50	5,00	4,00-7,00	1,22	0,10
Reavaliação Positiva	7,33	6,50	3,00-15,0	4,68	0,40

Nota. *A diferença é significativa no nível de $p=0,05$

² Por isso, não foi possível verificar, nesta pesquisa, as diferenças de média de pessoas que possuem e não possuem uma religião com as variáveis estudadas.

Com relação à distribuição das médias das respostas dos familiares, é possível observar que os fatores “Reavaliação Positiva” ($M=7,33$) e “Fuga e Esquiva” ($M=5,83$) foram os mais utilizados, seguido de “Resolução de Problemas” ($M=5,50$). O fator menos utilizado foi “Confronto” ($M=1,33$).

A média estatisticamente significativa foi a do fator “Fuga e Esquiva”. Esse tipo de estratégia, segundo Dias e Pais-Ribeiro (2019), volta-se para a emoção. O indivíduo, em um processo defensivo, evita confrontar-se de maneira realista com a situação de estresse por meio de comportamentos que desviam o seu foco da situação estressora. O fator com a maior média foi “Reavaliação Positiva”, mas não apresentou significância estatística. A reavaliação positiva é uma estratégia voltada para o problema, sendo considerada uma estratégia adaptativa diante da situação estressora que busca diminuir o impacto da fonte estressante, aproximando-se ativamente e positivamente do estressor. Tal fator pode estar relacionado à religiosidade, à espiritualidade da pessoa, voltando sua atenção para o desenvolvimento pessoal e positivo diante dos acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1984).

Não houve diferenças de média estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* utilizadas e os grupos do sexo feminino e do masculino.

Houve diferenças estatisticamente significativas entre o uso de estratégias de *coping* e as características sociodemográficas dos participantes relacionadas ao uso do cigarro e ao uso do álcool. A Tabela 4 e a Tabela 5 expõem os resultados.

Tabela 4. Medidas descritivas dos fatores do Inventário de Estratégias de Coping e o uso do cigarro

Estratégias	Uso do cigarro	N	Média	Desvio-padrão	t	p	d de Cohen																																																																																
Confronto	Não	4	1,75	0,95	1,60	0,18	1,38																																																																																
	Sim	2	0,50	0,70				Afastamento	Não	4	2,75	1,25	0,66	0,54	0,57	Sim	2	2,00	1,41	Autocontrole	Não	4	4,00	3,16	0,20	0,84	-0,18	Sim	2	4,50	0,70	Suporte Social	Não	4	4,75	0,95	2,91	0,04*	2,52	Sim	2	2,00	1,41	Aceitação de Responsabilidade	Não	4	2,50	2,08	1,25	0,27	1,08	Sim	2	0,50	0,70	Fuga e Esquiva	Não	4	6,25	3,94	0,41	0,70	0,35	Sim	2	5,00	1,41	Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00	Sim	2	5,50	2,12	Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14
Afastamento	Não	4	2,75	1,25	0,66	0,54	0,57																																																																																
	Sim	2	2,00	1,41				Autocontrole	Não	4	4,00	3,16	0,20	0,84	-0,18	Sim	2	4,50	0,70	Suporte Social	Não	4	4,75	0,95	2,91	0,04*	2,52	Sim	2	2,00	1,41	Aceitação de Responsabilidade	Não	4	2,50	2,08	1,25	0,27	1,08	Sim	2	0,50	0,70	Fuga e Esquiva	Não	4	6,25	3,94	0,41	0,70	0,35	Sim	2	5,00	1,41	Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00	Sim	2	5,50	2,12	Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14	Sim	2	4,00	1,41								
Autocontrole	Não	4	4,00	3,16	0,20	0,84	-0,18																																																																																
	Sim	2	4,50	0,70				Suporte Social	Não	4	4,75	0,95	2,91	0,04*	2,52	Sim	2	2,00	1,41	Aceitação de Responsabilidade	Não	4	2,50	2,08	1,25	0,27	1,08	Sim	2	0,50	0,70	Fuga e Esquiva	Não	4	6,25	3,94	0,41	0,70	0,35	Sim	2	5,00	1,41	Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00	Sim	2	5,50	2,12	Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14	Sim	2	4,00	1,41																				
Suporte Social	Não	4	4,75	0,95	2,91	0,04*	2,52																																																																																
	Sim	2	2,00	1,41				Aceitação de Responsabilidade	Não	4	2,50	2,08	1,25	0,27	1,08	Sim	2	0,50	0,70	Fuga e Esquiva	Não	4	6,25	3,94	0,41	0,70	0,35	Sim	2	5,00	1,41	Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00	Sim	2	5,50	2,12	Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14	Sim	2	4,00	1,41																																
Aceitação de Responsabilidade	Não	4	2,50	2,08	1,25	0,27	1,08																																																																																
	Sim	2	0,50	0,70				Fuga e Esquiva	Não	4	6,25	3,94	0,41	0,70	0,35	Sim	2	5,00	1,41	Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00	Sim	2	5,50	2,12	Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14	Sim	2	4,00	1,41																																												
Fuga e Esquiva	Não	4	6,25	3,94	0,41	0,70	0,35																																																																																
	Sim	2	5,00	1,41				Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00	Sim	2	5,50	2,12	Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14	Sim	2	4,00	1,41																																																								
Resolução de Problemas	Não	4	5,50	1,00	0,00	1,00	0,00																																																																																
	Sim	2	5,50	2,12				Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14	Sim	2	4,00	1,41																																																																				
Reavaliação Positiva	Não	4	9,00	4,96	1,32	0,25	1,14																																																																																
	Sim	2	4,00	1,41																																																																																			

Nota. *A diferença é significativa no nível de $p < 0,05$

O fator 4 do Inventário de Estratégias de Coping, que representa o “Suporte Social”, apresentou uma diferença de média estatisticamente significativa maior no grupo de pessoas que não fazem uso do cigarro ($M=4,75$; $DP=0,95$), $t(4,00)=2,91$, $p=0,04$, $d=2,52$ em relação às pessoas que fazem uso do cigarro ($M=2,00$; $DP=1,41$). Esse resultado descreve que pessoas com maior suporte social não fazem uso do cigarro. Os dados também estão relacionados ao que Dias e Pais-Ribeiro (2019) descrevem sobre as estratégias de enfrentamento voltadas para a emoção. Um estudo de Corradi-Webster et al. (2020) demonstra que existe uma associação entre o apoio social fragilizado, ou a ausência deste, e o uso de drogas lícitas e ilícitas, destacando o uso do tabaco. O suporte social pode funcionar como um fenômeno protetivo de patologias físicas/orgânicas e psíquicas capaz de auxiliar o sujeito a lidar com situações de angústia e de esgotamento, facilitando a confrontação de experiências e evitando que o sujeito sinta o desejo de se utilizar de artifícios para a fuga das situações, voltando suas estratégias para o problema.

Tabela 5. Medidas descritivas dos fatores do Inventário de Estratégias de Coping e o uso do álcool

Estratégias	Uso do álcool	N	Média	Desvio-padrão	t	p	d de Cohen																																																																																
Confronto	Não	2	1,50	2,12	0,25	0,81	0,21																																																																																
	Sim	4	1,25	0,50				Afastamento	Não	2	2,50	2,12	0,00	1,00	0,00	Sim	4	2,50	1,00	Autocontrole	Não	2	3,00	2,82	-0,78	0,47	-0,67	Sim	4	4,75	2,50	Suporte Social	Não	2	2,50	2,12	-1,49	0,20	-1,29	Sim	4	4,50	1,29	Aceitação de Responsabilidade	Não	2	1,50	2,12	-0,26	0,80	-0,23	Sim	4	2,00	2,16	Fuga e Esquiva	Não	2	5,50	0,70	-0,16	0,87	-0,14	Sim	4	6,00	4,08	Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19	Sim	4	4,75	0,50	Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49
Afastamento	Não	2	2,50	2,12	0,00	1,00	0,00																																																																																
	Sim	4	2,50	1,00				Autocontrole	Não	2	3,00	2,82	-0,78	0,47	-0,67	Sim	4	4,75	2,50	Suporte Social	Não	2	2,50	2,12	-1,49	0,20	-1,29	Sim	4	4,50	1,29	Aceitação de Responsabilidade	Não	2	1,50	2,12	-0,26	0,80	-0,23	Sim	4	2,00	2,16	Fuga e Esquiva	Não	2	5,50	0,70	-0,16	0,87	-0,14	Sim	4	6,00	4,08	Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19	Sim	4	4,75	0,50	Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49	Sim	4	6,50	3,10								
Autocontrole	Não	2	3,00	2,82	-0,78	0,47	-0,67																																																																																
	Sim	4	4,75	2,50				Suporte Social	Não	2	2,50	2,12	-1,49	0,20	-1,29	Sim	4	4,50	1,29	Aceitação de Responsabilidade	Não	2	1,50	2,12	-0,26	0,80	-0,23	Sim	4	2,00	2,16	Fuga e Esquiva	Não	2	5,50	0,70	-0,16	0,87	-0,14	Sim	4	6,00	4,08	Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19	Sim	4	4,75	0,50	Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49	Sim	4	6,50	3,10																				
Suporte Social	Não	2	2,50	2,12	-1,49	0,20	-1,29																																																																																
	Sim	4	4,50	1,29				Aceitação de Responsabilidade	Não	2	1,50	2,12	-0,26	0,80	-0,23	Sim	4	2,00	2,16	Fuga e Esquiva	Não	2	5,50	0,70	-0,16	0,87	-0,14	Sim	4	6,00	4,08	Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19	Sim	4	4,75	0,50	Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49	Sim	4	6,50	3,10																																
Aceitação de Responsabilidade	Não	2	1,50	2,12	-0,26	0,80	-0,23																																																																																
	Sim	4	2,00	2,16				Fuga e Esquiva	Não	2	5,50	0,70	-0,16	0,87	-0,14	Sim	4	6,00	4,08	Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19	Sim	4	4,75	0,50	Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49	Sim	4	6,50	3,10																																												
Fuga e Esquiva	Não	2	5,50	0,70	-0,16	0,87	-0,14																																																																																
	Sim	4	6,00	4,08				Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19	Sim	4	4,75	0,50	Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49	Sim	4	6,50	3,10																																																								
Resolução de Problemas	Não	2	7,00	0,00	6,00	0,00*	5,19																																																																																
	Sim	4	4,75	0,50				Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49	Sim	4	6,50	3,10																																																																				
Reavaliação Positiva	Não	2	9,00	8,48	0,57	0,59	0,49																																																																																
	Sim	4	6,50	3,10																																																																																			

Nota. *A diferença é significativa no nível de $p < 0,05$

O fator 7 do Inventário de Estratégias de Coping, que representa a “Resolução de Problemas”, teve uma diferença de média com significância estatística maior no grupo de pessoas que não fazem uso do álcool ($M=7,00$; $DP=0,00$), $t(4,00)=6,00$, $p=0,00$, $d=5,19$ em relação ao grupo de pessoas que fazem uso do álcool ($M=4,75$; $DP=0,50$). Tal resultado afirma que indivíduos que não fazem uso de álcool apresentam mais a estratégia de resolução de problemas, que é uma estratégia de coping voltada para o problema. Constant (2018) refere que o abuso de álcool, geralmente, está relacionado às dificuldades de enfrentamento de situações estressoras e ao objetivo de fuga e de distanciamento do fator estressor.

Para verificar a associação entre os construtos também foi realizada uma correlação de Pearson entre o Inventário de Estratégias de Coping, cada um dos seus fatores separadamente e os dados do questionário socio-demográfico. Aqui, serão citadas apenas as correlações estatisticamente significativas. As magnitudes das correlações serão designadas seguindo

as faixas de intervalos sugeridos por Dancey e Reidy (2006). O fator 8 – “Reavaliação Positiva” – apresentou uma correlação positiva de magnitude forte com o fator 2 – “Afastamento” ($r=0,87, p=0,02$), ou seja, quanto maior é a estratégia de reavaliação positiva da pessoa, maior é a estratégia de afastamento e vice-versa. Esse resultado difere dos retratados por Souza (2018), referindo que as estratégias de aproximação são mais adaptativas e positivas, objetivando enfrentar diretamente a situação de estresse; as estratégias de evitação são consideradas menos adaptativas, ocasionando afastamento e maior dificuldade de enfrentamento. O fator “Reavaliação Positiva” também apresentou uma correlação positiva de magnitude forte com o escore total do Inventário de Estratégias de *Coping* ($r=0,90; p=0,01$), sendo que quanto maior a reavaliação positiva, maiores são as estratégias de enfrentamento em geral do indivíduo e vice-versa. A estratégia reavaliação positiva é dirigida para o controle das emoções e uma reinterpretção positiva da situação vista inicialmente como negativa e, a partir de novas reflexões, essa estratégia favorece a compreensão e a vivência da pessoa diante da experiência, analisando-a como crescimento e aprendizagem pessoal (Folkman & Lazarus, 1988).

O fator 5 – “Aceitação de Responsabilidade” – apresentou uma correlação positiva de magnitude forte com o escore total do Inventário de Estratégias de *Coping* ($r=0,93; p=0,00$), isto é, quanto maior for a estratégia de aceitação de responsabilidade da pessoa, maiores serão as estratégias de enfrentamento em geral e vice-versa. O intuito da estratégia de aceitação de responsabilidade é amenizar e resolver o problema, porém de modo voltado para a emoção e, na maioria das vezes, por impulso e sem planejamento. O sujeito pode se sentir culpado nesse contexto e ter uma interpretação equivocada sobre a situação e sobre si mesmo dentro dela (Sousa & Hidaka, 2021). Também houve correlações negativas, sendo uma correlação negativa de magnitude forte entre o fator 4 – “Suporte Social” – e a variável “uso do cigarro” ($r=-0,82, p=0,04$), ou seja, quanto maior a estratégia do suporte social, menor é o uso do cigarro e vice-versa. Outra correlação negativa de magnitude forte do fator 7 – “Resolução de Problemas” – com a variável “uso do álcool” ($r=-0,94, p=0,00$) indica que quanto maior é a estratégia de resolução de problemas, menor é o uso do

álcool e vice-versa. Segundo Sousa e Hidaka (2021), estas duas estratégias se voltam para o problema, ou seja, são estratégias resolutivas. A primeira considera o pensamento coletivo e enxerga nas relações um apoio importante para as tomadas de decisões; a segunda estratégia busca resultados factuais e claros por meio do planejamento racional. O uso do cigarro e o uso do álcool são estratégias voltadas para a emoção e não resolutivas do problema e, por isso, são correlações negativas.

Em relação à entrevista semiestruturada, os dados foram apresentados diante da divisão de cinco categorias.

A vivência do luto antecipatório

De acordo com os temas que emergiram nos discursos dos familiares dos pacientes internados na UTI, percebe-se que o luto antecipatório é experimentado por eles, principalmente, porque a maior parte dos pacientes estava vivendo uma internação prolongada, com prognóstico desfavorável, e os familiares já haviam recebido a comunicação médica sobre a morte iminente dos pacientes. Os participantes relataram que estavam adequando suas rotinas, em casa, sem o paciente, que é citado, nas expressões, no passado, como se a morte já houvesse acontecido. Nos relatos a seguir, fica evidente essa questão: “Nossa relação era boa [...] Ele era bom também, muito bom.” (Tamara); “Você começa a lembrar das besteiras que vocês faziam juntas [...] coisas que vocês viveram, da comida que ela gostava.” (Karina); “Ele foi um grande amigo [...]” (Fausto).

Massocatto e Codinhoto (2020) descrevem o luto antecipatório como um processo em que o indivíduo pode vivenciar, em casos de doenças graves e em períodos longos de hospitalização, a necessidade de elaborar a perda ainda com o sujeito vivo, processo que pode gerar sentimento de culpa, visto que, diante do sofrimento, a pessoa pode desejar a morte do paciente para alívio da angústia de ambas as partes. No discurso a seguir, retrata-se o sentimento de culpa vivenciado pelo familiar diante do luto antecipatório e do desejo da morte: “É difícil, eu estou imaginando, estou com a mente

já, Deus que me perdoe, mas eu já estou com aquela imagem do caixão, já estou imaginando isso. Desculpa ser tão frio assim, é que realmente já estou imaginando isso, viu.” (Fausto).

Os familiares retratam, também, o fato de serem realistas, de buscarem enxergar o real essencialmente devido à realidade imposta pela equipe médica sobre o prognóstico desfavorável dos pacientes e a iminência da morte. De certa forma, os familiares ficam esperando por esse acontecimento, visto que foram comunicados da gravidade do estado do paciente. Alguns relatos demonstram essa situação: “Eu praticamente já estou esperando o telefonema, eu estou sendo realista, né, porque eu realmente fico naquela tensão, naquela angústia.” (Tamara); “Nossa, esses dias estão sendo os mais angustiantes da minha vida inteira. Mandaram uma mensagem do hospital sobre a doação de sangue, aí, eu já falei: Ai, meu Deus, é nota de falecimento [...]. Eu sei que pode acontecer, eles deixaram claro aqui, né, mas a gente não se prepara exatamente.” (Daiane). Segundo Melo et al. (2013), uma doença potencialmente fatal concebe a perda da ilusão da imortalidade, da invulnerabilidade e do controle sobre o destino, tanto para a pessoa adoecida quanto para os familiares, gerando angústia, incerteza e insegurança. Quando se fala evidentemente da morte, o medo, a dor e a angústia são os sentimentos predominantes. A estrutura psíquica mantém latente a consciência sobre a morte na maior parte do tempo, uma distância ilusória que traz segurança ao indivíduo. Contudo, essa organização psíquica se desordena diante da morte iminente, desencadeando sentimentos angustiantes aos sujeitos implicados nesse contexto.

O envelhecer também aproxima o sujeito das ideias de adoecimento e morte. Alguns familiares relataram que, diante da idade, por ser idoso, esperava-se que poderia acontecer, em algum momento, o surgimento ou o agravamento de uma doença, abeirando a morte: “Pela questão da idade dela, não que eu desejava, mas se espera que um dia iria adoecer, porque é comum, as pessoas envelhecem, adoecem e morrem.” (Daiane); “Quando a gente acompanha a doença, sempre tem medo de acontecer qualquer coisa de repente. Quando a pessoa já vem doente, a gente só reza para que Deus faça o melhor para ela.” (Karina).

O luto antecipatório também faz o indivíduo avaliar tudo o que foi vivido até o momento, o pensar nas realizações, nas superações, o que pode lhe trazer conforto: “Minha mãe viveu muito na vida dela, criou os filhos, viu crescer, educou todos, nunca deixou faltar nada, então, vamos dizer que ela tem o papel dela, a missão cumprida.” (Daiane). A fase da vida que mais se aproxima da morte é a fase idosa, e a morte iminente pode ser sentida, quando se fala em velhice, anteriormente à morte real, de forma simbólica, visto que as perdas diárias, como um modo de preparação para a morte real, aproxima o sujeito do momento em que ela, concretamente, acontece. Porém, deve-se reconhecer a singularidade das experiências de cada pessoa, ou seja, a iminência da morte de um idoso pode, ou não, ser mais aceitável, diante de suas vivências (Melo et al., 2021).

Vivendo ou revivendo o luto

Percebe-se, no relato dos participantes desta pesquisa, que alguns já haviam vivenciado perdas significativas anteriormente, e outros tiveram experiências de morte de familiares, porém sem vínculos tão próximos como os que possuíam com os pacientes internados. Essas vivências anteriores podem ou não favorecer o enfrentamento dos acontecimentos atuais, mas a maior parte dos participantes relatou que cada perda é única e, diante disso, cada luto também é único, com sentimentos próprios de cada relação: “É diferente, cada experiência foi diferente, cada um tem um sentimento que envolve, né?” (Mariana); “O de hoje tá totalmente diferente, não que eu não amasse meu pai, mas minha cumplicidade com a minha mãe é totalmente outra, com ele não tinha aquele vínculo” (Karina); “Nunca tive uma perda próxima assim, sempre foi só eu e ela, né.” (Gabriel).

No relato desses familiares, é possível comprovar o que Bolaséll et al. (2020) referem ao dizerem que todas as perdas podem afetar, de alguma forma, o indivíduo, mas são processos individuais e únicos, relacionados à vinculação da pessoa com o objeto perdido. Porém, os autores enfatizam que, mesmo sendo processos únicos, algumas reações são esperadas diante do luto, como sentimentos (tristeza, culpa, raiva, solidão, ansiedade), comportamentos (disfunções no sono e no apetite, agitação, choro,

isolamento social, sonhos, esquivar-se de lembranças), sensações físicas (aperto na garganta e no peito, vazio no estômago, falta de energia) e pensamentos (memórias invasivas, preocupações e pensamentos confusos). Nas falas a seguir, são retratadas essas questões: “Já me sinto muito sozinha (choro). Ele é a minha companhia, apesar de morar com meu filho, é diferente [...]. Já tive muitas perdas antes, foi uma atrás da outra, por isso que eu falo que estou vacinada, mas preparada a gente nunca tá.” (Mariana); “É complicado reviver a mesma história outra vez, esse mesmo sofrimento, a mesma angústia, o mesmo nervosismo, a mesma preocupação, tudo de novo.” (Karina).

Outro ponto evidenciado no discurso dos familiares foi a experiência de pessoas próximas a eles em relação à morte e ao luto – que, de algum modo, auxiliou na elucidação de dúvidas e no apoio de sugestões sobre como se comportar diante dessas situações. No discurso de Fausto, fica evidente essa questão: “[...] A minha prima também está me ajudando nisso, porque ela já teve a experiência, né, o meu tio que faleceu, ela já me deu palavras de conforto.” (Fausto); “A minha namorada está me ajudando muito, ela perdeu a mãe dela com problema de coração, então, ela passou por esse processo de UTI e ela sempre fala para mim ser forte [...]. ” (Daiane). Barbieri (2019) afirma que familiares e pessoas próximas são considerados como amparo e suporte emocional perante o luto e, quando possuem uma experiência prévia e pessoal relacionada a esse tema, podem favorecer ainda mais o indivíduo, visto que podem oferecer recomendações e conselhos ante os acontecimentos, fortalecendo os recursos de enfrentamento.

Culpa: Não consegui fazer ou fiz de maneira ineficaz

Alguns familiares retratam, em seus discursos, o sentimento de culpa diante de comportamentos não realizados, promessas não cumpridas ou desejos frustrados, vivências que esperavam concretizar com os pacientes internados. Também relatam situações em que fizeram o que o paciente desejava, contudo, com o sentimento atual de não ter sido suficiente: “[...] Eu tô devendo de levar ela pra Bahia, tem mais de cinco anos que tô querendo, só que tem mais de cinco anos que eu tô trabalhando, sem

conseguir tirar férias, as primeiras férias que eu ia tirar era agora, aí, infelizmente aconteceu isso” (Gabriel); “Tadinha, eu tô arrependida do cuscuz paulista que ela não comeu, ela queria comer cuscuz, eu não sei cozinhar.” (Karina). Horácio e Santos (2020) retratam que quanto maior é o vínculo afetivo do indivíduo com o paciente em terminalidade ou falecido, maior é a intensidade de sentimentos complexos, como medo, culpa e raiva, que podem dificultar o processo de enfrentamento do luto.

Clareza na comunicação da equipe médica

A maior parte dos familiares relatou que a equipe médica da UTI foi objetiva, realista e clara ao comunicar o prognóstico reservado dos pacientes e o quadro de terminalidade. Também referiram que a transparência e assertividade dos profissionais, de certo modo, conforta e oferece mais segurança: “[...] Nós nem fizemos perguntas, o médico respondeu tudo que a gente tinha para perguntar, com aquele jeito calmo, achei ele bem sereno, foi muito claro e abriu a minha mente” (Daiane); “Os médicos estão sendo muito claros, até a parte que eu entendo [...] sempre deixou claro: ‘é muito grave, um caso bem difícil, melhor deixar a família alerta, porque é bem grave’. Se eles ficassem me iludindo, pode ser que hoje eu não estaria tão tranquilo.” (Gabriel); “A minha última conversa com o médico foi bem fria, a conversa dele só me passou o que estava acontecendo, comentou que o risco de óbito é muito grande e eu entendi.” (Karina); “[...] O médico tá certo, ele não pode esconder nada da gente, né? Acho que ele foi certinho, foi cuidadoso e disse o que precisava ser dito.” (Mariana).

Monteiro e Quintana (2016) dizem que, para os familiares, a compreensão de uma comunicação de más notícias é limitada, pois a capacidade de compreensão e assimilação de informações está afetada pelo sentimento de angústia. Diante disso, o maior desafio está na capacidade de o médico realizar uma comunicação mais acessível e clara – visando facilitar o entendimento das verdades complexas que serão expostas e podendo proporcionar amparo aos familiares – e ser capaz de criar vínculo. Tais características favorecem o enfrentamento da finitude, considerado um momento delicado e desagradável para ambas as partes.

Um familiar relatou que teve uma experiência diferente, pois recebeu a comunicação de morte iminente no final de semana, por um médico plantonista que não acompanhava o enfermo diariamente e não havia formado um vínculo com esse familiar, causando sentimento de insegurança e incerteza sobre as informações passadas: “Quando o médico falou, era um plantonista, né. Acho que ele não sabia como que o médico tava lidando comigo, aquele que fica durante a semana, então, eu achei ele bem taxativo. No momento eu respirei e pensei: “Ah, não, segunda-feira o médico dele vai falar comigo, vou esperar o que ele vai falar, meio que fiquei na dúvida, porque não era o médico dele, entendeu? Mas era tudo o que ele falou mesmo. Só que ele foi mais assim pra falar, mais direto, mas era uma coisa que o médico já estava falando de outra forma, mas já estava.” (Tamara). Segundo Monteiro e Quintana (2016), a comunicação de más notícias é considerada pelos médicos como uma tarefa estressante e, por isso, em alguns momentos, evitam transmitir as informações sobre o quadro clínico do paciente ou o fazem de maneira ineficaz. Nesse caso, é possível perceber que a dificuldade do médico diarista em ser preciso em sua comunicação e a ausência de vínculo do médico plantonista complicaram a compreensão do familiar sobre o prognóstico reservado e a piora clínica do paciente.

A esperança de sobrevivência

No discurso de alguns familiares, foi possível identificar que, mesmo tendo consciência da gravidade do quadro dos pacientes, da iminência da morte e a possibilidade de experimentação do luto antecipatório, havia um sentimento de esperança na sobrevivência: “[...] agora é do organismo dela que depende, né, reagir para poder mudar” (Daiane); “Estamos aí, tentando, né.” (Gabriel). Ferreira e Mendes (2013) sugerem que, no contexto da UTI e da terminalidade, existe uma complexidade de sentimentos e, mesmo diante de prognósticos reservados e desfavoráveis, os familiares podem apresentar sentimento predominante de esperança como forma de sustentação emocional.

Ferreira e Mendes (2013) referem, também, que esse sentimento de esperança estará presente nesse contexto como um sustentador, no

sentido de uma esperança de conforto e, na maioria das vezes, não mais de cura, permitindo que os familiares visitem seus entes hospitalizados sendo sustentados por essa esperança, e não somente rodeados pelas variações de morte, que dificultam o enfrentamento e causam maior sofrimento aos envolvidos. Tal esperança favorece o processo de enfrentamento, no sentido de os familiares terem como se apoiarem, conseguindo acompanhar e estar próximos do paciente até seus últimos momentos: “[...] eu tenho consciência que o estado dele é grave, muito grave, entendeu? Mas, ao mesmo tempo você não quer, você entende? [...] eu estou sabendo que ele não tá bom, mas na hora que ele se for vai ser um baque, porque queira ou não queira você tem esperanças que a pessoa vai ficar boa, mas ao mesmo tempo você sabe que não, é um sentimento muito louco, não sei se tô conseguindo me expressar, se você consegue me entender, mas me ajuda.” (Mariana).

A esperança também pode estar conectada a uma crença religiosa/espiritual: “[...] A igreja também me dá força espiritual, Deus também, de eu buscar, orar pela minha mãe, Deus sabe o que tá fazendo, ela vai ter o melhor que Deus vai preparar pra ela [...] Ele coloca no meu coração, se voltar, Eu permiti [...]” (Daiane). Ferreira e Mendes (2013) ressaltam que a esperança e a espiritualidade podem caminhar juntas; a esperança podendo estar apoiada na crença religiosa mesmo diante da morte iminente. Referem, também, que está associada a uma tentativa de aceitação.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, foi possível compreender que mesmo diante de um prognóstico reservado dos pacientes idosos e o quadro de terminalidade, o sofrimento psíquico é presente, independentemente da idade do sujeito adoecido, mas da qualidade do vínculo preexistente entre o familiar e o paciente. Também pode-se destacar que o luto antecipatório e a clareza na comunicação médica sobre a situação podem ser instrumentos favorecedores do enfrentamento dos familiares perante a angústia da hospitalização e da espera da morte iminente. Compreende-se que os sentimentos de culpa e de esperança são habituais nessas circunstâncias, essencialmente por conta da instabilidade de emoções e sentimentos que perpassa a cena

da iminência da morte. Assim como exposto nas entrevistas, a vivência anterior do luto, tanto a pessoal quanto a de uma pessoa próxima, que está oferecendo apoio, pode contribuir para o processo de enfrentamento dos sujeitos envolvidos, principalmente no que diz respeito às questões mais burocráticas, que exigem maior conhecimento e racionalidade da pessoa. Os participantes que já tiveram uma experiência anterior com o luto afirmam que cada vivência é única e, por isso, cada sentimento, emoção e intensidade depende da relação entre as pessoas envolvidas.

De acordo com o Inventário de Estratégias de *Coping*, constatou-se que a estratégia de enfrentamento mais prevalente foi a “Reavaliação Positiva”, uma estratégia voltada para o problema, seguida da “Fuga e Esquiva”, voltada para a emoção. Contudo, o resultado estatisticamente significativo se apresentou apenas em relação ao fator “Fuga e Esquiva”. Compreendeu-se também, neste estudo, que existe uma associação negativa entre o fator “Suporte Social” com o uso do cigarro e o fator “Resolução de Problemas” com o uso do álcool. A partir desses resultados, foi evidenciado que quanto mais o sujeito se utiliza de estratégias voltadas para o problema, que buscam resolver a situação desagradável, menos faz uso de substâncias como o tabaco e o álcool, que são estratégias voltadas para a emoção, relacionadas à fuga e à atenuação do problema. Assim, pode-se considerar que o suporte social, essencialmente em situações estressoras, pode funcionar como um fenômeno que protege a saúde mental e auxilia um enfrentamento positivo dos eventos que expõem o sujeito ao esgotamento e à tensão, proporcionando um sentimento de poder e de controle sobre a própria vida, pois se sente mais seguro e amparado quando com outra pessoa em situações difíceis (Estanislau et al., 2018).

Houve algumas limitações nesta pesquisa, principalmente no que se refere ao número de participantes, pois dois familiares foram recusados devido à insegurança em assinar o TCLE e este documento estar, de alguma forma, relacionado ao tratamento do paciente, mesmo com a explicação e a orientação da pesquisadora. A prioridade, nesta pesquisa, não era a quantidade de participantes, mas os conteúdos trazidos por eles, sobretudo em razão da entrevista semiestruturada. Entretanto, a quantidade da amostra pode ter interferido nos resultados quantitativos do Inventário de

Estratégias de *Coping*. Por isso, outros estudos, com os mesmos construtos e o mesmo tipo de público, são sugeridos diante da escassez de pesquisas com familiares de pacientes internados na UTI – mas é necessário amostras maiores para que alcancem resultados mais fidedignos.

Enfatiza-se a importância de realizar pesquisas que proporcionem aos participantes um momento de reflexão e de construção, além de se permitirem olhar para seus conteúdos latentes, para tudo que vinham formado durante essa vivência tão delicada e singular, para as questões psíquicas implicadas que, por vezes, podem ser ofuscadas e reprimidas. Os familiares, em sua maioria, agradeceram a oportunidade de poderem falar abertamente sobre assuntos tão complicados, como a morte e o luto, os medos, as angústias e as fantasias em torno desses temas.

Diante dos resultados obtidos, também é possível evidenciar a necessidade da implementação de novos protocolos e/ou programas educacionais, no contexto hospitalar, referentes à comunicação médica e da equipe multiprofissional de saúde em geral, de maneira humanizada e sensibilizada. Tal cuidado se deve essencialmente pelo contato com o próprio paciente, ainda mais quando se trata do público idoso e dos seus familiares, que experimentam um momento de fragilidade psíquica e/ou física, sobretudo no cenário da UTI.

REFERÊNCIAS

- Aciole, G. G., & Bergamo, D. C. (2019). Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde debate*, 43(122), 805 - 818. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>
- Alves, A. M., Correia, A. S. B., Pereira, A. T., Santos, L. P. A., & Vasconcelos, S. C. (2019). *Estratégias de enfrentamento para lidar com a morte de idosos hospitalizados: relato de experiência*. Anais VI CIEH. Campina Grande: Realize Editora. Recuperado de <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/53583>.

- Barbieri, J. (2019). *Viver o luto e as redes de apoio a familiares que perderam um ente querido*. (Tese de graduação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS). Recuperado de <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/19995/TCCG-ENF-2019-BARBIERI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barth, A. A., Weigel, B. D., Dummer, C. D., Machado, K. C., & Tisott, T. M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 323 - 329. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>
- Bolaséll, L. T., Nunes, F. R. C., Valandro, G. S., Rittmann, I., Markus, J., Weide, J. N., Seibt, L. T., Verde, L. V., & Rodrigues, C. S. M. (2020). *O processo de luto a partir das diferentes perdas em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS. Recuperado de https://www.pucrs.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/270/2020/09/2020_09_03-coronavirus-cartilhas-o_processo_de_luto_a_partir_das_diferentes_perdas_em_tempos_de_pandemia.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde*. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 70 p. – (Série E. Legislação de Saúde). Recuperado de https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf
- Bugança, J. B. & Kretzer, M. R. (2022). Morte e morrer na unidade de terapia intensiva adulto: sentimentos e estratégias dos profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Santa Catarina, SC. doi: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20220003>
- Constant, H. M. R. M. (2018). *Perspectivas das estratégias de coping em usuários de álcool*. (Tese de doutorado, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327382629_PERSPECTIVA_DAS ESTRATEGIAS_DE COPING_EM_USUARIOS_DE_ALCOOL

- Corradi-Webster, C. M., Braga, C. M. S., & Santos, M. A. (2020). Consumo de drogas, rede e apoio social entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 132-141. doi: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1902.03>
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dias, E. N. & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Estanislau, M. A., Feitosa M. S., Ximenes V. M., Silva A. M. S., Araújo, M. S., & Bomfim, Z. C. (2018). Apoio social: modo de enfrentamento às vivências de humilhação e de vergonha em contextos de pobreza. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(2), 1-17. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/03.pdf>
- Ferraboli, S. F. & Quadros, A. (2020). Estratégias de coping diante da terminalidade: perspectivas de técnicos de enfermagem em UTI. *Saúde em Redes*, 6(2), 153-163. doi: <http://dx.doi.org/10.18310/244648132020v6n2.2533g519>
- Ferreira, P. D., & Mendes, T. N. (2013). Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 88-112. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire (research edition)*. California: Consulting Psychologists Press.
- Horácio, F. C. A. & Santos, L. P. N. (2020). *O enfrentamento do luto na velhice diante da perda do cônjuge no âmbito familiar*. (Dissertação de graduação, Centro Superior UNA – UNACAT, Catalão, GO). Recuperado de <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/17239>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Massocatto, F. I., & Codinhoto, E. (2020). Luto antecipatório: cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada. *Revista Farol – Rolim de Moura – RO*, 11(11), 128-143. Recuperado de <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/262/205>
- Melo, A. F. V., Zeni, L. L., Costa, C. L., & Fava, A. S. (2013). A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 152-166. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Melo, C. F., Morais, J. C. C., Medeiros, L. C. L., Lima, A. C. F. B., Bonfim, L. P., & Martins, J. C. O. (2021). O binômio morte e vida para idosos em cuidados paliativos. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 22(2), 5-18. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Monteiro, D. T. & Quintana, A. M. (2016). A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>
- Monteiro, M. C., Magalhães, A. S., & Machado, R. N. (2017). A Morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. *Temas em Psicologia*, 25(3), 1285 - 1299. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-17Pt>
- Morero, J. A. P., Bragagnollo, G. R., & Santos, M. T. S. (2018). Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2257 - 2268. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.503>
- Navarro, D. J. & Foxcroft, D. R. (2019). *Learning statistics with jamovi: a tutorial for psychology students and other beginners*. (Version 0.70).
- Peixoto, T. T., Servo, M. L. S., Fontoura, E. G., Oliveira, M. A. N., Coelho, M. M. P., & Andrade, J. N. (2021). Estratégias de enfrentamento ao luto por COVID-19 para familiares que vivenciam conflitos e dilemas éticos. *Saúde coletiva*, 11(60), 4610 - 4614. doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i60p4610-4619>

- Santos, R. C. S., Yamamoto, Y. M., & Custódio, L. M. G. (2017). Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*, 1 - 18. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>
- Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Revista de Psicologia USP*, 7(1/2), 183 - 201. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Soares, L. G. A., & Castro, M. M. (2017). Luto: colaboração da psicanálise na elaboração da perda. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*, 3(2), 103 - 114. doi: <https://doi.org/10.22289/V3N2A9>
- Sousa, E. S. & Hidaka, A. H. E. (2021). Coping: estratégias de enfrentamento de profissionais da saúde atuantes na assistência durante o contexto de combate à pandemia da COVID-19. *Health Residencies Journal - HRJ*, 2(12), 160–187. doi: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i12.157>
- Souza, I. I. A. (2018). *Estratégias de coping e sua relação com o engajamento no trabalho: um estudo com professores universitários*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Bahia, BA). Recuperado de https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/indyara_souza.pdf
- Woinarovicz, B. P., & Moreira, M. C. (2020). Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes em UTI: uma revisão sistemática da literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 23(2), 126 - 138. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200012&lng=pt&tlng=pt.

Recebido em 24/01/2023

Aceito em 28/08/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.