

## A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura

Family dynamics during the grieving process:  
a systematic literature review

Mayra Delalibera <sup>1</sup>

Joana Presa <sup>2</sup>

Alexandra Coelho <sup>2</sup>

António Barbosa <sup>2</sup>

Maria Helena Pereira Franco <sup>3</sup>

**Abstract** *The loss of a loved one can affect family dynamics by changing the family system and creating the need for family members to reorganize. Good family functioning, which is characterized by open communication, expression of feelings and thoughts and cohesion among family members, facilitates adaptive adjustment to the loss. This study conducted a systematic review of the literature on family dynamics during the grieving process. A search was conducted in the EBSCO, Web of Knowledge and Bireme databases for scientific articles published from January 1980 to June 2013. Of the 389 articles found, only 15 met all the inclusion criteria. The selected studies provided evidence that dysfunctional families exhibit more psychopathological symptoms, more psychosocial morbidity, poorer social functioning, greater difficulty accessing community resources, lower functional capacity at work, and a more complicated grieving process. Family conflicts were also emphasized as contributing to the development of a complicated grieving process, while cohesion, expression of affection and good communication in families are believed to mitigate grief symptoms.*

**Key words** *Family dynamics, Family functioning, Grief, Systematic review*

**Resumo** *A perda de um ente querido pode influenciar a dinâmica de uma família, uma vez que o sistema familiar é alterado e os seus membros são obrigados a se reorganizar. Um bom funcionamento familiar, com abertura para a comunicação e expressão de sentimentos e pensamentos, e a coesão entre os seus membros pode colaborar para um processo de ajustamento adaptativo à situação de perda. O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a dinâmica familiar no processo de luto. Foi realizada uma busca de artigos científicos publicados de janeiro de 1980 a junho de 2013, nas bases de dados da EBSCO, Web of Knowledge e Bireme. Dos 389 artigos encontrados, apenas 15 cumpriram todos os critérios de inclusão. Os estudos selecionados apresentaram evidências de que as famílias disfuncionais manifestam maior sintomatologia psicopatológica, maior morbidade psicossocial, pior funcionamento social, dificuldade para recorrer aos recursos da comunidade, menor capacidade funcional no trabalho, e um processo de luto mais complicado. Os conflitos familiares também foram destacados como um fator que pode contribuir para o desenvolvimento de um luto complicado, assim como a coesão, a expressão de afeto e uma boa comunicação nas famílias podem ser considerados como atenuantes nos sintomas de luto.*

**Palavras-chave** *Dinâmica familiar, Funcionamento familiar, Luto, Revisão sistemática*

<sup>1</sup> Instituto Superior de Psicologia Aplicada. R. Jardim do Tabaco 34, Centro. 1149-041 Lisboa Estremadura Portugal. mayrmani@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre o Luto, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

<sup>3</sup> Laboratório de Estudos e Intervenção sobre o Luto, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

## Introdução

Cuidar de um familiar com uma doença grave e progressiva é muitas vezes estressante, gerador de angústia e pode acarretar alterações na dinâmica familiar, já que, na maioria das vezes, toda a família está direta ou indiretamente envolvida no processo de cuidar, no apoio instrumental e/ou emocional<sup>1</sup>.

De acordo com Kramer *et al.*<sup>2</sup>, pouca investigação tem sido feita sobre como o conflito familiar e as experiências de prestação de cuidados no final de vida podem influenciar o processo de luto dos familiares cuidadores. O luto – reação natural e esperada à perda de um ente querido – é vivido tanto individualmente como no contexto familiar, e uma perda pode influenciar o funcionamento e a dinâmica de uma família, uma vez que, a família vista como um sistema integrado de relações é alterada para sempre e os seus membros são obrigados a se reorganizar<sup>3</sup>.

Portanto, pode haver características do sistema familiar a afetar o processo de luto, assim como cada indivíduo difere na expressão do seu próprio luto<sup>4</sup>. A vivência do luto pode ser potencializada ou prejudicada de acordo com a abertura para a comunicação e o nível de coesão entre os membros da família<sup>5</sup>, por isso, um bom funcionamento familiar durante a fase de prestação de cuidados ao doente e principalmente no luto é importante para o bem-estar psicológico dos seus membros.

Quando a família apresenta um bom funcionamento, o apoio mútuo aos seus membros colabora para um processo de ajustamento adaptativo à situação de perda. A liberdade de comunicação e expressão de sentimentos e pensamentos, a coesão familiar e a resolução construtiva das diferenças de opinião são os principais requisitos para uma família funcional enfrentar situações de vida estressantes, pois quando o funcionamento familiar é mais limitado os seus membros apresentam maiores dificuldades para se adaptar<sup>6</sup>.

Alguns estudos têm sido realizados nesta área<sup>2,7-12</sup>, com o intuito de se compreender melhor o funcionamento familiar e as possíveis alterações após a perda de um ente querido. Em 1981, Moss e Moss<sup>13</sup> desenvolveram a Family Relationships Index (FRI) – subescala da Family Environment Scale (FES) – instrumento que avalia a dinâmica familiar a partir de três dimensões: coesão entre os membros da família, nível de conflito e expressividade de pensamentos e sentimentos. De acordo com Kissane *et al.*<sup>9,10</sup> é possível estabelecer cinco tipologias de funcionamento familiar com

base nestas dimensões (coesão, nível de conflito e expressividade). As tipologias funcionais, que são compostas pelas famílias apoiadoras e as famílias solucionadoras de conflitos; as famílias intermediárias; e as famílias disfuncionais, compostas pelas famílias mal-humoradas e hostis.

As famílias apoiadoras são descritas como tendo alta coesão, e não relatam conflitos. As famílias solucionadoras de conflitos apresentam alta coesão e um nível moderado de conflitos<sup>9</sup>. Estas famílias, funcionais, toleram as diferenças de opinião entre os seus membros, lidam com os conflitos de maneira construtiva por meio de uma comunicação eficaz e apresentam baixos níveis de morbidade psicossocial<sup>14</sup>. As famílias intermediárias manifestam coesão moderada entre os seus membros e baixo nível de conflitos, estão mais propensas à morbidade psicossocial e seu funcionamento tende a deteriorar-se quando exposta a pressão de uma perda e do luto<sup>9,14</sup>.

As famílias mal-humoradas apresentam coesão moderada, um nível moderado de conflitos, e a falta de desejo de ajuda é notável entre os seus membros. As famílias hostis são definidas como tendo um baixo nível de coesão, de expressividade, de sentimentos e pensamentos, alto nível de conflitos entre os seus familiares, e tendem a rejeitar ajuda de outras pessoas. Essas famílias disfuncionais têm altas taxas de morbidade psicossocial, incluindo depressão<sup>9,14</sup>. Estudos relatam que altos níveis de morbidade psicossocial estão positivamente relacionados com pior funcionamento familiar<sup>11,14</sup>.

A tipologia do funcionamento familiar pode influenciar a maneira como os seus membros vivenciam e experienciam o processo de luto e vice-versa. O ambiente familiar pode contribuir decisivamente para a morbidade psicossocial, como por exemplo, com sintomatologia depressiva, ansiosa e abuso de álcool, que pode ser anterior à perda e se estender posteriormente no período de luto<sup>6,9</sup>.

Estudos que correlacionam a dinâmica familiar e o luto referem principalmente que as famílias classificadas como disfuncionais e intermediárias são as que apresentam maior risco e manifestam níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos e de morbidade psicológica. Também são as que apresentam pior ajustamento social global, no trabalho, nas atividades sociais e de lazer, e pouco ou nenhum apoio social<sup>6,10,11</sup>.

Os conflitos familiares também são um fator agravante para a não resolução do luto<sup>10</sup>. As famílias com maiores níveis de conflitos são as que apresentam pior funcionamento familiar<sup>15,16</sup>, e

um histórico de conflitos na família é um forte preditor de conflitos familiares no fim de vida<sup>17</sup>.

Não são muitos os estudos que relacionam a dinâmica familiar e o processo de luto, portanto, a presente revisão sistemática da literatura pretendeu agrupar e sintetizar os estudos relacionados a esta área, assim como verificar os instrumentos mais utilizados para avaliar a dinâmica familiar e o processo de luto.

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a influência da dinâmica familiar no processo de luto de familiares adultos.

## Método

Foi realizada uma ampla busca de artigos científicos, publicados apenas em periódicos científicos, de janeiro de 1980 a junho de 2013 nas bases de dados da EBSCO (PsycInfo, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete), Web of Knowledge (Web of Science e MedLine) e Bireme (Lilacs, IBECs, MedLine, Biblioteca Cochrane, SciELO).

Os descritores utilizados para a pesquisa foram compostos por *grief or bereave\* or mourning*, associados (and) com um dos seguintes termos: *family functioning, family relations, Family dynamic, dysfunctional families, Family conflict* e todas as composições foram pesquisadas. Na Bireme também foram procurados os mesmos termos em português (p.ex. funcionamento familiar e luto, relações familiares e luto, etc.).

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos empíricos, publicados em periódicos científicos em inglês, português ou espanhol, que avaliassem a dinâmica familiar no período de luto. Foram excluídos artigos teóricos, de opinião e comentários, artigos em que a população não era constituída de familiares adultos e os estudos que tratavam de perdas perinatais. Não foram incluídas na pesquisa dissertações de mestrado ou doutorado.

Os artigos encontrados foram avaliados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A seleção inicial dos artigos, por meio da leitura do título e resumo, e a exclusão dos duplicados foi realizada pela autora principal (MD) (Figura 1). A leitura completa dos artigos elegidos, a segunda seleção dos artigos e a avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois investigadores independentes (MD e JP), e as dúvidas ou divergências foram avaliadas por um terceiro investigador (AC).

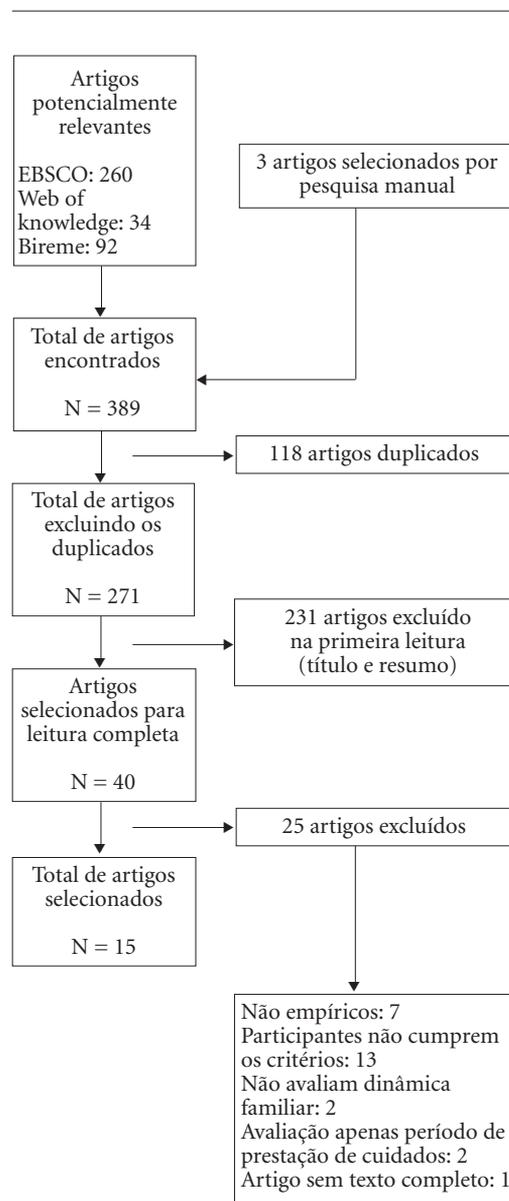


Figura 1. Seleção dos artigos incluídos na revisão.

Para avaliar a qualidade dos estudos foi utilizado um instrumento de avaliação construído pelos próprios autores, com critérios baseados na *checklist* de critérios de avaliação para artigos relativos a estudos observacionais (the STROBE statement) publicado por von Elm et al.<sup>18</sup>. O instrumento é composto por 10 questões que podem ser pontuadas de 0 a 2, com pontuação máxima de 20 pontos. A pontuação total é obtida por meio da soma da pontuação dos itens e os escores mais elevados indicam maior qualidade dos estudos.

## Resultados

Dos 389 artigos encontrados, 118 eram duplicados, 231 foram excluídos na primeira seleção dos estudos por não estarem relacionados com a questão de investigação, não avaliarem as variáveis em questão, não cumprirem os critérios de inclusão ou não serem artigos empíricos. Quarenta artigos foram selecionados para a leitura completa do estudo, mas apenas quinze artigos cumpriam todos os critérios de inclusão.

Os motivos para a exclusão dos vinte e cinco estudos após a leitura completa dos mesmos foram: sete artigos não eram estudos empíricos, eram apenas atualizações da literatura; em treze artigos os participantes não cumpriam os critérios de inclusão (familiares de sobreviventes de câncer, crianças ou adolescentes, profissionais de saúde); dois dos artigos não avaliaram a variável dinâmica familiar; em dois artigos os autores realizaram apenas avaliações na fase de prestação de cuidados e não no período de luto; e um dos artigos não foi possível ter acesso ao texto completo (Figura 1).

O Quadro 1 apresenta os artigos selecionados para análise e a pontuação relativa à avaliação da qualidade dos estudos. Os artigos relevantes selecionados foram publicados entre 1992 e 2013, nove estudos foram realizados nos Estados Unidos e seis na Austrália. Em relação às fontes de publicação, foi localizado um artigo em cada um dos seguintes periódicos: Cancer Practice, Palliative Medicine, Death Studies, Psycho-Oncology e International Journal of Palliative Nursing. Foram encontrados dois artigos no Journal of Family Nursing, já no periódico The American journal of psychiatry foram encontrados três artigos e cinco no Omega – Journal of Death and Dying.

Relativamente ao desenho dos estudos, sete eram transversais e oito longitudinais, sendo estes últimos constituídos por até três momentos de avaliação dos participantes, que abrangiam desde o início do processo de luto até 24 meses após o óbito do familiar. Sobre os familiares falecidos, em sete estudos eram pacientes oncológicos, sendo dois destes crianças; um estudo tratava de pacientes que foram acompanhados em cuidados paliativos; em cinco estudos a população era constituída por crianças ou adolescentes que faleceram de morte súbita e/ou violenta; e em dois trabalhos não foi especificada a causa de morte. Com relação aos familiares participantes, num dos estudos foram selecionados apenas cônjuges; em dois, cônjuges e filhos; em cinco investiga-

ções participaram pais (casal); em um, apenas as mães; em outro, pais e filhos; em quatro estudos, os familiares participantes tinham que ter um companheiro e pelo menos um filho com mais de 12 anos, para que todos pudessem responder aos instrumentos e serem categorizados como uma família; e, finalmente, em um outro estudo, para serem caracterizados como família, os participantes tinham que ser um casal com pelo menos um filho. O tamanho da amostra variou entre 37 e 363 familiares participantes (Quadro 1).

Todos os estudos avaliaram a dinâmica familiar, sendo que cinco estudos utilizaram mais de um instrumento para este fim. Oito dos trabalhos avaliaram o luto por meio de instrumentos específicos; oito avaliam a sintomatologia psicopatológica por meio do BSI (*Inventário de Sintomas Psicopatológicos*); quatro utilizaram instrumentos exclusivos para avaliação da depressão (BDI – *Inventário de Depressão de Beck*); dois estudos avaliaram ansiedade e depressão por meio do EADS-21 (*Escala de Ansiedade, Depressão e Stress*); e dois artigos avaliaram o funcionamento social por meio da SAS (*Social Adjustment Scale*).

Para a avaliação da dinâmica familiar, o instrumento mais utilizado foi o FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*), em seguida o FAD (*Family Assessment Device*) e o FES (*Family Environment Scale*) completo ou apenas a subescala de relações familiares, a FRI (*Family Relationship Index*). Também foi utilizado o FAM (*Family Assessment Measure*) e o Bloom's Family Scales, para avaliar o funcionamento familiar e em um dos estudos, foi utilizada a FC-EOL (*Family Conflict at the End of Life*), que avalia os conflitos familiares (Tabela 1). Para a avaliação do luto, a maioria dos estudos utilizou BPQ (*Bereavement Phenomenology Questionnaire*) ou o ICG (*Inventory of Complicated Grief*), mas o TRIG (*Texas Revised Inventory of Grief*), o CBI - *Core Bereavement Inventory* e o GEI - *Grief Experience Inventory* também foram utilizados (Tabela 2).

Dentre os artigos selecionados foi possível dividi-los em grupos de acordo com a causa de morte dos familiares falecidos, para melhor explicitar os resultados. O primeiro estudo relevante encontrado é de Jordan, 1992<sup>19</sup>, e apresenta como resultados que os maridos com maiores índices de morte súbita na família tinham a tendência a ser mais insatisfeitos com o funcionamento familiar e os maridos com maiores índices de morte traumática tinham a tendência a ter mulheres e filhos mais insatisfeitos com a família. Já as esposas que relataram níveis mais elevados de estresse

Quadro 1. Artigos selecionados para avaliação.

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Brintzenhofeszoc, Smith, & Zabora (1999) <sup>7</sup>	EUA	Identificar o risco de luto complicado por meio do estudo das relações entre o funcionamento familiar, o sofrimento psicológico e a reação de luto da família após a morte	Transversal	37 Cônjuges de pacientes que faleceram com câncer	-FACES III <sup>a</sup> (dinâmica familiar) -TRIG (luto) <sup>b</sup> -BSI <sup>c</sup> (sintomatologia psicopatológica)	- 48% das famílias apresentaram um nível de funcionamento familiar intermédio ou adaptado, - ansiedade, depressão e angústia foram positivamente correlacionadas com as reações de luto, - quanto maior o nível de depressão e ansiedade, maior a probabilidade do luto ser complicado, - quanto mais disfuncional a família, mais complicada a reação ao luto, - quanto mais angustiado e deprimido o cônjuge sobrevivente, maior a probabilidade de desenvolver um luto complicado.	18
Drew, Goodenough, Maurice, Foreman, Willis (2005) <sup>20</sup>	Austrália	Investigar a aflição psicológica, funcionamento familiar e luto complicado de pais cujo filho morreu de câncer, e em função de se a criança realizou transplante, e o local da morte do filho	Transversal	56 pais enlutados, divididos em 2 grupos: filhos que fizeram transplante e filhos que não fizeram transplante	- EADS- 21 <sup>d</sup> (ansiedade, depressão e stress) - CBI (luto) <sup>e</sup> - ICG (luto) <sup>f</sup> - FAD <sup>g</sup> (dinâmica familiar)	- não houve diferenças significativas entre os grupos relativamente ao funcionamento familiar, - os pais do grupo de filhos que fizeram transplante relataram níveis relativamente mais elevados de depressão, ansiedade e estresse, - pais cujo filho fez transplante e também morreu no hospital apresentaram uma maior probabilidade de cumprir os critérios para o luto complicado do que os pais cujo filho falecido não tinha feito transplante.	18

continua

e maior histórico de perdas apresentavam mais sintomas psicológicos, pior satisfação com a fa-

mília e estavam mais relacionadas ao grupo de casais e famílias que relatavam níveis mais baixos

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Goodenough, Drew, Higgins & Trethewie (2004) <sup>21</sup>	Austrália	Avaliar o luto de longo prazo e os resultados psicológicos em função do sexo dos pais e o local da morte do filho: casa vs hospital	Transversal	50 pais (25 mãe, 25 pais) cujo filho morreu de câncer, há pelo menos 1 ano	- FAD (din. familiar) - EADS- 21 (ansiedade, depressão e stress) - ICG (luto)	- sem resultados significativos com relação ao funcionamento familiar, - pais e mães cujo filho morreu no hospital apresentam maiores resultados para depressão, - pais cujo filho morreu no hospital revelaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e estresse, - mães sem diferenças em relação ao local de morte, mas apresentam mais sintomas de luto complicado do que os pais	18

continua

de coesão, maior divergência de percepção entre maridos e esposas sobre o funcionamento familiar, e uma organização familiar mais desviante das normas da população geral.

Já o estudo mais recente, que também não especifica a causa de morte dos familiares dos participantes, encontrou como resultados que as famílias que eram mais coesas, com maior expressão de afeto e melhor comunicação entre seus membros logo após a perda, foram as famílias que apresentaram menos sintomas de luto seis meses depois da perda, ou seja, um processo de luto menos intenso<sup>12</sup>.

Nos artigos em que os pacientes faleceram devido à doença oncológica ou foram acompanhados em cuidados paliativos estão inseridos os estudos de Kissane et al.<sup>9,10</sup>, que realizaram uma triagem e classificação das famílias de acordo com a tipologia já descrita acima. Este estudo longitudinal, publicado em dois artigos na mesma edição de uma revista, revela que a classificação das tipologias familiares realizadas no primeiro mo-

mento de avaliação do estudo foram preditoras da classificação no segundo e terceiro momento de avaliação (seis e treze meses após o óbito do familiar doente). As famílias classificadas como funcionais (apoiadoras e solucionadoras de conflitos) apresentaram uma melhor resolução do luto, ajustamentos mais adaptativos, e utilizaram mais estratégias de *coping*. As famílias mal-humoradas apresentaram um processo de luto mais intenso e maior morbidade psicossocial (maior risco de depressão), porém fizeram mais uso da religião, do apoio social, e dos recursos da comunidade. As famílias hostis e mal-humoradas apresentaram um pior ajustamento social, pior funcionamento social e global, e também eram menos funcionais no trabalho. As famílias hostis relataram pouco ou nenhum suporte social.

No estudo de Brintzenhofesoc et al.<sup>7</sup> quarenta e oito por cento das famílias apresentaram um nível de funcionamento familiar intermediário ou adaptado, porém quanto mais disfuncionais as famílias, mais complicada pode ser a reação

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Jordan (1992) <sup>19</sup>	EUA	Examinar a relação entre o estresse acumulado, o histórico de perdas de quatro gerações de uma família e o atual funcionamento familiar de seus membros	Transversal	24 famílias enlutadas (3 pessoas em cada família)	- FILE (estressores na história da família) <sup>h</sup> - FHQ (informações sobre as mortes na família) <sup>i</sup> - FIF (dados socioeconômicos) <sup>j</sup> - BSI (sintomatologia psicopatológica) - FACES III (din. familiar)	- os maridos com maiores índices de morte súbita na família tendiam a ser mais insatisfeitos com o funcionamento da família, - os maridos com maiores índices de morte traumática tendiam a ter mulheres e filhos mais insatisfeitos com a família, - as mulheres que relataram níveis mais elevados de estresse e maior histórico de perdas tendiam a pertencer aos casais e famílias que relatavam níveis mais baixos de coesão, maior divergência de percepções entre maridos e esposas sobre o funcionamento da família, e uma organização familiar mais desviante das normas da população geral, - o maior nível de estresse e histórico de perdas nas esposas foi um pior preditor de satisfação com a família e estava relacionado com mais sintomas psicológicos, - melhor preditor de funcionamento familiar atual é o histórico das esposas de estressores e perdas anteriores, e não os estressores atuais.	18

continua

à perda de um ente querido, e quanto mais sintomatologia ansiosa e depressiva apresentar o cônjuge sobrevivente, maior a probabilidade do mesmo desenvolver um luto complicado.

Kissane et al., no estudo realizado em 2003<sup>11</sup>, ao avaliar a morbidade psicossocial de famílias enlutadas, referiu que as famílias disfuncionais apresentaram pior funcionamento social, global, doméstico e no lazer, maior morbidade psicossocial e também relataram piores relacionamentos com os seus filhos. As famílias hostis apresentaram mais membros deprimidos, ansiosos e obsessivos do que os outros grupos, maior nível de

angústia e pior ajustamento social; e as famílias mal-humoradas apresentaram níveis mais elevados de raiva, maior pontuação na subescala de psicoticismo e ideação paranoide.

Na investigação desenvolvida em 2006, Kissane et al.<sup>14</sup> realizaram um estudo randomizado e controlado de intervenção em terapia de luto focada na família, em que o grupo experimental foi submetido à intervenção terapêutica e ambos os grupos foram avaliados em três momentos, antes do início da terapia, logo após a perda de um ente querido, seis e treze meses após o óbito do familiar. Neste estudo, os autores concluíram

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Kissane, Bloch, Dowe, Snyder, Onghena, McKenzie, & Wallace (1996) <sup>9</sup>	Austrália	Identificar padrões de funcionamento familiar em familiares adultos após a morte de um pai	Longitudinal 3 avaliações: T1 - 6 semanas T2 - 6 meses e T3 - 13 meses após o óbito	269 familiares de pacientes oncológicos, o familiar tinha que ter um companheiro e pelo menos 1 filho com mais de 12 anos	- FES (dinâmica familiar) <sup>k</sup> - FACES III (din. familiar) - BDI (depressão) <sup>l</sup> - BSI (sintomatologia psicopatológica) - BPQ (luto) <sup>m</sup>	Famílias classificadas em 5 tipologias: famílias apoiadoras, famílias solucionadoras de conflitos, famílias intermédias, famílias mal-humoradas e famílias hostis.  - tipologias familiares no T1 foram preditoras da classificação no T2 e T3, - filhos foram classificados como mais hostis do que os cônjuges.	14
Kissane, Bloch, Onghena, McKenzie, Snyder, & Dowe (1996b) <sup>10</sup>	Austrália	Descrever a intensidade do luto, a morbidade psicossocial e os padrões de enfrentamento nos membros das famílias de acordo com a tipologia de funcionamento familiar	Longitudinal 3 avaliações: T1 - 6 semanas T2 - 6 meses e T3 - 13 meses após o óbito	269 familiares de pacientes oncológicos, o familiar tinha que ter um companheiro e pelo menos 1 filho com mais de 12 anos	- BPQ (luto) - BDI (depressão) - BSI (sintomatologia psicopatológica) - SAS <sup>n</sup> (funcionamento social) FES (dinâmica familiar) - FACES III (dinâmica Familiar) - Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (coping familiar)	- luto mais intenso e maior morbidade psicossocial são mais encontrados nas famílias mal-humoradas, hostis e intermediárias, - famílias mal-humoradas apresentam luto mais intenso e maior morbidade psicossocial, porém fizeram mais uso da religião, do apoio social, e dos recursos da comunidade, - famílias com bom funcionamento (apoiadoras e solucionadoras de conflito) apresentam luto melhor resolvido, ajustamentos mais adaptativos e utilizam mais estratégias de <i>coping</i> , - famílias hostis e mal-humoradas têm pior ajustamento social, são menos funcionais no trabalho e tem pior funcionamento social e global, - famílias hostis têm menos suporte social.	16

continua

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Kissane, McKenzie, Forbes, O'Neill, & Bloch (2003) <sup>11</sup>	Austrália	Verificar se altos níveis de morbidade psicossocial estão associados com a piora da disfunção familiar	Transversal	363 familiares (81 famílias) de pacientes em cuidados paliativos domiciliário, o familiar tinha que ter um companheiro e pelo menos 1 filho com mais de 12 anos	- FRI (dinâmica familiar) <sup>o</sup> - FAD (dinâmica familiar) - BDI (depressão) -BSI (sintomatologia psicopatológica) - SAS (funcionamento social)	- maior morbidade psicossocial nas famílias mais disfuncionais, - famílias hostis apresentam mais membros deprimidos, ansiosos e obsessivos do que os outros grupos, maior nível de angústia e pior ajustamento social, - famílias mal-humoradas apresentam maior pontuação na subescalas de psicoticismo e ideação paranoide, - famílias mais disfuncionais têm pior funcionamento social, global, doméstico e no lazer.	16
Kissane, McKenzie, Bloch, Moskowitz, McKenzie, & O'Neill (2006) <sup>14</sup>	Austrália	Avaliar os efeitos da terapia do luto focada na família para reduzir os efeitos mórbidos do luto entre famílias em situação de risco psicossocial	Longitudinal, 3 avaliações, T1 - início da terapia de luto focada na família T2- 6 meses após a morte do doente T3 – 13 meses após a morte do doente	362 familiares (81 famílias) de pacientes que morrem de câncer 2 grupos: - Grupo experimental (terapia): 53 famílias - Grupo controle: 28 famílias	- FRI (dinâmica familiar) - FAD (dinâmica familiar) - BSI (sintomatologia psicopatológica) -BDI (depressão) -SAS (funcionamento social) -BPQ (luto)	- funcionamento familiar global não se alterou, porém as famílias mal-humoradas e intermediárias tendem a melhorar no geral, - depressão não foi alterada nas famílias hostis, - famílias com funcionamento intermediário do grupo experimental tiveram uma redução, significativamente maior no nível de conflitos do que as famílias intermediárias do grupo controle aos 6 meses após a perda, - famílias hostis do grupo experimental deterioraram significativamente mais do que as famílias hostis do grupo controle ao longo dos 13 meses de luto, - impacto global da terapia foi modesta, com uma redução da angústia aos 13 meses, - indivíduos com altos escores de angústia e depressão na avaliação de base tiveram uma melhoria significativa nestes índices após a terapia.	17

continua

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker (2010) <sup>2</sup>	EUA	Analisar os preditores de sintomas de luto complicado enfocando o papel do conflito familiar, as tensões intrapsíquicas, e o efeito moderador da qualidade da assistência nos hospício	Transversal	152 familiares (cônjuges e filhos) de pacientes que faleceram com câncer de pulmão	- ICG (luto) - FC-EOLP (conflito familiar) - questões elaboradas pelos autores para avaliar a qualidade dos cuidados e necessidades do doente	- as famílias com baixo nível de conflito anterior a doença e maior nível de conflito no fim de vida do doente apresentaram mais sintomas de luto complicado, - familiares com dificuldade em aceitar a doença e maior medo da morte do doente apresentaram maiores riscos de luto complicado, - baixa qualidade dos cuidados prestados ao doente e família foi associada a níveis mais elevados de luto complicado.	16
Lohan & Murphy (2002) <sup>22</sup>	EUA	Comparar a percepção do funcionamento familiar em famílias enlutadas de acordo com o tipo de morte violenta e comparar a percepção do funcionamento familiar dos pais com base na função parental	Longitudinal, 3 avaliações: - 2 a 7 meses após o óbito, - 12 meses após o óbito -24 meses após o óbito	135 pais de adolescentes ou adultos jovens que faleceram de morte súbita e violenta, com pelo menos 1 filho vivo	- FACES III (din. familiar)	- não houve diferenças no funcionamento familiar quando comparado com a causa da morte, - apenas as pontuações de adaptabilidade no início do estudo foram significativamente maiores para os pais cujos filhos morreram por suicídio, - as mães apresentaram escores mais altos na dimensão adaptabilidade do que os pais, - mães e pais enlutados classificaram as suas famílias como mais flexíveis do que a população em geral, - pais avaliaram suas famílias como menos próximas do que a população em geral.	17

continua

que a terapia de luto focada na família apresentou um potencial para reduzir as complicações do luto e do luto patológico, e que, ao longo dos 13 meses, houve maior redução do *distress* psicológico em geral, avaliado por meio do BSI, bem como uma redução significativa na depressão, exceto nas famílias hostis do grupo experimental. Os indivíduos do grupo experimental com altos escores de *distress* e depressão, na primeira avaliação apresentaram melhoria significativa nestes índices após a intervenção. O benefício foi mais evidente para as famílias intermediárias e mal

-humoradas, que apresentaram melhores resultados após a intervenção terapêutica. As famílias intermediárias do grupo experimental apresentaram redução significativamente maior no nível de conflitos do que as famílias intermediárias do grupo controle seis meses após a perda. Porém, as famílias hostis devem ser alvo de particular atenção, pois apresentaram um aumento no nível de conflitos ao longo dos treze meses.

O artigo de Kramer et al.<sup>2</sup>, também com pacientes oncológicos, revelou que as famílias que apresentam mais conflitos familiares no fim de

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Lohan & Murphy (2006) <sup>23</sup>	EUA	Avaliar o sofrimento mental e funcionamento familiar de pais que perderam o filho por morte súbita e comparar com a população em geral	Longitudinal, 3 avaliações: T1 – 4 a 7 m após óbito T2 – 6 meses após T1 T3 – 18 meses após T1	32 casais cujos filhos adolescentes ou adultos jovens morreram subitamente por acidente, suicídio ou homicídio	- FACES III (din. familiar) - BSI (sintomatologia psicopatológica)	- no T2 (1 ano após a perda) os pais que perderam o filho por morte súbita apresentam menor nível de coesão do que os pais da população em geral, - as mães apresentaram pontuações significativamente maiores do que os pais no índice geral de sintomas no T2 e no T3 - os pais no T2 apresentaram uma correlação negativa significativa entre a pontuação do índice geral de sintomas e a coesão	16
Lohan & Murphy (2006) <sup>24</sup>	EUA	Aprofundar o conhecimento sobre a relação entre o sofrimento mental e o funcionamento familiar em pais que perderam um filho por morte violenta	Longitudinal, 3 avaliações: T1 – 4 meses T2 – 12 meses T3 – 24 meses após o óbito	30 casais de pais que perderam o filho por morte traumática / violenta	- FACES III (din. familiar) - BSI (sintomatologia psicopatológica)	- mães participantes do estudo foram mais classificadas com relação à adaptabilidade como sendo caóticas, tanto aos 4 como aos 12 meses após a perda do filho; com relação à coesão foram mais classificadas como ligadas e emaranhadas aos 4 e aos 12 meses; após a perda a maioria das mães foi classificadas como emaranhadas, - os pais com relação à adaptabilidade foram mais classificados aos 4 meses após a perda como rígidos ou estruturados, mas aos 12 meses foram mais classificados como flexíveis; com relação à coesão foram mais classificados como ligados aos 4 e aos 12 meses após a perda.	16

continua

vida do doente mostram mais sintomas de luto complicado.

Nos estudos em que os participantes eram pais de crianças que faleceram com câncer, Drew et al.<sup>20</sup> e Goodenough et al.<sup>21</sup> não encontraram resultados significativos relativamente ao funcionamento familiar. Estes autores destacam que pais e mães de filhos que morreram no hospital

apresentaram maiores resultados de depressão; pais cujo filho morreu no hospital revelaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e estresse; e as mães apresentaram mais sintomas de luto complicado. Já no estudo de Drew et al.<sup>20</sup>, os pais cujos filhos falecidos realizaram transplante de medula óssea apresentaram níveis relativamente mais elevados de depressão,

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Lohan & Murphy (2007) <sup>25</sup>	EUA	Determinar se havia diferenças significativas no funcionamento familiar entre mães enlutadas casadas e solteiras, e se o estado civil influencia no funcionamento familiar ao longo do tempo.	Longitudinal, 3 avaliações: - 2 a 7 meses após a morte, - 6 meses após 1ª avaliação - 18 meses após a 1ª avaliação	86 Mães que perderam um filho por morte violenta (entre 12 e 28 anos), com pelo menos 1 filho vivo	- FACES III (din. familiar)	- não houve diferenças significativas entre os grupos de mães casadas e o de mães solteiras com relação ao funcionamento familiar - estado civil não pode ser considerado um preditor do funcionamento familiar, e o casamento não pode ser considerado um fator de proteção para ajudar as famílias a se adaptarem ao enfrentar a morte de uma criança, - mães solteiras com poucos recursos financeiros, não são necessariamente pobres em recursos para manter a adaptabilidade familiar e a coesão ao longo do tempo.	18
Nelson & Frantz (1996) <sup>26</sup>	EUA	Estudar os efeitos da morte de um filho por suicídio X não suicídio sobre a dinâmica da família.	Transversal	41 pais e 39 irmãos	- Bloom's Family Scales (funcionamento familiar), - Closeness/ Distance Questionnaire (proximidade da relação- desenvolvido pelos autores)	- famílias desligadas ou conflituosas experimentam maior distância, enquanto as famílias coesas ou expressivas relataram mais proximidade, - quanto mais conflitos familiares, mais distantes os pais relatavam sentirem-se dos filhos sobreviventes, - irmãos sobreviventes sentem-se mais perto de seus pais após a morte, do que antes, - não houve diferenças entre os sobreviventes de suicídio e os por morte não suicida na proximidade percebida entre os pares familiares antes ou depois da morte.	16

continua

ansiedade e estresse, e os pais de filhos que fizeram transplante e também morreram no hospital apresentaram maior probabilidade de cumprir os critérios para o luto complicado do que os pais cujo filho falecido não tinha realizado transplante.

Nas investigações com familiares de crianças e adolescentes que faleceram de morte súbita ou violenta como, por exemplo, homicídios, suicídios e acidentes, Nelson e Frantz<sup>26</sup>, ao comparar

o efeito da causa de morte (suicídio vs. não suicídio) na dinâmica familiar, não encontraram diferenças significativas na proximidade percebida entre os familiares antes ou depois da morte. Porém, os irmãos sobreviventes referiram sentir-se mais próximos dos seus pais após a morte do irmão do que antes. Nas famílias com maiores níveis de conflitos familiares, os pais relataram sentirem-se mais distantes dos seus filhos sobre-

Quadro 1. continuação

Autores e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Traylor, Hayslip, Kaminski, & York, (2013) <sup>12</sup>	EUA	Verificar se o processo de luto influencia nas características das relações dentro do sistema familiar ou se, as características familiares afetam o processo de luto.	Longitudinal, 2 avaliações: T1 - 4 a 5 semanas após o óbito, T2 - 6 meses após 1ª avaliação	61 familiares que perderam um dos pais ou o cônjuge	- FES (din. familiar) - FAM (din. familiar) <sup>q</sup> GEI (luto) <sup>r</sup>	- maior coesão no T1 foi um preditor de menos sintomas de luto no T2, - famílias com maior expressão de afeto, coesão e melhor comunicação entre seus membros no T1 apresentaram um luto menos intenso em T2, - não houve diferença entre as pessoas que perderam um dos pais e as que perderam o cônjuge.	18

<sup>a</sup> FACES III - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, <sup>b</sup> TRIG - Texas Revised Inventory of Grief, <sup>c</sup> BSI - Brief Symptom Inventory, <sup>d</sup> EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, <sup>e</sup> CBI - Core Bereavement Inventory, <sup>f</sup> ICG - Inventory of Complicated Grief, <sup>g</sup> FAD - Family Assessment Device, <sup>h</sup> FILE - Family Inventory of Life Events, <sup>i</sup> FHQ - Family History Questionnaire, <sup>j</sup> FIF - Family Information Form, <sup>k</sup> FES - Family Environment Scale, <sup>l</sup> BPQ - Inventário de Depressão de Beck, <sup>m</sup> BPQ - Bereavement Phenomenology Questionnaire, <sup>n</sup> SAS - Social Adjustment Scale, <sup>o</sup> FRI - Family Relationship Index, <sup>p</sup> FC-EOL - Family Conflict at the End-of Life, <sup>q</sup> FAM - Family Assessment Measure, <sup>r</sup> GEI - Grief Experience Inventory.

Tabela 1. Instrumentos utilizados para avaliar a dinâmica familiar.

Instrumento	Nº de estudos que utilizaram o instrumento
FACES	8
FAD	4
FES	3
FRI	2
FC-EOL	1
FAM	1
Bloom's Family Scales	1

Tabela 2. Instrumentos utilizados para avaliar o luto.

Instrumento	Nº de estudos que utilizaram o instrumento
BPQ	3
ICG	3
TRIG	1
CBI	1
GEI	1

viventes; e as famílias classificadas como desligadas ou conflituosas referiram maior distância, enquanto as famílias coesas ou expressivas relataram mais proximidade entre os seus membros. No estudo de Lohan e Murphy<sup>22</sup> também

não houve diferenças no funcionamento familiar quando comparado com a causa da morte, apenas as pontuações relativamente à dimensão da adaptabilidade no início do estudo foram significativamente maiores para os pais cujos filhos morreram por suicídio. As mães do estudo apresentaram escores mais altos na dimensão adaptabilidade do que os pais. Os pais avaliaram suas famílias como menos próximas do que a população em geral, e ambos os pais e as mães enlutados classificaram as suas famílias como mais flexíveis do que a população em geral.

Em outra investigação das mesmas autoras de 2006<sup>23</sup>, em que se pretendeu avaliar o sofrimento mental e o funcionamento familiar de pais que perderam o filho por morte súbita e comparar com a população em geral, foi encontrado que, um ano após o óbito, os pais que perderam um filho por morte súbita apresentavam menor nível de coesão do que os pais da população em geral; as mães apresentavam pontuações significativamente maiores do que os pais, no índice geral de sintomas (BSI), um e dois anos após a perda; e os pais, um ano após a perda, apresentavam uma correlação negativa significativa entre a pontuação do índice geral de sintomas e a coesão<sup>23</sup>. Em outro estudo das mesmas autoras, publicado no mesmo ano<sup>24</sup>, relativamente à dinâmica familiar, as autoras encontraram que as mães participantes do estudo foram mais classificadas com rela-

ção à adaptabilidade como sendo caóticas tanto aos quatro como aos 12 meses após a perda do filho. Isto significa que o nível de adaptabilidade é extremamente alto, e com relação à coesão foram mais classificadas como ligadas e emaranhadas aos quatro meses, ou seja, apresentaram um nível de coesão de moderado alto a extremamente alto, e, aos 12 meses após a perda, a maioria das mães foi classificada como emaranhadas (coesão extremamente alta). Já os pais, com relação à adaptabilidade, aos quatro meses após a perda, foram mais classificados como rígidos ou estruturados, o que significa que o nível de adaptabilidade é baixo ou extremamente baixo, mas aos 12 meses foram classificados como flexíveis, com adaptabilidade moderada alta, e com relação à coesão foram mais classificados como ligados aos quatro e aos 12 meses após a perda<sup>24</sup>, ou seja, apresentaram um nível de coesão moderado alto.

Já o estudo de Lohan e Murphy<sup>25</sup>, de 2007, realizado apenas com mães, no intuito de verificar se havia diferenças significativas no funcionamento familiar entre as enlutadas, casadas e solteiras, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de mães casadas e os de mães solteiras, o que indica que o estado civil não pode ser considerado um preditor do funcionamento familiar, e que o casamento não pode ser considerado um fator de proteção para ajudar as famílias a se adaptarem ao enfrentar a morte de um filho. O estudo também acrescenta que mães solteiras com poucos recursos financeiros, não são necessariamente pobres em recursos para manter a adaptabilidade familiar e a coesão ao longo do tempo, o baixo rendimento não estava associado à incapacidade de aceder a recursos.

Relativamente à avaliação da qualidade dos estudos, os artigos selecionados obtiveram pontuações entre 14 e 18, na escala utilizada para a avaliação dos mesmos com pontuação de 0 a 20, o que demonstra que os estudos apresentam uma boa qualidade.

## Discussão

De acordo com a pesquisa realizada não são muitos os artigos publicados sobre a dinâmica familiar no processo de luto, o que demonstra que o tema tem sido pouco estudado e as investigações estão concentradas em apenas dois países (Estados Unidos e Austrália).

Os artigos relevantes sobre o tema aparecem no início dos anos 90 com um estudo de Jordan<sup>21</sup> em que a população alvo não foi especificada e os

dados apresentados foram sobre as dificuldades e insatisfações das famílias após a perda de um ente querido. Depois podemos destacar os trabalhos do grupo coordenado por David Kissane, na Austrália, responsável por quatro dos artigos selecionados – mais da metade dos trabalhos com doentes oncológicos. Os dois primeiros estudos do grupo são de 1996 e os resultados da investigação foram publicados na mesma revista. Este estudo parece ser a primeira tentativa de sistematizar a avaliação de familiares enlutados de doentes oncológicos, no intuito de classificar as famílias de acordo com uma tipologia de funcionamento familiar, para então focar os esforços de apoio e acompanhamento às famílias menos funcionais e com maior necessidade de suporte. Neste período foi criado por este grupo australiano um modelo de intervenção no luto focado na família<sup>14,27</sup>, a fim de disponibilizar tratamento e suporte adequado às famílias em luto, e o estudo realizado demonstrou que algumas tipologias familiares podem vir a beneficiar-se deste modelo de intervenção<sup>14</sup>.

Os estudos selecionados apresentaram evidências de que o mau funcionamento familiar está relacionado com maior sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e distress psicológico), com um processo de luto mais complicado, maior morbidade psicossocial e pior funcionamento social, pouco ou nenhum apoio social, dificuldade para recorrer aos recursos da comunidade ou procurar apoio espiritual e menor capacidade funcional no trabalho<sup>2,7,9-12,14</sup>. Os conflitos familiares também foram destacados como um fator que pode contribuir para o desenvolvimento de um luto complicado<sup>17</sup>. O artigo mais recente selecionado na pesquisa realizada por Traylor *et al.*<sup>12</sup> destacou a importância da coesão, da expressão de afeto e uma boa comunicação nas famílias como atenuante nos sintomas de luto.

Os dois artigos que se referiam à dinâmica familiar no luto de pais de crianças que faleceram com câncer, publicados em 2004 e 2005<sup>19,20</sup>, não encontram resultados significativos relativamente ao funcionamento familiar. Nas investigações com familiares de crianças e adolescentes que faleceram de morte súbita ou violenta (homicídios, suicídios e acidentes), Lohan e Murphy são responsáveis por quase todos os artigos publicados na área, concentrando as publicações entre 2002 e 2007. Os resultados dos estudos dessas autoras são um pouco divergentes relativamente à classificação dos pais em relação ao funcionamento familiar e o nível de coesão e adaptabilidade em cada um dos momentos de avaliação dos estudos, o que nos leva a refletir que estas discrepâncias

com relação à percepção da dinâmica familiar pode estar relacionada com características individuais, do casal e da própria família que podem se alterar ao longo do tempo.

Relativamente à metodologia, os estudos são muito diversos na dimensão das amostras e população. Os instrumentos para avaliar as variáveis são variados. Apesar de todos os instrumentos de avaliação, do funcionamento familiar ter em consideração a coesão entre os seus membros, cada instrumento classifica as famílias de acordo com uma tipologia diferente, o que dificulta uma comparação entre os estudos e a generalização dos resultados.

### Considerações Finais

O presente trabalho pretendeu realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a dinâmica familiar no processo de luto de familiares adultos. Foram encontrados poucos estudos relevantes sobre o tema, o que nos leva a supor que o funcionamento familiar no período, prestação de cuidados a um familiar e, principalmente, no luto é uma área pouco investigada. Os estudos na sua maioria apenas avaliam as famílias no período do luto e alguns apenas avaliam as famílias durante a fase de doença do familiar, mas não fazem uma avaliação longitudinal da dinâmica familiar contemplando desde a fase de prestação de cuidados ao doente até o período de luto, o que poderia fornecer mais informações sobre o funcionamento familiar.

Nesta revisão foi possível compilar os estudos publicados sobre o tema, realizar um levantamento dos instrumentos utilizados para avaliar a dinâmica familiar e o luto, e resumir os resultados dos artigos. Os estudos confirmaram que as famílias disfuncionais apresentam maiores complicações durante o período de luto, o que pode levar a um processo de luto mais intenso e prolongado. A sintomatologia psicopatológica mais intensa e maior morbidade psicossocial nestas famílias podem também estar associadas ao luto complicado.

Portanto, seria interessante utilizar um instrumento de triagem para avaliar a dinâmica familiar, preferencialmente ainda no período de prestação de cuidados ao doente ou no início do processo de luto, com o intuito de identificar as famílias com pior funcionamento familiar e maior risco de desenvolver complicações no luto e com maior necessidade de suporte.

Também é de interesse acadêmico ampliar as amostras das investigações, harmonizar os ins-

trumentos utilizados para a avaliação das variáveis, assim como a metodologia de colheita dos dados, para possibilitar uma posterior comparação dos resultados dos estudos e a generalização dos mesmos.

Como limitações do presente trabalho é importante ressaltar que os artigos selecionados para compor a amostra foram apenas textos em inglês, português ou espanhol, já publicados em periódicos científicos, o que exclui teses de mestrado e doutoramento, assim como apresentações de congressos, e as bases de dados de busca eletrônicas limitaram-se apenas a EBSCO, Web of Knowledge e Bireme.

Pode ser apontado como um viés no processo de revisão o fato da triagem inicial dos resumos e a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão para selecionar os 40 estudos potencialmente elegíveis terem sido realizados apenas pela primeira autora, assim como não ter sido possível aceder ao texto completo de um dos artigos selecionados. Para além disso, o instrumento utilizado para a avaliação da qualidade dos estudos também foi criado pelos próprios autores do artigo com base em uma *checklist* de critérios de avaliação para estudos observacionais e a pontuação também foi estipulada pelos mesmos.

### Colaboradores

M Delalibera foi responsável pela pesquisa, seleção, avaliação dos artigos, interpretação dos dados e redação do texto. J Presa foi responsável pela pesquisa e seleção dos artigos. A Coelho foi responsável pelo esclarecimento de dúvidas e divergências na seleção dos artigos, e colaborou na redação do texto. A Barbosa foi responsável pela revisão crítica do texto e MH Franco foi responsável pela revisão crítica e colaborou na redação final do texto.

### Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES) uma vez que, este trabalho foi desenvolvido no âmbito do doutoramento no exterior da autora principal, como bolsista CAPES.

## Referências

1. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2013;18(9):2615-2623.
2. Kramer BJ, Kavanaugh M, Trentham-Dietz A, Walsh M, Yonker JA. Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *Omega J Death Dying* 2010; 62(3):201-220.
3. Nadeau JW. Meaning making in family bereavement: A family systems approach. In: StroebeMS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington: American Psychological Association; 2001. p. 329-347.
4. Stroebe W, Schut H. Models of coping with bereavement: A review. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington: American Psychological Association; 2001. p. 376-404.
5. Shapiro ER. Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 301-328.
6. Schuler T, Zaider T, Kissane D. Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Fam Matters* 2012; (90):77-86.
7. Brintzenhofszoc KM, Smith ED, Zabora JR. Screening to Predict Complicated Grief in Spouses of. *Cancer Pract* 1999; 7(5):233-239.
8. Hudson PL, Hayman-White K, Aranda S, Kristjanson LJ. Predicting family caregiver psychosocial functioning in palliative care. *J Palliat Care* 2006; 22(3):133-140.
9. Kissane DW, Bloch S, Dowe DL, Snyder RD, Onghena P, McKenzie DP, Wallace CS. The Melbourne Family Grief Study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *Am J Psychiat* 1996; 153(5):650-658.
10. Kissane DW, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, Dowe DL. The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiat* 1996; 153(5):659-666.
11. Kissane DW, McKenzie M, McKenzie DP, Forbes A, O'Neill I, Bloch S. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliat Med* 2003; 17(6):527-537.
12. Traylor ES, Hayslip B, Kaminski PL, York C. Relationships between grief and family system characteristics: a cross lagged longitudinal analysis. *Death Stud* 2013; 27(7):575-601.
13. Moos RH, Moos BS. *Family Environment Scale Manual*. California: Consulting Psychologists Press; 1981.
14. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiat* 2006; 163(7):1208-1218.
15. Kramer BJ, Boelk A, Auer C. Family conflict at the end-of-life: Lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *J Palliat Med* 2006; 9:791-801.
16. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psychooncology* 1997; 6(1):25-33.
17. Kramer BJ, Kavanaugh M, Trentham-Dietz A, Walsh M, Yonker JA. Predictors of Family Conflict at the End of Life: The Experience of Spouses and Adult Children of Persons with Lung Cancer. *Gerontologist* 2010; 50(2):215-225.
18. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Göttsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS med* 2007; 4(10):1623-1627.
19. Jordan JR. Cumulative Loss, Current Stress, and the Family: A Pilot Investigation of Individual and Systemic Effects. *Omega J Death Dying* 1992; 24(4):309-332.
20. Drew D, Goodenough B, Maurice L, Foreman T, Willis L. Parental grieving after a child dies from cancer: is stress from stem cell transplant a factor? *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(6):266-273.
21. Goodenough B, Drew D, Higgins S, Trethewie S. Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer: are place of death and sex of parent associated with differences in psychological functioning? *Psychooncology* 2004; 13(11):779-791.
22. Lohan J, Murphy S. Family functioning and family typology after an adolescent or young adult's sudden violent death. *J Fam Nurs* 2002; 8(1):32-49.
23. Lohan J, Murphy S. Mental Distress and Family Functioning Among Married Parents Bereaved By a Child's Sudden Death. *Omega J Death Dying* 2006; 52(4):295-305.
24. Lohan J, Murphy S. Mental Distress and Family Functioning in Bereaved Parents: Case Examples and Intervention Challenges. *Omega J Death Dying* 2006; 52(4):307-321.
25. Lohan J, Murphy S. Bereaved Mothers' Marital Status and Family Functioning After a Child's Sudden, Violent Death: A Preliminary Study. *J Fam Nurs* 2007; 12(4):333-347.
26. Nelson BJ, Frantz TT. Family Interactions of Suicide Survivors and Survivors of Non-Suicidal Death. *Omega J Death Dying* 1996; 33(2):131-146.
27. Kissane DW, Bloch S, McKenzie M, McDowall AC, Nitzan R. Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psychooncology* 1998; 7(1):14-25.

Artigo apresentado em 03/06/2014

Aprovado em 05/08/2014

Versão final apresentada em 08/10/2013