



PUC-SP

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM AÇÕES TERAPÊUTICAS PARA SITUAÇÕES DE LUTO**

**Talia Ramos de Oliveira**

**O CUIDADO NÃO ENCERRA COM A MORTE:**

O aconselhamento em luto na atenção à família nos cuidados paliativos

São Paulo

2025

**TALIA RAMOS DE OLIVEIRA**

**O CUIDADO NÃO ENCERRA COM A MORTE:**

O aconselhamento em luto na atenção à família nos cuidados paliativos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,  
como requisito à obtenção de título em nível  
de especialização em Ações Terapêuticas para  
Situações de Luto.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Me. Joana Cés de Souza  
Dantas.

São Paulo

2025

“A experiência humana de perder alguém significativo ou de ver romper-se um vínculo com uma situação que dava significado à própria vida, definindo os contornos de sua identidade, deixa marcas na biografia de qualquer pessoa” (FRANCO, 2021, p. 45).

## **RESUMO**

OLIVEIRA, T. **O cuidado não encerra com a morte:** o aconselhamento em luto na atenção à família nos cuidados paliativos.

**Introdução:** O luto de familiares após a morte de um ente querido em cuidados paliativos mobiliza vivências emocionais complexas, exigindo reorganizações internas e externas que variam conforme a história de vida, os vínculos estabelecidos e as circunstâncias da perda. **Objetivo:** compreender de que forma o aconselhamento em luto no pós-óbito pode oferecer suporte significativo aos familiares enlutados nesse contexto. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada entre abril e julho de 2025, nas bases PubMed e BVS/LILACS, complementadas por obras clássicas da área. **Resultado:** os achados indicam que fatores como a qualidade do vínculo com a pessoa falecida, a presença ou ausência de suporte social, o estilo de apego e as circunstâncias da morte influenciam a vivência do luto; evidencia-se também a importância de estratégias de triagem de risco e da formação ética e técnica dos profissionais que atuam no acompanhamento familiar. **Conclusão:** conclui-se que o aconselhamento em luto constitui uma intervenção ética e sensível às necessidades familiares, afirmando a integralidade dos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Luto familiar; Cuidados paliativos; Morte; Luto.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, T. **Care does not end with death:** bereavement counseling in family care within palliative care.

**Introduction:** Family grief following the death of a loved one in palliative care mobilizes complex emotional experiences, demanding both internal and external reorganizations that vary according to life history, established bonds, and the circumstances of the loss. **Objective:** To understand how post-death grief counseling can provide meaningful support to bereaved family members in this context. **Method:** This is a narrative literature review conducted between April and July 2025, in the PubMed and BVS/LILACS databases, complemented by classical works in the field. **Results:** The findings indicate that factors such as the quality of the relationship with the deceased, the presence or absence of social support, attachment style, and the circumstances of death influence the grief experience; the importance of risk screening strategies and the ethical and technical training of professionals working with families is also highlighted. **Conclusion:** It is concluded that grief counseling represents an ethical intervention sensitive to family needs, affirming the comprehensiveness of palliative care.

**Key-words:** Family bereavement; Palliative care; Death; Grief.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>9</b>
<b>3 CUIDADOS PALIATIVOS: UM CUIDADO QUE NÃO TERMINA COM A MORTE</b>	<b>10</b>
<b>4 A FAMÍLIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRE O SOFRIMENTO E O CUIDADO</b>	<b>12</b>
<b>5 OS LUTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>15</b>
<b>6 LUTO FAMILIAR: UMA EXPERIÊNCIA SINGULAR QUE EXIGE CUIDADO</b>	<b>17</b>
<b>7 LUTO E ACONSELHAMENTO EM LUTO PELA PERSPECTIVA DE WORDEN</b>	<b>21</b>
<b>7.1 Compreendendo o processo de luto</b>	<b>21</b>
<b>7.2 Mediadores do luto</b>	<b>22</b>
<b>7.3 Aconselhamento em luto</b>	<b>23</b>
<b>8 ACONSELHAMENTO EM LUTO NO PÓS-ÓBITO</b>	<b>25</b>
<b>9 HABILIDADES, COMPETÊNCIAS E ATITUDES NECESSÁRIAS PARA O CONSELHEIRO</b>	<b>27</b>
<b>10 OUTRAS POSSIBILIDADES DE CUIDADO AO LUTO PÓS-ÓBITO NOS CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>29</b>
<b>11 DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
<b>12 CONCLUSÃO</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo é uma abordagem que nos convida a enxergar o processo da doença para além da dimensão física, a fim de reconhecer que esse processo também envolve aspectos emocionais, sociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Trata-se, portanto, de um cuidado ampliado, que acolhe não só quem está doente, mas também aqueles que caminham ao seu lado, familiares, amigos e cuidadores, que igualmente enfrentam perdas significativas e vivenciam diferentes formas de sofrimentos (HUDSON et al., 2012). Esse cuidado vai além do controle dos sintomas, também abrange o suporte emocional, como aconselhamento em luto, que visa oferecer acolhimento diante das perdas vividas ao longo do adoecimento e após a morte do ente querido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Embora o cuidado ao luto seja amplamente reconhecido como parte essencial da abordagem paliativa, sua implementação ainda enfrenta desafios importantes. Em muitos serviços, faltam profissionais capacitados, espaços estruturados e recursos voltados para esse tipo de acompanhamento. Mesmo com o crescente reconhecimento de sua importância, o suporte ao luto continua sendo pouco priorizado, mantendo baixa visibilidade nas políticas públicas, escassa produção científica e geralmente ausente das rotinas institucionais (DE LIMA et al., 2012; HUDSON et al., 2018; PEREIRA E REYS, 2021; BOVEN et al., 2022; LICHTENTHAL, 2024).

É importante considerar que o processo da doença grave mobiliza intensamente a rede familiar, que pode ser atravessada por múltiplas perdas: rotina, papéis sociais, previsibilidade e, finalmente, a presença física do ente querido. O luto nesse contexto é precedido por despedidas graduais, marcadas por sofrimento compartilhado e sobrecarga emocional (HUDSON; REMEDIOS; THOMAS, 2010). Cabe destacar que nem todas as pessoas conseguem se adaptar bem após a perda. A literatura indica que de 10% a 15% dos enlutados desenvolvem sintomas persistentes e de difícil elaboração. Estes dados sugerem a necessidade de intervenções específicas para apoiar os familiares em luto (PRIGERSON et al., 2009; LUNDORFF et al., 2017).

É nesse contexto sensível do pós-óbito que o aconselhamento em luto pode ser uma possibilidade de cuidado. Segundo Worden (2013), o aconselhamento em luto tem como propósito auxiliar a pessoa enlutada a se adaptar à realidade transformada pela ausência,

oferecendo suporte para lidar com o sofrimento emocional, enfrentar os desafios que dificultam a reorganização da vida cotidiana e construir formas simbólicas de manter o vínculo com quem partiu, ao mesmo tempo em que se possibilita novos investimentos afetivos e existenciais.

O aconselhamento em luto, nesse cenário, se destaca como uma intervenção clínica centrada na escuta, no acolhimento e na reconstrução de significados. Cabe ressaltar que o aconselhamento em luto pode ser adaptado a diferentes contextos clínicos, desde atendimentos pontuais no ambiente hospitalar até propostas mais estruturadas, como em ambulatórios voltados para o luto. Essa possibilidade amplia o campo de cuidado e reforça a importância de reconhecer o sofrimento dos familiares como parte legítima da atenção integral (WORDEN, 2013).

Moon (2013) destaca que há uma conexão intrínseca entre luto e cuidados paliativos, tanto em seus fundamentos conceituais quanto em suas práticas. Ambos se voltam à experiência humana de perda e sofrimento. Essa proximidade os torna, em muitos contextos, indissociáveis: é raro encontrar um cenário de cuidado paliativo que não envolva algum tipo de vivência de luto, assim como é improvável que um processo de luto significativo não convoque cuidados que acolham e amparem a dor.

Com base nisso, este trabalho é orientado pela seguinte pergunta: de que forma o aconselhamento em luto no pós-óbito pode oferecer suporte significativo aos familiares enlutados no contexto dos cuidados paliativos?

Para responder a essa questão, foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura, cujo foco foi aprofundar a compreensão sobre o luto de familiares em cuidados paliativos e analisar de que forma o aconselhamento em luto pode constituir uma ferramenta de cuidado no período pós-óbito.

Inicialmente são apresentados os fundamentos dos cuidados paliativos e seu compromisso com o cuidado integral, seguido pela análise do papel da família neste contexto, explorando as diferentes manifestações do luto durante a trajetória da doença. Na sequência, são examinados especificamente os lutos em cuidados paliativos e o luto familiar como experiência singular.

O trabalho aborda ainda a perspectiva de Worden sobre luto e aconselhamento, focando no aconselhamento em luto no pós-óbito, as habilidades, competências e atitudes necessárias para o conselheiro, e outras possibilidades de cuidado ao luto pós-óbito nos cuidados paliativos. A discussão e conclusão retomam os principais achados e discutem implicações para a prática clínica e pesquisas futuras.

## 2 METODOLOGIA

Esta revisão narrativa examinou as contribuições do aconselhamento em luto pós-óbito como forma de cuidado aos familiares enlutados em cuidados paliativos. A busca bibliográfica ocorreu entre abril e agosto de 2025, utilizando PubMed e BVS/LILACS, privilegiando as publicações dos últimos cinco anos (2020-2025) para priorizar evidências contemporâneas.

Os descritores utilizados foram: family bereavement, palliative care, death, grief. Foram incluídos artigos disponíveis integralmente que abordassem luto familiar em cuidados paliativos após a morte. Foram excluídos estudos voltados exclusivamente ao luto infantil ou incompatíveis com o recorte estabelecido.

Além da literatura científica recente, foi incluída a obra clássica de Worden (2013), cuja abordagem sobre aconselhamento em luto é referência consolidada. A análise dos materiais seguiu uma perspectiva integrada, considerando tanto os aportes teóricos quanto as implicações clínicas.

### **3 CUIDADOS PALIATIVOS: UM CUIDADO QUE NÃO TERMINA COM A MORTE**

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem que reconhece a complexidade do adoecimento e propõe um cuidado que integra as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais da experiência humana. Seu objetivo é aliviar o sofrimento e preservar a qualidade de vida de pessoas acometidas por doenças graves, assim como de seus familiares, respeitando seus valores, desejos e necessidades singulares (IAHPC, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Longe de se restringirem à fase final da vida, esses cuidados acompanham toda a trajetória do adoecer, oferecendo suporte contínuo desde o diagnóstico até o luto. Essa perspectiva rompe com modelos biomédicos centrados na tecnologia e no prolongamento da vida a qualquer custo, resgatando o protagonismo do paciente nas decisões que envolvem sua existência (MENEZES, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (2023) estabelece princípios específicos que fundamentam os cuidados paliativos. Esses princípios enfatizam a necessidade de atenção contínua e abrangente, respeitando a dignidade, os valores e o contexto particular de cada paciente e família. Esta perspectiva inclui também o acompanhamento durante o processo de luto. Assim como afirma o valor da vida, reconhece a morte como processo natural e evita tanto sua aceleração quanto seu adiamento.

Para que esse cuidado não permaneça apenas no campo das intenções, é necessário que esteja inserido, de forma estruturada, nos sistemas de saúde. McCoughlan (2014) aponta três pilares fundamentais para isso: o compromisso das políticas públicas, a formação ética e sensível dos profissionais e o acesso garantido aos recursos necessários para o controle do sofrimento. Sem essas bases, o cuidado corre o risco de ser inacessível justamente para quem mais precisa de amparo.

Esse compromisso com o cuidado se torna ainda mais necessário quando consideramos a complexidade de quem enfrenta uma doença ameaçadora à vida. Doenças de natureza aguda ou crônica costumam carregar consigo um risco elevado de desfechos adversos, sofrimento duradouro, perdas significativas, diminuição na autonomia e uma dependência progressiva de outras pessoas para tarefas anteriormente simples do cotidiano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Essas mudanças não recaem apenas sobre quem adoece. Elas se desdobram também sobre os familiares e pessoas próximas, que passam a conviver com uma sobrecarga emocional, física e social. São mudanças que reconfiguram dinâmicas, exigem reorganizações constantes e mobilizam recursos afetivos nem sempre disponíveis. Nesse cenário, os cuidados paliativos oferecem um olhar que reconhece essas camadas de sofrimento e propõe intervenções que acolham a história, os vínculos e os significados que atravessam o processo do adoecer (COELHO; ALBUQUERQUE; NETO, 2025).

Nos contextos em que os cuidados paliativos são oferecidos de forma precoce e eficaz, a família costuma se sentir mais amparada para atravessar a perda. Esse cuidado envolve não apenas o alívio do sofrimento, mas também a criação de um ambiente onde há espaço para conversas honestas, participação nas decisões e a vivência de despedidas significativas. Esses elementos, quando presentes, têm um impacto profundo na forma como o luto é vivido e elaborado (CURTIS et al., 2016; LOBB et al., 2010).

Sendo assim, espera-se que haja a continuidade do cuidado à família após o óbito do paciente, com o intuito de manter uma atitude ética e afetiva daquilo que já vinha sendo construído ao longo do processo. Ignorar esse momento pode representar uma ruptura no vínculo terapêutico estabelecido com a família, que compromete não apenas o encerramento simbólico do cuidado, mas também o acolhimento necessário do sofrimento que pode persistir (HUDSON et al., 2012; MOON, 2013).

#### **4 A FAMÍLIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: ENTRE O SOFRIMENTO E O CUIDADO**

O adoecimento não atinge apenas quem recebe o diagnóstico. Ele atravessa a vida da família como um todo, desorganizando rotinas, papéis e vínculos já estabelecidos. Cada mudança no estado clínico e cada decisão sobre o tratamento reverberam no cotidiano dos familiares, que passam a conviver com incertezas, medos e responsabilidades. Acompanhar alguém em condição de ameaça à vida mobiliza uma carga emocional intensa, que marca profundamente a experiência de cada familiar.

Dessa forma, a presença da família vai muito além do acompanhamento ao paciente. Trata-se de uma participação ativa, que envolve responsabilidades como: consultas médicas, organização financeira, tomada de decisões difíceis, apoio emocional constante e coordenação de diferentes aspectos do cuidado (HUDSON; REMEDIOS; THOMAS, 2010; KIRA, 2018). Hudson et al. (2018) e Schulz et al. (2003) apontam que a sobrecarga vivida pelos familiares pode trazer consequências significativas à saúde, como fadiga intensa, distúrbios do sono, sintomas de ansiedade e depressão, esgotamento, e em alguns casos, até maior risco de mortalidade.

Nos cuidados paliativos, esse impacto é reconhecido: a família não é vista apenas como suporte, mas como parte integrante do cuidado, pois também adoece, sofre perdas graduais e precisa ser acolhida. À medida que a doença avança e a morte se aproxima, cresce a angústia e a insegurança quanto ao que pode acontecer. Surgem perguntas difíceis, como: o paciente está sendo bem cuidado? Está livre de dor? Por que determinados tratamentos são interrompidos? O que fazer se o quadro piorar? Como posso cuidar melhor dele? Tais inquietações revelam tanto o desejo de proteger quanto o medo de falhar, tornando essencial a escuta ativa e o acolhimento sensível da equipe. Quando a família encontra espaço para expressar suas dúvidas e sentimentos, vínculos de confiança podem ser fortalecidos, favorecendo não apenas a qualidade do cuidado ao paciente, mas também a sustentação emocional daqueles que permanecem ao lado (KIRA, 2018).

Essas questões revelam que, mais do que identificar sintomas de sobrecarga, é preciso compreender como a família se estrutura e responde ao adoecimento. Cada núcleo familiar tem modos singulares de se organizar, de tomar decisões e de sustentar o cuidado, e é nessa singularidade que a equipe pode encontrar tanto recursos de enfrentamento quanto

fragilidades que precisam de apoio. Compreender o contexto familiar é, portanto, fundamental quando se cuida de alguém em processo de adoecimento. Observar as interações entre seus membros permite acessar não apenas suas histórias compartilhadas, mas também as dinâmicas relacionais que moldam, sustentam ou tensionam o cuidado ao longo da trajetória (VATTIMO; BELFIORE; DUCATTI, 2023).

Frequentemente, um dos membros da família assume, por escolha ou necessidade, o papel de cuidador principal. Essa função é marcada por grande responsabilidade, o que exige presença constante, reconfiguração da rotina e tomada de decisões importantes. O cuidador reorganiza sua vida em função das demandas que surgem, e essa dedicação intensa pode despertar sentimentos de solidão, impotência e culpa, emoções muitas vezes silenciadas e sem espaço legítimo para serem acolhidas (BARBOSA; CONRADO, 2023).

Além disso, estudos demonstram que o sofrimento familiar pode ser agravado por comunicações confusas com a equipe de saúde, sensação de desamparo nas decisões e ausência de apoio emocional ao longo da trajetória de cuidado (TANTRARUNGROJ; OCHAROEN; SACHDEV, 2022).

Para que o cuidado se sustente de maneira ética e sensível, é necessário que a equipe amplie seu olhar para além da esfera clínica e reconheça os múltiplos fatores que atravessam o cotidiano da família. Como destaca Kira (2018), questões emocionais, sociais, financeiras, sobrecarga, relacionais e luto influenciam diretamente a forma como o adoecimento é vivenciado e como o cuidado é exercido. A literatura também reforça que a qualidade da comunicação e o preparo emocional para o fim da vida estão diretamente associados à redução do risco de lutos prolongados entre os familiares (YAN et al., 2023).

Nesse contexto, o sofrimento da família nem sempre se expressa em palavras: muitas vezes, ele se revela nas ausências, nos silêncios ou nas dificuldades de tomar decisões. Por isso, construir espaços de escuta ativa, diálogo aberto e apoio contínuo torna-se essencial para fortalecer esses vínculos e minimizar os efeitos da sobrecarga emocional. Considerar o sofrimento familiar como parte do cuidado é reconhecer a complexidade que envolve o adoecimento, normalmente exigindo da equipe disponibilidade, sensibilidade e presença diante das múltiplas formas de expressão da dor (KIRA, 2018).

Dessa forma, incluir estratégias de acompanhamento aos familiares, desde o adoecimento até o período após a perda, constitui um componente essencial de uma

abordagem ética e integral em cuidados paliativos. Lichtenthal (2018), chama atenção para o fato de que justamente os enlutados em maior sofrimento muitas vezes não recebem o suporte necessário, o que reforça a urgência de ações estruturadas e contínuas de cuidados.

## 5 OS LUTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

O luto representa uma experiência profundamente humana, que emerge quando vínculos significativos são rompidos. Manifesta-se de forma singular em cada pessoa, atravessando dimensões emocionais, cognitivas, físicas, comportamentais e espirituais, sendo moldado pelo contexto sociocultural (AOUN et al., 2015; FRANCO, 2021). Longe de ser um processo linear, o luto mobiliza o mundo interno e externo do enlutado, exigindo escuta, reconhecimento e tempo para integração da perda à vida (STRADA, 2013; BRAZ; FRANCO, 2017; FRANCO, 2021).

Nos cuidados paliativos, o luto manifesta-se como processo múltiplo, contínuo e entrelaçado à trajetória do adoecimento. Ao contrário da ideia de perda pontual, as perdas nesse contexto ocorrem antes, durante e após a morte, processo que envolve pacientes, familiares e profissionais em uma experiência marcada por vínculos e constante atribuição de significados. Essas perdas incluem rupturas de identidade, funcionalidade, papéis, vínculos e projetos futuros, configurando um cenário de lutos sucessivos e luto antecipatório (FRANCO, 2008, 2021).

O conceito de luto antecipatório surgiu das observações de Lindemann (1994), que identificou manifestações de sofrimento e perdas entre mulheres cujos filhos e maridos estavam na guerra, sem confirmação da morte. Nos cuidados paliativos, esse conceito se associou à vivência de perdas graduais durante a doença, quando já se percebe declínio funcional, mudanças nos papéis e aproximação da morte (COELHO, 2020).

Singer et al. (2022) demonstram que esse luto pode ser permeado por tristeza profunda, ansiedade, culpa e tensão nos vínculos familiares. O sofrimento se intensifica diante da incerteza prognóstica e do desgaste prolongado do cuidado. Em alguns casos, funciona como tentativa de adaptação à perda iminente. Em outros, torna-se fonte de sofrimento e ambivalência, especialmente quando há solidão, sobrecarga e ausência de rede de apoio.

Apesar da ampla utilização, algumas revisões questionam a eficácia descritiva e clínica do termo luto antecipatório. Nielsen et al. (2016), em revisão sistemática com cuidadores de pacientes com doenças terminais, apontam que sintomas de luto durante o cuidado não garantem melhor adaptação após a morte. Cuidadores com sofrimento psicológico mais acentuado durante o processo de adoecimento apresentaram maior risco de

desenvolver luto complicado. Esses achados reforçam que o luto não se limita à resposta emocional futura, construindo-se como processo relacional, simbólico e subjetivo ao longo de toda a trajetória. Os autores destacam que o foco clínico deve deslocar-se da ideia de preparar para o fim para reconhecer perdas em curso e necessidades emocionais emergentes no presente. Essa mudança sustenta críticas ao conceito tradicional e favorece abordagens mais sensíveis, valorizando o cuidado com o cuidador enquanto este ainda cuida.

Apesar de sua ampla disseminação na literatura, o termo luto antecipatório não consegue abranger toda a complexidade da experiência vivida pelos familiares. As perdas não se iniciam apenas com a doença, tampouco emergem exclusivamente após a morte (TAVARES; FRANCO; AGUIAR, 2024). Como propõem as autoras, cada pessoa chega ao processo de luto com uma história pregressa de vínculos e perdas que, mesmo que não estejam claramente nomeadas, atuam no presente e podem atravessar a vivência do adoecimento. Assim, a doença grave não inaugura o luto. Ela o convoca. Convoca também todos os outros lutos anteriores, muitas vezes não elaborados.

Inspiradas pela concepção de dor total de Cicely Saunders, Tavares, Franco e Aguiar (2024) propõem o termo "*luto total*" como forma ampliada de escuta e compreensão. Essa perspectiva reconhece que o sofrimento decorrente da perda afeta a pessoa integralmente, manifestando-se profundamente nas dimensões física, emocional, social e espiritual.

## 6 LUTO FAMILIAR: UMA EXPERIÊNCIA SINGULAR QUE EXIGE CUIDADO

O sofrimento familiar durante o curso da doença não se manifesta exclusivamente diante da proximidade da morte, mas permeia as demandas cotidianas impostas pelo adoecimento. Trata-se de experiências que desafiam limites emocionais, físicos e relacionais, frequentemente atravessadas pela impossibilidade de despedidas adequadas, por vínculos marcados por dependência afetiva ou financeira, por conflitos familiares não elaborados e por comunicação deficiente com as equipes de saúde (TANTRARUNGROJ et al., 2022). A este cenário soma-se a pressão de decisões urgentes tomadas em meio à dor, tornando ainda mais árdua a travessia deste período (COELHO; ALBUQUERQUE; NETO, 2025).

Tais condições ganham complexidade quando permeadas por estresse prolongado, despreparo percebido, exaustão progressiva e impactos diretos na saúde e rotina dos cuidadores. A literatura evidencia que o acúmulo de demandas, fragilidades vinculares e ausência de suporte consistente elevam o risco de reações de luto mais intensas e duradouras, podendo culminar em quadros de sofrimento persistente (THOMAS et al., 2014).

Para além dos fatores contextuais, elementos subjetivos exercem influência decisiva na forma como cada pessoa experimenta a perda. Históricos de sofrimento psíquico, incluindo episódios depressivos ou ansiosos, podem comprometer ainda mais os recursos emocionais disponíveis para o vivenciamento do luto (TANTRARUNGROJ et al., 2022). Similarmente, determinados padrões de apego, especialmente aqueles caracterizados pelo temor da separação ou pela dificuldade em manter autonomia emocional, tornam a ausência particularmente desestabilizadora. Quando o vínculo com o falecido se sustentava numa dependência afetiva intensa, a perda pode desencadear rupturas internas de difícil elaboração. Evidências contemporâneas sugerem que esta forma de dependência está associada a sofrimento mais agudo e prolongado, que constitui fator de risco para reações de luto persistentes (SEKOWSKI; PRIGERSON, 2021; EISMA; BOELEN; LENFERINK, 2020).

Nesse contexto, a implementação de estratégias de triagem de risco e acompanhamento torna-se imprescindível para reconhecer, de forma sensível e estruturada, os familiares em maior risco de desenvolver sofrimento intenso e prolongado após a perda. Roberts et al. (2017; 2020) apresentam o desenvolvimento do Bereavement Risk Inventory and Screening Questionnaire (Inventário de Risco de Luto e Questionário de Triagem – BRISQ). Trata-se de uma ferramenta de autorrelato criada para avaliar fatores psicossociais

de risco que precedem ou acompanham o processo de luto. O desenvolvimento do BRISQ baseou-se em ampla revisão da literatura e na contribuição de um painel de especialistas clínicos e acadêmicos. A intenção era criar uma triagem breve, ética e clinicamente aplicável, utilizável tanto antes quanto após a morte do paciente.

O processo de avaliação conduzido através do BRISQ abrange múltiplas facetas que moldam a experiência do enlutado, que engloba o histórico emocional prévio, estruturas de suporte social, dinâmicas interpessoais, vivências anteriores de perda ou situações traumáticas, características do relacionamento com o paciente, circunstâncias do processo de morte e reverberações subjetivas da ausência. A avaliação clínica pode considerar diferentes elementos que atravessam a experiência de perda, como o histórico de sofrimento psíquico, comportamentos de risco ou autodestrutivos, dificuldades anteriores em lidar com separações, bem como padrões de apego mais ansiosos ou evitativos (ROBERTS et al., 2017).

Outros aspectos relevantes incluem pendências relacionais com o familiar adoecido, vínculos de dependência emocional ou prática, além da percepção de intenso sofrimento durante a fase da doença e da exposição a procedimentos médicos invasivos. Reações como sentimentos de culpa, irritabilidade, retraiamento social, anestesia afetiva, resistência em aceitar a finitude e sensação de vazio existencial após a perda são igualmente observadas nesse processo (ROBERTS et al., 2017).

Esses pontos podem ser explorados por meio de questões abertas, que investigam a qualidade do vínculo, o impacto do adoecimento na vida cotidiana e a forma como o familiar comprehende seu sentido de vida após a perda. Ao adotar esse tipo de investigação, cria-se uma escuta mais atenta às demandas singulares de cada pessoa enlutada, permitindo que o planejamento de cuidados contemple o acompanhamento desde o início do adoecimento até o período posterior ao óbito (ROBERTS et al., 2017).

Entretanto, embora seja uma ferramenta promissora, o BRISQ ainda não tem evidências de validade no Brasil. Isso significa que, por ora, seu uso deve ser restrito ao campo investigativo e que, na prática clínica, é necessário recorrer a instrumentos já validados nacionalmente, de modo a garantir precisão diagnóstica, respaldo ético e adequação cultural. Essa lacuna reforça a urgência de desenvolver e validar protocolos de triagem adaptados à realidade brasileira, de forma a fortalecer o cuidado ao luto dentro dos serviços de saúde e, em especial, nos cuidados paliativos.

O luto é uma vivência natural diante da perda, mas, em determinadas circunstâncias, essa resposta pode evoluir para manifestações clínicas que exigem avaliação e encaminhamento especializado. O Transtorno de Luto Prolongado, reconhecido pelo DSM-5-TR e pela CID-11, descreve um quadro no qual o sofrimento permanece intenso e incapacitante por um período estendido, que compromete a reorganização da vida e o funcionamento cotidiano. Entre os sintomas mais comuns estão o anseio persistente pela pessoa falecida, sensação de vazio, resistência em aceitar a morte, perda do sentido da vida, evitação de lembranças e prejuízos substanciais na vida social, ocupacional e emocional (PRIGERSON et al., 2021).

Para estabelecer o diagnóstico, tais sintomas devem estar presentes por no mínimo seis meses (CID-11) ou doze meses (DSM-5-TR), excluindo-se outros transtornos mentais como explicação para o quadro. No âmbito dos cuidados paliativos, determinados elementos ampliam consideravelmente o risco deste desfecho: relacionamentos marcados por dependência emocional, óbitos repentinos ou traumáticos e fragilização da rede de apoio após a morte (PRIGERSON et al., 2021; BOELEN; LENFERINK, 2021).

Frente a essa realidade, a utilização de instrumentos clínicos é fundamental para diferenciar reações esperadas de manifestações que de fato necessitam intervenção especializada. Contudo, é preciso cautela: todo processo de luto pode se apresentar como desafiador, doloroso ou prolongado, sem que isso corresponda a um transtorno. Por isso, cada avaliação deve ser conduzida caso a caso, com atenção às especificidades da história, das condições do vínculo e das circunstâncias da perda, evitando interpretações precipitadas que levem à patologização do sofrimento.

A escala PG-13 foi um dos primeiros instrumentos adaptados ao contexto brasileiro com essa finalidade (DELALIBERA et al., 2017). Mais recentemente, a versão revisada (PG-13-R), validada por Esperandio et al. (2025), passou a oferecer parâmetros ainda mais precisos para a identificação de sintomas clinicamente relevantes do luto prolongado. Esses instrumentos ajudam a tornar visíveis dimensões do sofrimento que, por vezes, passam despercebidas, o que permite que a avaliação clínica seja conduzida com maior sensibilidade e alinhada à complexidade que caracteriza cada experiência de luto.

A pandemia de COVID-19 intensificou este cenário de vulnerabilidade ao impor restrições que limitam a presença familiar no fim da vida, interromperam rituais e acentuaram

o isolamento dos enlutados. Famílias foram privadas de despedidas presenciais, intensificando o sentimento de impotência, culpa e desamparo, particularmente diante de comunicações fragmentadas com os serviços de saúde (MORRIS; MOMENT; THOMAS, 2020; MAYLAND et al., 2021). A impossibilidade de rituais significativos e a solidão do luto amplificaram reações intensas de sofrimento, com repercussões no ajustamento emocional a médio e longo prazo (SELMAN et al., 2021).

Mais que fenômeno individual, o luto pode ser compreendido como vivência profundamente relacional e social. Numa perspectiva construcionista, Neimeyer, Klass e Dennis (2014) argumentam que a dor da perda acompanha-se da necessidade de reconstruir significados desorganizados pela morte. Esta reconstrução manifesta-se através de narrativas compartilhadas, rituais, conversas familiares, discursos culturais e formas públicas de rememoração e homenagem ao falecido. Neste sentido, proporcionar espaços de expressão e partilha revela-se fundamental. Expandir as modalidades de cuidado no luto implica reconhecer estas múltiplas dimensões de significação.

Neste contexto, estabelecer comunicação honesta, oferecer escuta ativa, validar emoções e facilitar espaços de expressão simbólica e ritual constituem formas potentes de cuidado. Tais práticas não apenas acolhem o sofrimento, mas facilitam a elaboração da perda e a reintegração da memória do falecido na vida dos sobreviventes (COELHO; BARBOSA; MORO, 2023).

## 7 LUTO E ACONSELHAMENTO EM LUTO PELA PERSPECTIVA DE WORDEN

### 7.1 Compreendendo o processo de luto

A experiência do luto envolve um processo ativo de adaptação à ausência da pessoa que morreu. Nesse sentido, Worden (2013) propõe a compreensão do luto a partir de quatro tarefas adaptativas, que oferecem uma estrutura clínica útil para acompanhar esse processo:

1. Aceitar a realidade da perda: trata-se de reconhecer, tanto intelectualmente quanto emocionalmente, que a morte ocorreu e que a pessoa não voltará. Essa aceitação não é imediata, especialmente em casos de morte súbita, violenta ou traumática, e pode ser dificultada por mecanismos de defesa e negação.
2. Elaborar as emoções da perda: o luto convoca sentimentos intensos que precisam ser reconhecidos, nomeados e vivenciados. Essa elaboração inclui não apenas a tristeza, mas também sentimentos ambivalentes como raiva, culpa, medo ou alívio, que são comuns e legítimos no processo de luto.
3. Adaptar-se a um mundo sem a pessoa que morreu: essa adaptação ocorre em três dimensões: externa (mudança de papéis, rotinas e responsabilidades), interna (reconstrução da identidade) e espiritual (questionamentos existenciais, crenças e sentidos).
4. Recolocar emocionalmente a pessoa e seguir vivendo: essa tarefa não implica "esquecer", mas transformar o vínculo com a pessoa falecida. Trata-se de integrar a memória da perda à história de vida do enlutado, permitindo que novos investimentos afetivos, relacionais e existenciais emergam.

As tarefas propostas pelo autor não seguem uma ordem rígida e podem se sobrepor ou retornar ao longo do tempo. O luto, portanto, não é algo que se "resolve" ou se "superá", mas algo com o qual se aprende a conviver. O papel dos profissionais que acompanham enlutados, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, inclui favorecer um espaço de escuta que reconheça essa complexidade, evitando patologizar a dor e oferecendo suporte para que o enlutado possa encontrar caminhos próprios de reconstrução diante da perda.

## 7.2 Mediadores do luto

A forma como cada pessoa vivencia o luto é influenciada por diversos fatores que modulam sua experiência emocional, relacional e adaptativa. Worden (2013) propõe sete mediadores que ajudam a compreender as variações e complexidades do enlutamento:

Mediador 1 - Quem era a pessoa que morreu: o impacto da perda pode estar diretamente relacionado ao papel que essa pessoa ocupava na vida do enlutado. Perdas de figuras centrais, como filhos, cônjuges ou pais, tendem a ser vividas com maior intensidade e desorganização emocional.

Mediador 2 - A natureza do vínculo: a qualidade da relação pode exercer influência significativa sobre o processo do luto. Vínculos seguros favorecem uma elaboração mais estável, enquanto relações ambivalentes, idealizadas ou marcadas por conflitos podem evocar sentimentos de culpa, raiva ou confusão, dificultando o enfrentamento da perda.

Mediador 3 - Como a pessoa morreu: as circunstâncias da morte podem impactar diretamente a forma como a perda é processada. Mortes inesperadas, violentas, sem possibilidade de despedida ou marcadas por sofrimento intenso costumam tornar o processo mais doloroso e difícil de integrar.

Mediador 4 - Antecedentes históricos: vivências anteriores de perda, traumas não elaborados e histórias de sofrimento emocional acumulado podem ressurgir no momento da nova perda, influenciando negativamente a adaptação atual.

Mediador 5 - Variáveis de personalidade: traços individuais como estilo de apego, nível de flexibilidade emocional, tendência à evitação ou à busca de apoio e modos habituais de lidar com o sofrimento também atuam como mediadores do luto.

Mediador 6 - Variáveis sociais: a presença ou ausência de suporte social exerce grande impacto. Uma rede de apoio acessível, empática e validadora pode funcionar como fator de proteção, enquanto o isolamento, a ausência de escuta ou o julgamento social intensificam o sofrimento.

Mediador 7 - Estressores concorrentes: dificuldades simultâneas à perda, como conflitos familiares, questões financeiras ou sobrecarga de responsabilidades, podem esgotar os recursos emocionais disponíveis e aumentar o risco de complicações no luto.

Reconhecer esses mediadores é essencial para uma compreensão mais ampla da experiência de luto. Eles revelam que não há uma única forma de vivenciar a perda e que fatores subjetivos, relacionais e contextuais se entrelaçam na construção do sofrimento. Para o profissional que acompanha essa travessia, esses elementos oferecem caminhos para uma escuta mais cuidadosa e ajustada à realidade de quem perdeu.

### 7.3 Aconselhamento em luto

O aconselhamento em luto é uma prática relacional que se orienta pela escuta qualificada e pelo acolhimento da dor. Seu foco é auxiliar no processo de adaptação à perda, respeitando a singularidade de cada vivência. Segundo Worden (2013), há princípios que podem nortear essa prática:

- Facilitar a aceitação da perda: favorecer a expressão narrativa dos acontecimentos e a consciência da ausência;
- Apoiar a vivência dos sentimentos: criar um espaço seguro para o reconhecimento de emoções dolorosas, como raiva, culpa ou medo;
- Ajudar o enlutado a se reorganizar: lidar com mudanças práticas, identitárias e espirituais que surgem com a ausência;
- Favorecer a busca de sentido: reconhecer que, ainda que nem toda perda encontre explicações, a reconstrução simbólica pode oferecer alívio e continuidade;
- Promover a construção de um novo vínculo simbólico com a pessoa que morreu, sem que isso impeça novos investimentos afetivos;
- Respeitar o tempo do luto: acolher as oscilações naturais do processo;
- Validar reações comuns como: alterações cognitivas, sensações de presença ou mudanças de humor, que podem assustar quem sofre;
- Reconhecer as diferenças individuais: evitar comparações ou expectativas normativas;
- Observar os estilos de enfrentamento: avaliar se favorecem ou dificultam a elaboração da perda;
- Identificar situações que demandam encaminhamento como: quadros de luto complicado, riscos à integridade ou sintomas persistentes.

O papel do profissional, nesse contexto, é estar presente com ética e escuta, acompanhando o enlutado em sua travessia e oferecendo suporte para que, aos poucos, a vida possa se reorganizar em torno da ausência.

## 8 ACONSELHAMENTO EM LUTO NO PÓS-ÓBITO

O aconselhamento em luto exerce um papel relevante no cuidado aos familiares após a morte de um ente querido, especialmente no contexto dos cuidados paliativos. Quando a morte acontece, ela não encerra os efeitos do sofrimento. Muitas vezes, o sofrimento persiste, apenas assumindo novas formas e manifestações. Para alguns familiares, a ausência se impõe com tamanha força que reorganizar a vida sem aquele que partiu se torna uma tarefa difícil e solitária. Nesses casos, o acompanhamento profissional pode representar uma presença cuidadora, capaz de acolher, orientar e sustentar. Isso não significa substituir as redes naturais de apoio, como a família, os amigos ou a espiritualidade, mas reconhecer quando a dor ultrapassa os recursos disponíveis nesses vínculos e exige um cuidado adicional (WORDEN, 2013; AOUP et al., 2015; 2017).

O Modelo de Saúde Pública para Apoio ao Luto, desenvolvido por Aoun e colaboradores (2015; 2017; 2018), organiza o cuidado em três níveis distintos de acordo com a complexidade das necessidades dos enlutados. Em contraste com a ideia de que todo luto exige intervenção especializada, esse modelo reconhece o papel fundamental das redes informais e comunitárias como fontes de apoio na maioria das situações de perda, articulando-se com os serviços de saúde quando necessário. Essa estrutura hierárquica permite direcionar recursos de forma mais eficiente, priorizando intervenções profissionais para casos de maior risco.

No primeiro nível (baixa complexidade), encontra-se a maior parte dos enlutados, que conseguem elaborar a perda através do suporte familiar, comunitário e das redes locais, dispensando intervenção profissional. O segundo nível (complexidade moderada) abrange aqueles com maior intensidade de sofrimento, decorrente de fatores como carência de apoio, relacionamentos de dependência ou vivências traumáticas. Para essas situações, recomenda-se aconselhamento em luto por profissionais capacitados e grupos de apoio estruturados. O terceiro nível (alto risco) contempla casos complexos com sinais de luto prolongado ou complicado, que demandam acompanhamento especializado em saúde mental. Cabe ressaltar que, apesar do modelo internacional valorizar a participação de pares e voluntários, no contexto brasileiro essa abordagem ainda carece de consolidação. Isso demanda investimentos em capacitação e orientação para garantir ambientes de cuidado protegidos e efetivos (AOUP et al., 2015; 2017; 2018).

Aoun et al. (2017) observaram que a percepção de apoio insuficiente aumenta conforme o nível de risco, o que reforça a relevância da avaliação sistemática. Ainda assim, nos serviços de cuidados paliativos persistem lacunas entre diretrizes e prática: as avaliações de risco são esporádicas, o acompanhamento pós-óbito ocorre de modo irregular e predominam ações generalistas, evidenciando a necessidade de protocolos claros de triagem, encaminhamento e colaboração comunitária.

Complementando esses achados, em pesquisa subsequente, Aoun et al. (2018) ressaltaram que o apoio informal permanece sendo o mais utilizado e considerado mais benéfico pelos enlutados, enquanto o apoio profissional costuma ser percebido como menos eficiente quando disponibilizado sem critério, reforçando a relevância da abordagem das comunidades compassivas. Contudo, cabe observar que, no Brasil, a concepção de comunidades compassivas ainda não se popularizou e até então não existem políticas públicas estruturadas nesse sentido, o que enfatiza a centralidade dos serviços formais e da atuação profissional qualificada no cuidado ao luto.

Diante desse contexto, é importante compreender que o luto não afeta apenas o indivíduo, mas reverbera em toda a estrutura familiar, exigindo reorganização de vínculos, papéis e formas de expressão emocional. Famílias que compartilham sentimentos e mantêm uma comunicação aberta tendem a atravessar o luto de maneira mais adaptativa, enquanto aquelas marcadas por rigidez, silêncio ou conflitos não elaborados podem perpetuar padrões de sofrimento. A perda de figuras centrais, como pais ou filhos, costuma desestabilizar o sistema, e fatores como a qualidade do vínculo, as circunstâncias da morte e o contexto familiar anterior influenciam diretamente a experiência da perda (WORDEN, 2013).

Nesse cenário, o aconselhamento em luto, atento à dinâmica relacional, às histórias compartilhadas e às tarefas de adaptação, pode favorecer a construção de novos sentidos, acolher diferentes formas de sofrer no grupo familiar e auxiliar na reconstrução simbólica da vida diante da ausência. Além disso, o cuidado oferecido a um membro da família pode reverberar nos demais, fortalecendo os recursos relacionais e criando espaços de apoio mútuo, em que a escuta e a ressignificação se tornam parte do processo coletivo de enfrentamento da perda (WORDEN, 2013).

## 9 HABILIDADES, COMPETÊNCIAS E ATITUDES NECESSÁRIAS PARA O CONSELHEIRO

O aconselhamento em luto não é uma prática restrita à Psicologia. Profissionais de saúde, quando devidamente capacitados, também podem utilizar recursos de escuta e apoio no contexto dos cuidados paliativos. Contudo, é essencial reconhecer os limites dessa atuação e avaliar criteriosamente quando a complexidade do caso exige encaminhamento para modalidades de acompanhamento especializado, como a psicoterapia focada no luto.

Como destaca Worden (2013), o aconselhamento em luto exige do profissional muito mais do que domínio teórico ou técnico. A cada encontro, ele é convocado a entrar em contato com histórias de dor, perdas e vulnerabilidades que podem ressoar em sua própria biografia. A escuta das narrativas dos enlutados pode despertar memórias de experiências pessoais de perda, temores ligados à finitude ou sentimento de impotência diante do sofrimento alheio. Reconhecer esses atravessamentos não é sinal de fragilidade, mas condição para um trabalho ético e sensível. A reflexão sobre a própria história de luto, os modos habituais de enfrentamento e os limites individuais é parte indispensável da formação de quem acompanha os enlutados. Isso inclui aceitar que nem sempre será possível acolher todas as histórias, pois algumas podem tocar em feridas ainda abertas do próprio conselheiro.

Entre as habilidades necessárias, a escuta empática ocupa lugar central. Estar presente diante da dor, sem a pressa de “resolver” os sentimentos, requer disposição para sustentar emoções intensas como raiva, culpa, medo ou ambivalência. O conselheiro deve favorecer a expressão emocional, auxiliar na identificação de tarefas do luto que permanecem abertas e apoiar a reconstrução de sentido diante da ausência. É igualmente importante reconhecer os próprios limites e distinguir quando a demanda ultrapassa a esfera do aconselhamento, exigindo encaminhamento para cuidados especializados (WORDEN, 2013).

A atuação clínica diante do luto exige o desenvolvimento de competências que integram conhecimento, habilidades e atitudes. Isso significa compreender os fundamentos teóricos do luto e os critérios diagnósticos para manifestações mais complexas (saber). Isso também inclui aplicar esse saber em ações clínicas coerentes, como a escuta ativa, a psicoeducação, o uso criterioso de escalas e a adaptação das intervenções à história e ao momento do enlutado (saber fazer), além de sustentar uma postura ética, empática e comprometida com o cuidado humanizado (saber ser). Essas dimensões qualificam a prática e

permitem que o profissional atue com responsabilidade e sensibilidade diante da dor do outro. Mais do que evitar erros, bons conselheiros são aqueles que se permitem aprender continuamente, buscam supervisão, acolhem feedbacks e cuidam de sua própria saúde emocional (ACETI et al., 2022). Como destacam Espplen et al. (2022), o contato repetido com perdas pode gerar fadiga por compaixão, o que torna indispensável investir em autocuidado, apoio entre pares e educação continuada.

Entre os fatores que influenciam a qualidade do cuidado, a formação dos profissionais ocupa lugar importante. Blueford, Diambra, Wheat (2021) evidenciam que muitos se sentem pouco preparados para lidar com o luto devido à escassa presença do tema nos currículos acadêmicos. Nessa ausência, alguns recorrem às próprias experiências de perda como forma de se orientar, o que não deveria ocorrer, já que misturar a vivência pessoal com a do paciente pode comprometer a escuta e a condução clínica. A supervisão, por outro lado, é um recurso essencial, pois oferece sustentação técnica e emocional ao profissional, além de favorecer o aprimoramento das práticas. A preparação adequada fortalece a segurança técnica, mas também amplia a capacidade de discernir a linha tênue entre a dor esperada e manifestações que exigem acompanhamento especializado. Esse cenário reforça a importância de integrar o tema do luto de maneira sistemática na formação e de garantir espaços de atualização e suporte contínuo ao longo da carreira.

Por fim, é fundamental reconhecer que o aconselhamento em luto não deve ser ofertado indiscriminadamente a todos. A maior parte das pessoas consegue atravessar o luto sem acompanhamento clínico. Contudo, identificar precocemente aqueles que apresentam risco de desorganização emocional ou sofrimento prolongado permite intervenções mais adequadas, com o intuito de prevenir complicações futuras e garantir um espaço de cuidado mais seguro. Essa sensibilidade clínica, aliada ao compromisso ético e ao cuidado de si, constitui o alicerce de um aconselhamento em luto capaz de oferecer presença genuína e apoio significativo no contexto dos cuidados paliativos (AOUN et al., 2015; 2017).

## 10 OUTRAS POSSIBILIDADES DE CUIDADO AO LUTO PÓS-ÓBITO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Diante da complexidade do luto após a morte de um ente querido, sobretudo em cuidados paliativos, é essencial que as instituições ofereçam continuidade do cuidado após óbito, preservando a continuidade do vínculo e acolhendo o sofrimento de quem permanece. Práticas como rituais simbólicos de despedida, envio de cartas de condoléncia, oferta de objetos de memória e contatos de acompanhamento podem funcionar como gestos concretos de reconhecimento e amparo, desde que planejadas com sensibilidade, escuta e respeito às escolhas familiares (BOVEN et al., 2022).

Essas estratégias não devem ser aplicadas como modelos padronizados, e sim como possibilidades ajustáveis às particularidades de cada vínculo e às diferentes formas de vivenciar o luto. As evidências indicam maior potência terapêutica quando integram um percurso de cuidado construído ao longo do tempo, sustentado por postura ética, dialogal e respeitosa da autonomia dos familiares (BOVEN et al., 2022).

Entre as intervenções estruturadas para apoio ao luto familiar, destaca-se a Terapia do Luto Focada na Família, proposta por Kissane e colaboradores (KISSANE; BLOCH, 2002; KISSANE et al., 2006; MASTERSON; SCHULER; KISSANE, 2013). Baseada em avaliação sistemática do funcionamento familiar, é indicada para núcleos mais vulneráveis, com comunicação dificultada, coesão fragilizada ou histórico de conflitos. A TLFF começa ainda durante o cuidado ao paciente e continua por curto período após o óbito, organizada em três etapas: avaliação, intervenção e encerramento.

As evidências apontam maior efetividade em famílias de funcionamento intermediário ou com expressividade emocional restrita, com redução de sintomas depressivos e do sofrimento psicológico. Em grupos com vínculos fragmentados ou com hostilidade o engajamento tende a ser mais difícil, o que reforça a necessidade de triagem e avaliação clínica criteriosa. A aplicação do modelo deve ser conduzida por profissionais com formação em terapia familiar e capacitação específica, preferencialmente psicólogos, psiquiatras ou assistentes sociais da área da saúde, com supervisão clínica regular para assegurar qualidade e fidelidade da intervenção (KISSANE; BLOCH, 2002; KISSANE et al., 2006; MASTERSON; SCHULER; KISSANE, 2013).

Outra modalidade promissora no acompanhamento ao enlutado é a Terapia da Dignidade (TD). Originalmente concebida para pacientes em fase terminal, essa proposta convida o indivíduo adoecido a refletir sobre sua trajetória existencial, resgatar recordações significativas e construir um legado afetivo destinado aos seus familiares. Ao narrar sua jornada, o paciente elabora um testemunho que frequentemente se transforma em conexão simbólica com aqueles que permanecerão. Embora a intervenção seja direcionada ao final da vida, muitos familiares relatam que esse registro se torna uma referência de apoio no processo de luto, permitindo que o vínculo com quem partiu permaneça vivo por meio das palavras e das memórias. Importante destacar que a TD deve ser conduzida por profissionais de saúde capacitados e com treinamento específico no protocolo, a fim de assegurar sua aplicação ética e eficaz (JULIÃO et al., 2025).

Nas situações em que o paciente não teve a possibilidade de participar da TD, seja por limitações clínicas ou pela dinâmica do adoecimento, desenvolveu-se uma alternativa: a Terapia da Dignidade Póstuma (TDP) (BENNEMANN et al., 2024; BENNEMANN; PAIVA; PAIVA, 2025). Nessa modalidade, o familiar enlutado é convidado a responder às questões do protocolo como se estivesse representando a voz da pessoa falecida. Constitui-se, assim, um espaço de expressão para sentimentos não verbalizados, revisitação de recordações e reconstrução de uma presença afetiva que acolhe e reconecta.

Os relatos de quem vivenciou essa experiência indicam que a TDP contribui para amenizar a ausência e oferece um caminho para elaborar o sofrimento com maior ternura e significado (JULIÃO et al., 2025). No Brasil, o protocolo foi adaptado à realidade cultural local e recebeu a denominação de Protocolo de Perguntas da Terapia da Dignidade – na voz do cuidador, após a constatação de que o termo "póstumo" gerava desconforto em parte dos participantes (BENNEMANN et al., 2024; BENNEMANN; PAIVA; PAIVA, 2025).

## 11 DISCUSSÃO

O aconselhamento em luto no pós-óbito, no contexto dos cuidados paliativos, representa uma resposta sensível às necessidades complexas dos familiares que permanecem após a morte de um ente querido. Estudos recentes demonstram que a trajetória do luto familiar nesse cenário envolve dimensões emocionais, relacionais e contextuais que podem tanto intensificar quanto aliviar a vivência da perda. A ausência de oportunidades de despedida, vínculos marcados por alta dependência, falhas na comunicação empática e desorganização no cuidado ao fim da vida estão frequentemente associadas a reações mais intensas de sofrimento (TANTRARUNGROJ; OCHAROEN; SACHDEV, 2022; MAH et al., 2022; O'SULLIVAN et al., 2021).

Nesse cenário, o aconselhamento em luto não surge como ponto de partida do cuidado, mas como um desdobramento clínico que aprofunda o suporte já oferecido à família, funcionando como espaço suportivo, educativo e orientativo no enfrentamento da perda. Ao favorecer a expressão emocional, a reorganização das narrativas e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, esse acompanhamento também pode atuar como estratégia preventiva frente a desfechos mais complexos, como o Transtorno do Luto Prolongado. Embora a maioria das pessoas enlutadas não necessite de acompanhamento contínuo, uma parcela significativa apresenta vulnerabilidade aumentada, sobretudo quando fatores de risco estão presentes antes, durante ou após a morte. Diante disso, destaca-se a importância da construção de protocolos de triagem de riscos, sensíveis à realidade brasileira, que orientem intervenções precoces de forma ética e efetiva ( SEKOWSKI; PRIGERSON, 2021; LIJEROOS; KREVERS; MILBERG, 2022).

O aconselhamento em luto se destaca também por não ser uma prática restrita à atuação do psicólogo. Desde que devidamente capacitados, diferentes profissionais de saúde podem exercê-lo de forma competente. No entanto, essa capacitação ainda ocorre de maneira fragmentada, muitas vezes limitada a experiências pessoais ou formações pontuais, o que não deve ser considerado suficiente, nem seguro, para sustentar práticas clínicas consistentes (BLUEFORD; DIAMBRA; WHEAT, 2021).

A formação adequada exige fundamentação teórica atualizada sobre o luto, compreensão dos fatores de risco e de proteção, domínio de habilidades de comunicação empática, estratégias de autocuidado e clareza quanto aos limites éticos e técnicos da atuação

profissional. Supervisão clínica e educação continuada são recursos indispensáveis para sustentar essa prática com responsabilidade. Quando o profissional se apoia em sua biografia pessoal, corre-se o risco de comprometer tanto a qualidade quanto a ética do cuidado oferecido (ESPLEN et al., 2022).

A literatura reforça que práticas como triagens de risco (Roberts et al., 2020), intervenções psicoeducativas e acompanhamento breve por profissionais qualificados constituem estratégias fundamentais para uma abordagem escalonada e eficaz do cuidado ao luto (JURGENS; CURROW; TIEMAN, 2025; COELHO; ALBUQUERQUE; NETO, 2025). Paralelamente, iniciativas criativas e sensíveis, como memoriais personalizados (AZAD et al., 2020) e atividades que promovam enfrentamento autodirecionado, como o contato com a natureza e manutenção de vínculos sociais, têm demonstrado impacto significativo na forma como os familiares elaboram a perda (BENKEL et al., 2024).

Embora os estudos analisados sejam predominantemente de contextos internacionais, é possível extrair algumas implicações para a implementação prática nos serviços brasileiros, considerando as devidas adaptações culturais e estruturais. O primeiro passo envolve estabelecer protocolos institucionais que incluam triagem de risco de luto desde o início do cuidado paliativo, não apenas após o óbito. Tal medida requer capacitação das equipes e criação de instrumentos adaptados à realidade cultural brasileira (ROBERTS et al., 2017; PRIGERSON, 2021; ESPERANDIO et al., 2025)

Outro aspecto fundamental diz respeito à reformulação da formação profissional. Os currículos de graduação em saúde carecem de disciplinas específicas sobre luto e comunicação de más notícias, assim como os serviços precisam implementar programas regulares de educação continuada. Também se faz fundamental articular diferentes níveis de cuidado: desde o acompanhamento por profissionais generalistas até o encaminhamento para especialistas em saúde mental quando indicado. Esta articulação pressupõe fluxos bem definidos, critérios claros de encaminhamento e disponibilidade de serviços especializados na rede pública.

Cabe reconhecer algumas limitações desta revisão. A diversidade conceitual em torno do aconselhamento em luto presente na literatura compromete comparações diretas entre as pesquisas. Ademais, grande parte dos estudos examinados origina-se de contextos culturais particulares, o que restringe a aplicabilidade dos resultados a outras realidades socioculturais.

A carência de investigações metodologicamente rigorosas acerca da efetividade do aconselhamento em luto constitui ainda uma lacuna significativa no conhecimento disponível.

É importante considerar também a tensão existente entre a progressiva medicalização do luto e o reconhecimento de sua essência fundamentalmente humana, relacional e social. Embora intervenções sistematizadas possam proporcionar auxílio relevante em determinadas situações, existe o perigo de converter uma vivência natural de sofrimento em categoria diagnóstica, podendo assim suprimir sua dimensão simbólica. Preservar essa atenção sensível mostra-se fundamental para que o luto não seja convertido em patologia, mas compreendido como elemento constitutivo da experiência humana.

## 12 CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa revelou que, embora o luto seja reconhecido como parte essencial dos cuidados paliativos, o cuidado voltado aos familiares após a morte ainda é pouco discutido e raramente sistematizado. O aconselhamento em luto emerge como possibilidade de suporte mais estruturado, especialmente para aqueles que atravessam a perda com maior sofrimento ou vulnerabilidade. Contudo, a literatura ainda apresenta lacunas em definições claras, reflexões aprofundadas e investigações sobre sua eficácia.

Os estudos analisados utilizam diferentes termos e compreensões sobre o que significa cuidar do luto, dificultando a construção de diretrizes consistentes e compartilhadas entre profissionais da área. Essa heterogeneidade conceitual reflete, em parte, a própria complexidade e singularidade da experiência do luto, que resiste a definições rígidas e protocolos universais.

Diante dessa realidade, faz-se necessário investir em pesquisas e práticas que considerem a complexidade do luto e a singularidade de cada história. Não se trata de criar modelo único ou protocolo rígido, mas de abrir caminhos para cuidado mais atento, que reconheça as particularidades desse processo. Futuras investigações devem priorizar estudos longitudinais que acompanhem famílias desde o diagnóstico até meses após a perda, o que permite melhor compreensão dos fatores com possibilidade de sofrimento prolongado.

Também se mostra essencial desenvolver e validar instrumentos de triagem específicos para o contexto brasileiro, em que devemos considerar nossas particularidades culturais, sociais e econômicas. A formação de profissionais para o cuidado do luto representa outra demanda urgente, o que inclui não apenas aspectos técnicos, mas também sensibilização para as dimensões éticas e relacionais desse cuidado.

Por fim, a partir do que foi discutido, é possível considerar que o aconselhamento em luto no pós-óbito, no contexto dos cuidados paliativos, pode oferecer suporte significativo ao proporcionar um espaço de continuidade do cuidado. Trata-se de uma prática que acolhe o sofrimento daqueles que permanecem, reconhecendo que a perda não se encerra no momento da morte, mas reverbera em diferentes dimensões da vida dos enlutados.

Ao oferecer um espaço de escuta qualificada, o aconselhamento pode auxiliar os familiares a organizarem a experiência da perda, acessarem recursos internos e identificarem

caminhos próprios de adaptação, respeitando o ritmo e as formas singulares com que cada pessoa vive o luto. Para que esse cuidado se efetive de maneira ampla, é fundamental que instituições estejam engajadas, que serviços de referência contem com protocolos definidos e que se incentive a construção de espaços institucionais voltados ao acompanhamento no luto. Dessa forma, fortalece-se a assistência às famílias e favorece-se a articulação entre profissionais e comunidade, ampliando as possibilidades de apoio e cuidado após a morte.

## REFERÊNCIAS

- ACETI, D.; TEIXEIRA, H. A.; BRAZ, M. S. Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo paliativista [livro eletrônico]: comitê de psicologia em cuidados paliativos. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. PDF. ISBN 978-65-993339-8-9. Disponível em: [https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Recomendacoes\\_CompetenciasPsicologoPaliativista-FINAL.pdf](https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Recomendacoes_CompetenciasPsicologoPaliativista-FINAL.pdf). Acesso em: 1 Set. 2025.
- AOUN, S. M. et al. Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLoS ONE*, v. 12, n. 10, p. e0184750, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750>.
- AOUN, S. M. et al. What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, v. 32, n. 8, p. 1378-1388, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216318774995>.
- AOUN, S. M. et al. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLoS ONE*, v. 10, n. 3, p. e0121101, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121101>.
- AZAD, M. A. et al. Experiences of bereaved families receiving commemorative paintings: A qualitative study. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 12, p. e2027259, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27259>.
- BARBOSA, L. C.; CONRADO, C. M. Estresse do cuidador em cuidados paliativos. In: D'ALESSANDRO, M. P. S. (Ed.). *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
- BENKEL, I. et al. Understanding the needs for support and coping strategies in grief following the loss of a significant other: Insights from a cross-sectional survey in Sweden. *Palliative Care and Social Practice*, v. 18, p. 26323524241275699, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/26323524241275699>.

BENNEMANN, A. C. K.. et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Posthumous Dignity Therapy Schedule of Questions to Brazilian Portuguese. *Palliative and Supportive Care*, v. 22, n. 5, p. 1384-1393, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951524001408>.

BENNEMANN, A. C. K.; PAIVA, C. E.; PAIVA, B. S. R. Posthumous dignity therapy: Challenges and opportunities in the Brazilian cultural context. *Palliative and Supportive Care*, v. 23, p. e91, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951525000276>.

BLUEFORD, J. M.; DIAMBRA, J. F.; WHEAT, L. S. Preparação do terapeuta para aconselhar clientes em luto: insights e implicações. *Death Studies*, v. 46, n. 10, p. 2413-2423, 2021. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1956644>

BOELEN, P. A.; LENFERINK, L. I. Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: early predictors and longitudinal measurement invariance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 56, n. 6, p. 667-674, 2022. <https://doi.org/10.1177/00048674211025728>

BOVEN, C. et al. Hospital bereavement services as an act of care and challenge: An integrative review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 63, n. 3, p. e295-e316, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2021.10.008>.

BRAZ, M.; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ksrv46KYyjzK4xtYN4cp5Fk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2025.

COELHO, A.; ALBUQUERQUE, S.; NETO, D. D. Grief support guidelines for caregivers in palliative care: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, v. 16, p. 1541783, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1541783>.

COELHO, F. P.; BARBOSA, L. C.; MORO, S. D. Luto: aspectos gerais e algumas peculiaridades. In: D'ALESSANDRO, M. P. S. (Ed.). *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

COELHO, M. A. M. **Conceptualization and assessment of family caregivers' anticipatory grief in palliative care**. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/48493>. Acesso em: 9 jun. 2025.

- CURTIS, J. R. et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 193, n. 2, p. 154-162, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>.
- DE LIMA, L. et al. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) list of essential practices in palliative care. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, v. 26, n. 2, p. 118-122, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3109/15360288.2012.680010>.
- DELALIBERA, M. et al. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado: PG-13. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 19, n. 1, p. 94-106, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>.
- EISMA, M. C.; BOELEN, P. A.; LENFERINK, L. I. M. Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, v. 288, p. 113031, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- ESPERANDIO, M. R. G. et al. Brazilian validation of the Prolonged Grief Disorder Scale – Revised (PG-13-R). *OMEGA—Journal of Death and Dying*, v. 0, n. 0, p. 1-17, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/00302228251348277>.
- ESPLEN, M. J. et al. A continuing education program that supports healthcare professionals in managing grief and loss. *Current Oncology*, v. 29, n. 3, p. 1461-1474, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/curroncol29030123>.
- FRANCO, M. H. P. Luto em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. de (Coord.). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 559-570.
- FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno**. São Paulo: Summus Editorial, 2021.
- HUDSON, P. et al. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliative and Supportive Care*, v. 16, n. 4, p. 375-387, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951517000451>.

HUDSON, P. et al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, v. 15, n. 6, p. 696-702, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>.

HUDSON, P.; REMEDIOS, C.; THOMAS, K. A systematic review of psychosocial interventions for family caregivers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, v. 9, p. 17, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-9-17>.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. Palliative care definition. 2018. Disponível em: <https://iahpc.org/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. **The IAHPC manual of palliative care**. 3. ed. IAHPC, 2023.

JULIÃO, M.; SIMÕES, C.; CHOCHINOV, H. M. "It seemed I was having a conversation with him": Posthumous Dignity Therapy case series. *Palliative and Supportive Care*, v. 23, p. e66, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951525000173>.

JURGENS, K. E.; CURROW, D. C.; TIEMAN, J. What functions do palliative care bereavement services deliver? A scoping review. *Palliative Care and Social Practice*, v. 19, p. 26323524251326947, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/26323524251326947>.

KIRA, C. M. Suporte à família no contexto da doença avançada. In: CARVALHO, R. et al. (Orgs.). *Manual de residência em cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar*. Barueri: Manole, 2018. p. 615-630.

KISSANE, D. W.; BLOCH, S. **Terapia do luto centrada na família: Um modelo de cuidado centrado na família durante cuidados paliativos e luto**. 2002.

KISSANE, D. W. et al. Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, v. 163, n. 7, p. 1208-1218, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1208>.

LICHTENTHAL, W. G. Supporting the bereaved in greatest need: We can do better. *Palliative and Supportive Care*, v. 16, n. 4, p. 371-374, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951518000585>.

LICHTENTHAL, W. G. et al. Investing in bereavement care as a public health priority. *The Lancet Public Health*, v. 9, n. 4, p. e270-e274, 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00030-6).

LIJEROOS, M.; KREVERS, B.; MILBERG, A. Family members' long-term grief management: A prospective study of factors during ongoing palliative care and bereavement. *Palliative and Supportive Care*, v. 22, n. 5, p. 884-895, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951522001687>.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief (Original work published 1944). *American Journal of Psychiatry*, v. 151, n. 6 Suppl, p. 155-160, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>.

LOBB, E. A. et al. Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, v. 34, n. 8, p. 673-698, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>.

LUNDORFF, M. et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 212, p. 138-149, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>.

MAH, K. et al. Caregiver bereavement outcomes in advanced cancer: Associations with quality of death and patient age. *Supportive Care in Cancer*, v. 30, p. 1343-1353, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06536-8>.

MASTERSON, M. P.; SCHULER, T. A.; KISSANE, D. W. Family focused grief therapy: A versatile intervention in palliative care and bereavement. *Bereavement Care*, v. 32, n. 3, p. 117-123, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1080/02682621.2013.854544>.

MAYLAND, C. R. et al. Are public health measures and individualised care compatible in the face of a pandemic? A national observational study of bereaved relatives' experiences during

the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, v. 35, n. 7, p. 1267-1276, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163211019885>.

MC COUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2014. p. 167-180.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2004.

MOON, P. J. Grief and palliative care: Mutuality. *Palliative Care*, v. 7, p. 19-24, 2013. DOI: <https://doi.org/10.4137/PCRT.S10890>.

MORRIS, S. E.; MOMENT, A.; THOMAS, J. D. Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 2, p. e70-e74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2020.05.002>.

NEIMEYER, R. A.; KLASS, D.; DENNIS, M. R. A social constructionist account of grief: loss and the narration of meaning. *Death Studies*, v. 38, n. 8, p. 485-498, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>.

NIELSEN, M. K. et al. Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, v. 44, p. 75-93, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>.

O'SULLIVAN, A. et al. Support received by family members before, at and after an ill person's death. *BMC Palliative Care*, v. 20, p. 92, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00800-8>.

PEREIRA, É. A. L.; REYS, K. Z. Luto. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. da; PINTO, C. da S. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 4-5.

PRIGERSON, H. G. et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, v. 6, n. 8, p. e1000121, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.

PRIGERSON, H. G. et al. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 96-106, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20823>.

ROBERTS, K. et al. Development of the Bereavement Risk Inventory and Screening Questionnaire (BRISQ): Item generation and expert panel feedback. *Palliative and Supportive Care*, v. 15, n. 1, p. 57-66, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951516000626>.

ROBERTS, K. E. et al. Bereavement risk screening: A pathway to psychosocial oncology care. *Psycho-Oncology*, v. 29, n. 12, p. 2041-2047, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5526>.

SCHULZ, R. et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 20, p. 1936-1942, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa035373>.

SELMAN, L. E. et al. Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, v. 35, n. 8, p. 1267-1276, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163211017026>.

SEKOWSKI, M.; PRIGERSON, H. Associations between interpersonal dependency and severity of prolonged grief disorder symptoms in bereaved surviving family members. *Comprehensive Psychiatry*, v. 108, p. 152242, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152242>.

SINGER, J. et al. An examination and proposed definitions of family members' grief prior to the death of individuals with a life-limiting illness: A systematic review. *Palliative Medicine*, v. 36, n. 4, p. 581-608, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163221074540>.

STRADA, E. A. **Grief and bereavement in palliative care**. New York: Oxford University Press, 2013. (Oxford American Palliative Care Library).

TANTRARUNGROJ, T.; OCHAROEN, P.; SACHDEV, V. Grief reactions, depression, anxiety and coping among relatives after the death of palliative care patients in Thailand. *PLoS ONE*, v. 17, n. 10, p. e0276583, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276583>.

THOMAS, K. et al. Risk factors for developing prolonged grief disorder among bereaved family caregivers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 47, n. 3, p. 531-541, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2013.05.022>.

VATTIMO, E. F. de Q.; BELFIORE, E. B. R.; DUCATTI, M. Abordagem à família. In: VATTIMO, E. F. de Q. et al. (Orgs.). *Cuidados paliativos: Da clínica à bioética*. São Paulo: Cremesp, 2023. v. 2, p. 641-664.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental**. Trad.: A. Zilberman; L. Bertuzzi; S. Smidt. São Paulo: Roca, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 15 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. Acesso em: 15 abr. 2025.

YAN, H. et al. Grief and bereavement experiences of families and friends in relation to medical assistance in dying: A scoping review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 13, n. 4, p. 414-428, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003715>.