

Abordagem do luto na Atenção Primária em Saúde

Approach to grief in primary health care

Abordaje del duelo en Atención Primaria de Salud

Maiara Conzatti¹ 

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Resumo

O luto é a experiência causada pelo falecimento de uma pessoa próxima e representa uma resposta natural ao estresse da perda; envolve sintomas psicológicos e fisiológicos que acarretam aumento da morbidade e mortalidade. Os pacientes enlutados consultam mais vezes na Atenção Primária em Saúde (APS) e recebem mais medicação psicotrópica; apesar disso, o luto é negligenciado nas atividades de promoção da saúde, e frequentemente as equipes não sabem como abordá-lo de forma eficaz. Há evidências de que os médicos de família e comunidade podem não ter as habilidades apropriadas para fornecer suporte ao luto. Por isso, o objetivo deste estudo foi orientar os profissionais da APS na abordagem ao luto. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa em diversas bases de dados em junho de 2021, que incluiu artigos publicados, sem determinação de período temporal, em português, inglês e espanhol. Ao final da busca na literatura, 49 artigos foram selecionados para avaliação. **Avaliação e recomendações:** A maioria das pessoas irá se adaptar à perda sem a necessidade de intervenções clínicas; não há evidência para benefício do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos a pacientes enlutados que não apresentem critérios para doença mental. Além disso, a preferência é pela realização de uma abordagem biopsicossocial. **Considerações finais:** As evidências científicas demonstram que há poucos estudos nos quais os profissionais que atuam na APS possam embasar sua prática. Apesar dessas limitações, os estudos disponíveis servem como base para orientações de abordagem ao luto.

Palavras-chave: Luto; Luto contido; Pesar; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Maiara Conzatti

E-mail: maiaraconzatti@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 21/03/2021.

Aprovado em: 15/08/2023.

Como citar: Conzatti M. Abordagem do luto na Atenção Primária em Saúde Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3409. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3409](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3409)



Abstract

Grief is the experience caused by the death of a loved one and represents a natural response to the stress of loss; it involves psychological and physiological symptoms that lead to increased morbidity and mortality. Bereaved patients are seen more often in primary health care (PHC) and receive more psychotropic medication; despite this, grief is neglected in health promotion activities, and teams often do not know how to approach it effectively. There is evidence that family physicians may not have the appropriate skills to deal with grief. Therefore, the objective of this study was to guide PHC professionals in the mourning approach. An integrative review was carried out in several databases in June 2021, which included published articles, without determining the time period, in Portuguese, English and Spanish. At the end of the literature search, 49 articles were selected for evaluation. Most people adapt to loss without the need for clinical interventions; there is no evidence for the benefit of using benzodiazepines and antidepressants for bereaved patients who do not meet the criteria for mental illness. In addition, the preference is for a biopsychosocial approach. Scientific evidence shows that there are few studies on which professionals working in PHC can support their practice. Despite these limitations, the available studies serve as the basis for guidelines for approaching grief.

Keywords: Bereavement; Disenfranchised grief; Grief; Primary health care.

Resumen

El duelo es la experiencia provocada por la muerte de una persona cercana y representa una respuesta natural al estrés de la pérdida; implica síntomas psicológicos y fisiológicos que conducen a un aumento de la morbilidad y mortalidad. Los pacientes en duelo consultan con más frecuencia en Atención Primaria de Salud (APS) y reciben más medicación psicotrópica; a pesar de esto, el duelo se descuida en las actividades de promoción de la salud y los equipos a menudo no saben cómo abordarlo efectivamente. Existe evidencia de que los médicos de familia y comunitarios pueden no tener las habilidades adecuadas para soportar el duelo. Por tanto, el objetivo de este estudio fue orientar a los profesionales de la APS en el abordaje del duelo. Se realizó una revisión integradora en bases de datos en junio de 2021 que incluyó artículos publicados, sin determinar el período de tiempo, en portugués, inglés y español. Al final de la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron 49 artículos. La mayoría de las personas se adaptará a la pérdida sin necesidad de intervenciones clínicas; no hay evidencia del beneficio de usar benzodiazepinas y antidepresivos para pacientes en duelo que no cumplen con los criterios de enfermedad mental. Además, se prefiere un abordaje biopsicosocial. La evidencia científica muestra que existen pocos estudios sobre los que los profesionales que trabajan en la APS puedan apoyar su práctica. A pesar de estas limitaciones, los estudios disponibles sirven como base para abordar el duelo.

Palabras clave: Aflicción; Luto contenido; Pesar; Atención primaria a la salud.

INTRODUÇÃO

A Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil), que representa os cartórios, identificou aproximadamente 1,4 milhão de óbitos em 2020.¹ Além disso, estima-se que para cada óbito cinco pessoas ficarão enlutadas;² assim, sugere-se que, no Brasil, em 2020, 7 milhões de pessoas sofreram diretamente com o luto. Os médicos que atuam como clínicos gerais são familiarizados com o luto, uma vez que perdem, em média, 20 pacientes anualmente.³

O luto é a experiência causada pela perda, geralmente de uma pessoa próxima, representando uma resposta natural ao estresse da perda e envolvendo sintomas psicológicos e fisiológicos.⁴ Embora o luto seja caracterizado por dor emocional intensa (incluindo tristeza, raiva, ansiedade e culpa), quando agudo, não é considerado uma doença mental.⁵ Na forma aguda, as reações variam entre os pacientes, podendo haver negação, choros intensos, ansiedade, tontura, sensação de irrealidade, tristeza, desesperança, irritabilidade, apatia, redução da concentração, negação, anorexia, alterações do peso ou sono, cansaço, palpitações, dores no peito e diversos outros sintomas psicológicos e físicos.⁶ Além disso, os sintomas do luto e sua trajetória são únicos para cada indivíduo e podem ser influenciados por diversos fatores, como natureza da perda, relação com o falecido, crenças religiosas e normas culturais. Os sintomas tipicamente atingem seu pico em 1 a 2 meses após a perda e se resolvem em 6 a 12 meses.⁵

A perda acarreta um aumento da morbidade e mortalidade, especialmente em situações de grande disfunção e durante os primeiros meses do luto.⁷ Um estudo desenvolvido por Nielsen et al.

na Dinamarca identificou, por meio de uma escala que quantifica o luto em diferentes graus de gravidade, os pacientes que sofriam mais com o luto; esses pacientes, quando comparados aos que apresentavam menor impacto do luto em sua qualidade de vida, consultavam mais vezes na Atenção Primária em Saúde (APS) e recebiam mais medicação psicotrópica.⁸ Esse dado já havia sido sugerido anteriormente em um estudo de 2016 que identificou o aumento da prescrição de antidepressivos, hipnóticos e ansiolíticos após a perda de um familiar; observou-se também o aumento das consultas em APS no ano subsequente ao óbito.⁹ Além disso, o luto complicado está associado a transtorno depressivo maior em 21 a 54% dos pacientes.^{10,11}

O luto complicado, cujo tratamento não será discutido nesta revisão, é o desenvolvimento de problemas mentais, como depressão ou ansiedade ou desordens específicas relacionadas ao luto, associados ao atraso ou adaptação incompleta a um estado emocional semelhante ao prévio.^{6,12} Pode ser representado por sintomas semelhantes aos da depressão, porém frequentemente ocorre dentro de 1 a 2 meses após o luto. Pode ser difícil de ser identificado e diferenciado da depressão, pois há uma grande variação na experiência do luto entre os indivíduos.⁶

Apesar disso, e considerando-se que o médico de família e comunidade (MFC) atua em um contexto propício para a abordagem do luto, as evidências científicas demonstram que há pouca pesquisa na qual os profissionais que atuam na APS possam embasar sua prática.³ A abordagem ao luto na APS é variável: alguns profissionais seguem protocolos proativos bem estruturados, com visitas domiciliares planejadas, consultas telefônicas ou cartas de condolências; outros são reativos na abordagem, esperando que as pessoas enlutadas procurem o serviço de saúde.³

No contexto de porta de entrada e longitudinalidade da APS, e considerando-se o envelhecimento e maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, cada vez mais, o MFC depara-se com situações clínicas que seguirão seu curso letal inexoravelmente, provocando diferentes graus de sofrimento físico, emocional, social e espiritual às pessoas e suas famílias.¹³ Os profissionais que atuam nesse contexto possuem a vantagem de ter a confiança do paciente e de poder estabelecer um diálogo com os familiares antes da perda de familiares adoentados. Além disso, eles compreendem a dinâmica familiar e estão frequentemente envolvidos nos cuidados de finais de vida dos pacientes.¹⁴ A assistência a esse processo de finitude da vida e luto é um desafio em termos de recursos e tempo, principalmente na APS, porém a abordagem biopsicossocial-espiritual permite a ressignificação do processo de cuidado, adoecimento e morte.¹³ O luto é negligenciado nas atividades de promoção da saúde e frequentemente as equipes não sabem como o abordar de forma eficaz. Assim, o suporte ao luto tem sido defendido como uma área de prevenção na APS, com sugestões de que os MFC devam adotar protocolos para o acompanhamento ativo de seus pacientes enlutados.⁴

A capacidade do profissional de saúde de lidar com a morte e luto, e conseqüentemente de cuidar do enlutado, irá depender das emoções desencadeadas por sua própria vivência ao prestar esse cuidado, tais como culpa, medo, raiva, impotência, tristeza e distanciamento emocional. Esse contato traz à tona vivências próprias, como experiências de perda ou adoecimento, e questionamentos pessoais sobre morte e o significado ou propósito da vida.¹³ Por isso, é importante não só exercitar a habilidade do profissional de saúde da APS de lidar com esses sentimentos relacionados ao luto, mas também o orientar nessa tarefa; com isso, ele poderá ajudar de forma mais construtiva seu paciente enlutado.¹⁵

O suporte adequado ao luto, principalmente durante doenças terminais, ajuda a prevenir respostas anormais.¹⁶ É importante ressaltar que o resultado do processo de luto é a acomodação, e não a aceitação ou a recuperação. O luto muda as pessoas, e a falha no retorno ao estado basal do indivíduo não é um

sinal de luto anormal. Em vez disso, um objetivo mais realista é uma vida na qual a pessoa se adaptou à perda.¹⁷ Embora o luto possa ser considerado um processo psicológico, ele impacta em todos os aspectos da vida, incluindo físico, emocional e social.¹⁸

Após o exposto, fica evidente que realizar a abordagem dessa etapa do ciclo vital possibilita criar vínculo e confiança com o paciente, os familiares e a equipe multiprofissional, permitindo um diálogo claro sobre a finitude.¹³ Um estudo publicado em 2018 demonstrou que a abordagem psicoterápica pelo médico da APS no período logo após o luto reduz o risco de doença mental a longo prazo.¹⁹ Essa postura também reduz a sobrecarga da equipe e permite a vivência dos diferentes estágios do luto.¹³ Há evidências de que os médicos que atuam na APS podem não ter as habilidades apropriadas para fornecer suporte ao luto, como mencionado de forma breve anteriormente. Um estudo britânico identificou que apenas 30% dos médicos receberam orientações educacionais sobre suporte ao luto e apenas 9% acreditam que o treinamento foi suficiente.²⁰ Assim, deve-se considerar o limitado treinamento desses profissionais em prover esse tipo de abordagem.²¹

Não está claro o quanto a APS deve ser considerada como parte dos recursos sociais para as pessoas enlutadas, o que constitui a melhor prática ou como as equipes de APS podem identificar quem realmente necessita de uma intervenção preventiva. Há diversas diretrizes e capítulos de livro abordando o tema, mas a maioria apresenta uma base de evidências limitadas. Além disso, há de se considerar que, embora o luto possa ser um acontecimento traumático, há receio de o tratarmos com fármacos sem necessidade.³

Conforme exposto, os médicos que atuam na APS têm a oportunidade de fornecer suporte contínuo antes e depois do luto. No entanto, muitos profissionais da APS não recebem treinamento adequado para essa abordagem.⁸ Este estudo teve como objetivo orientar os profissionais da APS na abordagem ao luto.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa cuja estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A revisão da literatura ocorreu em junho de 2021 e centrou-se nos seguintes descritores, e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa, associados aos operadores booleanos:

1. *Bereavement* OR *Disenfranchised Grief* OR *Grief*, AND
2. *Primary Health Care*.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados, sem determinação de período temporal, em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente ao tema do estudo. Após a leitura do resumo dos manuscritos encontrados na pesquisa citada, selecionaram-se 25 artigos relacionados à temática.

Pesquisou-se também nos endereços eletrônicos das seguintes organizações: *American College Of Physicians Journal Club*, *McMaster PLUS*, *Journal of American Family Physician*, *BMJ Best Practice*, *Cochrane Library*, *DynaMed PLUS*, *Epistemonikos*, *Evidence-Based Medicine Guidelines*, *UpToDate*, *Guidelines International Network*, *PubMed Clinical Queries* e *Trip Database*; quando necessário, as referências dos manuscritos lidos também foram avaliadas. Assim, outros 24 artigos foram selecionados.

Todas as referências identificadas pelas pesquisas passaram por uma triagem inicial que consistiu na leitura do título e resumo dos artigos; quando adequados ao escopo deste estudo, foram lidos

integralmente. Dos 49 manuscritos selecionados inicialmente, após leitura completa, apenas 28 estavam minimamente adequados ao objetivo desta revisão. Apenas oito artigos abordavam especificamente a abordagem do luto na APS; nenhum ensaio clínico randomizado foi identificado na pesquisa.

AVALIAÇÃO

A maioria das pessoas irá se adaptar à perda de uma pessoa amada sem a necessidade de intervenções clínicas, uma vez que grande parte dos enlutados têm uma rede de apoio capaz de auxiliar na adaptação à perda sem recorrer a profissionais de saúde. Apesar disso, há uma tendência de que todos os pacientes apreciem a obtenção de conhecimento sobre a perda e o recebimento de suporte.³ Assim, os clínicos podem facilitar a adaptação ao luto principalmente por meio do provimento de informações sobre os sintomas típicos do luto e sua trajetória, bem como da realização do suporte ao luto de acordo com o contexto cultural. É crucial que esses pacientes passem por avaliação a fim de estimar o risco de suicídio, distúrbios do humor (particularmente transtorno depressivo maior), transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de abuso de substâncias, principalmente o abuso de álcool.⁵

Um dos principais pontos a se considerar na abordagem do luto é que não há evidências científicas suficientes disponíveis que demonstrem benefício do uso de antidepressivos, exceto se houver diagnóstico de depressão subjacente.^{2,6,22} Segundo o manual da Organização Mundial de Saúde (OMS) para manejo de condições especialmente relacionadas ao estresse, também não há evidência para oferecer universalmente intervenções psicológicas ou o uso de benzodiazepínicos a pacientes enlutados que não apresentem critérios para uma doença mental.^{2,22,23}

O princípio do suporte ao luto é o próprio reconhecimento desse sentimento: permitir o direito de se enlutar. Uma das estratégias de abordagem consiste em questionar o enlutado sobre como ele tem se sentido em consultas por demandas não inicialmente relacionadas ao luto.²⁴ Segundo Charlton e Dolman,⁴ os princípios de abordagem ao luto são constituídos pelas seguintes ações (Figura 1):

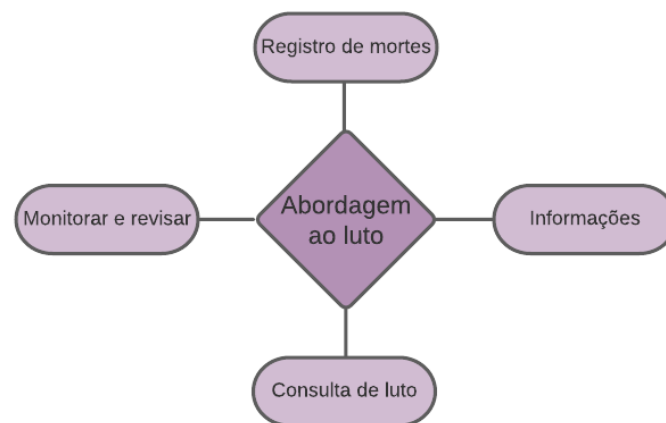
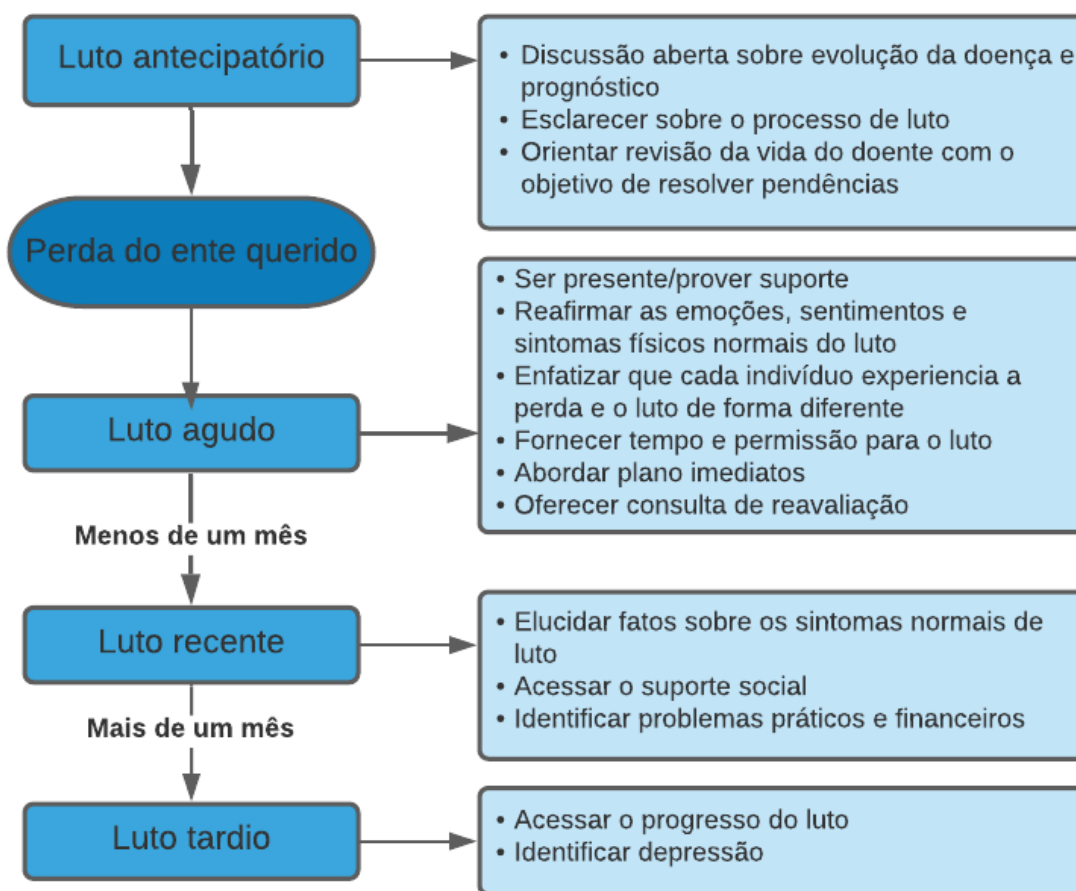


Figura 1. Abordagem do luto.⁴

- Registro de mortes: manter um registro dos óbitos locais para que as famílias possam ser acessadas por intermédio de busca ativa para avaliar as adaptações após a perda;⁴
- Informação: fornecer informações explícitas sobre como o paciente pode procurar ajuda após a perda de um ente querido;⁴

- Consulta de luto: quando um óbito ocorrer, um membro designado da equipe, preferencialmente o que possuir um melhor vínculo com o enlutado, deve ser alocado para uma consulta preventiva, se possível domiciliar, objetivando identificar padrões anormais de sofrimento. Nessa consulta, sugere-se ouvir o paciente e permitir que ele se expresse;⁴
- Monitorar e revisar: é aconselhável realizar uma consulta de revisão, frequentemente algumas semanas depois da perda,¹⁸ para avaliar a progressão por intermédio dos estágios reconhecidos de luto e, assim, prevenir o luto patológico decorrente da falta de acompanhamento apropriado.⁴

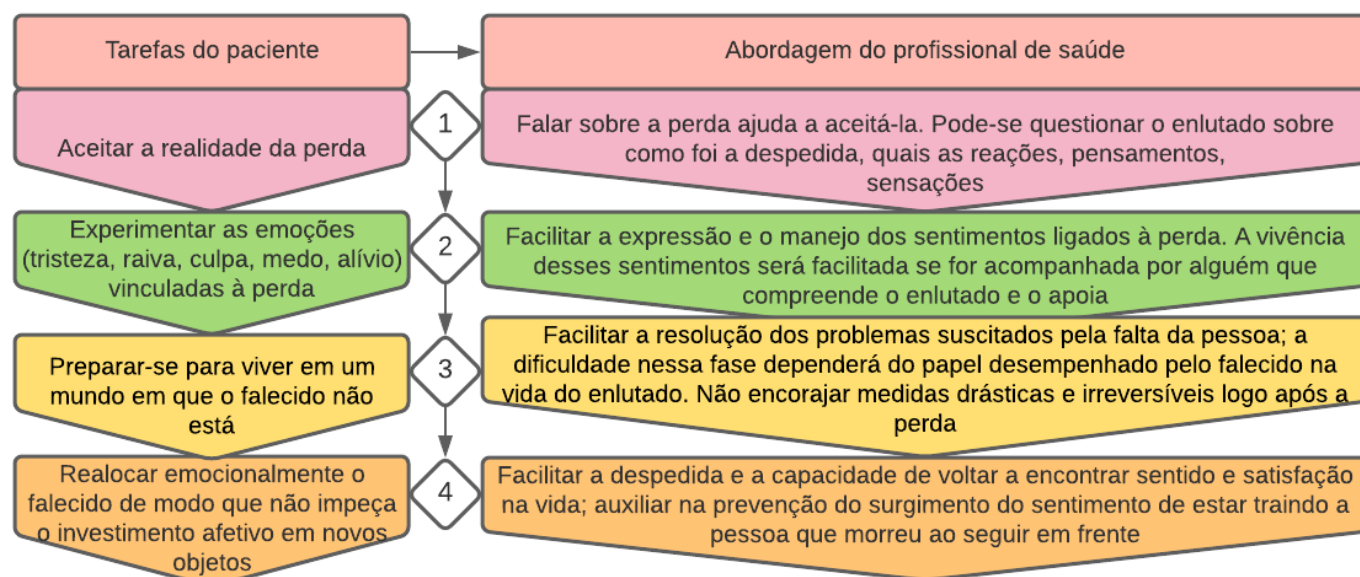
Assim, a primeira tarefa de abordagem ao luto consiste no contato com os familiares enlutados, seja telefônico ou presencial; embora não exista um período específico em que essa ação deva ocorrer, recomenda-se que seja feita o quanto antes, exceto no dia do funeral.^{4,14,25} Os contatos com o enlutado, seja por meio de consulta formal ou informal, possuem objetivos de acordo com o tempo transcorrido do luto conforme demonstrado no Fluxograma 1.^{6,25}



Fluxograma 1. Objetivos da consulta de acordo com o tempo transcorrido do luto.^{6,25}

Um dos modelos de abordagem ao luto é baseado nos estágios do luto descrito por Kubler-Ross, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. É importante ressaltar que nem todas as pessoas irão passar por todos os estágios e alguns nunca chegarão à aceitação.²⁶ No luto, não há fórmula para mitigar a dor, mas é possível estar presente e mostrar ao enlutado que ele não está sozinho e que

vivenciar a perda é necessário.²⁷ Em 1991, baseado nessas fases, Worden propôs quatro tarefas de luto e afirmou que, com a conclusão delas, a pessoa enlutada está a caminho da cura (Fluxograma 2).²⁸ Posteriormente, em 2002, Vega e Liria²⁹ propuseram o papel do profissional da APS em cada uma dessas tarefas descritas por Worden²⁸ (Fluxograma 2). Dessa forma, sugere-se apoiar o paciente de acordo com o descrito nessa imagem.



Fluxograma 2. Tarefas que devem ser cumpridas pelo paciente enlutado e como o profissional da saúde da APS pode auxiliar.^{28,29}

RECOMENDAÇÕES

O tratamento farmacológico no luto deve ser uma exceção, e não a regra. O uso de benzodiazepínicos para tratar os sintomas do luto preparatório pode promover e intensificar a negação, retardando ou prevenindo o processamento afetivo e cognitivo da perda.^{5,23} Como exposto, para indivíduos enlutados que não apresentem doença mental, geralmente não devemos usar benzodiazepínicos ou antidepressivos.^{2,6,22,23} Assim, como exposto, prefere-se a abordagem biopsicossocial.^{2,5,28,29}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos disponíveis demonstram importantes lacunas de conhecimento no tema avaliado, principalmente quando consideramos estudos realizados na APS. Estudos bem conduzidos sobre abordagem do luto na APS são escassos, e a maioria dos artigos identificados apresenta mais de 10 anos de publicação; além disso, devemos considerar que a maioria das orientações disponíveis são baseadas na opinião de especialistas, e não em dados provenientes de ensaios clínicos randomizados. Mesmo estudos casos-controle ou de coorte, avaliações de menor confiabilidade, não estão disponíveis em grande quantidade na literatura, principalmente se considerarmos avaliações relacionadas à capacidade e habilidade dos médicos da APS em relação à abordagem ao luto e sua eficácia em relação a desfechos em pacientes enlutados. Por isso, abordar situações de perda na APS é um grande desafio em termos de recursos, metodologia e disponibilidade. Além disso, nos poucos estudos disponíveis foram utilizadas

amostragens de conveniência e o desenho dos estudos era retrospectivo; ressalta-se também geralmente não haver grupo controle de comparação. Apesar dessas limitações, os estudos encontrados servem como base para orientações de abordagem ao luto. Embora estudos bem conduzidos sejam necessários para que se possa determinar com mais clareza quais as melhores estratégias para abordagem ao luto, é necessário que o tema não só seja discutido, mas também exercitado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos pacientes e familiares que têm permitido que façamos parte de suas vidas, muitas vezes no pior momento delas, fazendo-nos ressignificar a nossa própria existência.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Portal da Transparência. Registros [Internet]. 2020 [acessado em 24 jun. 2021]. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/registros>
2. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds 3rd CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(21):2601-8. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
3. Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract* 2011;61(582):e42-8. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X549009>
4. Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. *Br J Gen Pract* 1995;45(397):427-30. PMID: 7576849
5. Hallenbeck J. Grief and bereavement [Internet]. 2018 [acessado em 03 maio 2021]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T922660>
6. Casarett D, Kutner JS, Abraham J, End-of-Life Care Consensus Panel. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med* 2001;134(3):208-15. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-3-200102060-00012>
7. Buckley T, Sunari D, Marshall A, Bartrop R, McKinley S, Tofler G. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14(2):129-39. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/tbuckley>
8. Nielsen MK, Christensen K, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Grief symptoms and primary care use: a prospective study of family caregivers. *BJGP Open* 2020;4(3):bjgpopen20X101063. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101063>
9. Sampson EL, Lodwick R, Rait G, Candy B, Low J, King M, et al. Living with an older person dying from cancer, lung disease, or dementia: health outcomes from a general practice cohort study. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(5):839-48. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.319>
10. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds 3rd CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59(1-2):65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
11. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154(7):904-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>
12. Wiles R, Jarrett N, Payne S, Field D. Referrals for bereavement counselling in primary care: a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2002;48(1):79-85. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00068-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00068-x)
13. Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016;11(38):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1281](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1281)
14. Hashim SM, Eng TC, Tohit M, Wahab S. Bereavement in the elderly: the role of primary care. *Mental Health Fam Med* 2013;10(3):159-62. PMID: 24427183
15. Stott NC, Pill RM. Health promotion and the human response to loss: clinical implications of a decade of primary health care research. *Fam Prac* 1987;4(4):278-86. <https://doi.org/10.1093/fampra/4.4.278>
16. Firth P, Anderson P. Teamwork with families facing bereavement. *European Journal of Palliative Care* 1994;1(4):157-61.
17. Rando TA. *Treatment of Complicated Mourning*. Champaign: Research Pr; 1993.
18. Zeitlin SV. Grief and bereavement. *Prim Care* 2001;28(2):415-25. [https://doi.org/10.1016/s0095-4543\(05\)70031-2](https://doi.org/10.1016/s0095-4543(05)70031-2)
19. Fenger-Grøn M, Kjaersgaard MIS, Parner ET, Guldin MB, Vedsted P, Vestergaard M. Early treatment with talk therapy or antidepressants in severely bereaved people and risk of suicidal behavior and psychiatric illness: an instrumental variable analysis. *Clin Epidemiol* 2018;10:1013-26. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S157996>

20. Lloyd-Williams M, Lloyd-Williams F. Palliative care teaching and today's general practitioners--is it adequate? *Eur J Cancer Care (Engl)* 1996;5(4):242-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.1996.tb00242.x>
21. Davidsen AS. Talking therapy as part of the general practitioner's normal working day. *Ugeskr Laeger* 2010;172(27):2025-9. PMID: 20594536
22. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Internet]; 2013 [acessado em 24 out. 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf
23. Periyakoil VS, Hallenbeck J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician* 2002;65(5):883-90. PMID: 11898960
24. Lloyd-Williams M, Wilkinson C, Lloyd-Williams FF. Do bereaved children consult the primary health care team more frequently? *Eur J Cancer Care (Engl)* 1998;7(2):120-4. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1998.00082.x>
25. Dudley ST. Helping patients cope with grief. *Am Fam Physician* 2019;100(1):54-6. PMID: 31259495
26. Kübler-Ross E. Questions and answers on death and dying: a companion volume to on death and dying. New York: Touchstone Book/Simon & Schuster; 1997.
27. Santos EM, Sales CA. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. *Texto Contexto Enferm* 2011;20(spe):214-22. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500027>
28. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 1991.
29. Vega BR, Liria AF. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud. *Medifam* 2002;12(4):276-84.