

NÚMERO: 003/2019

DATA: 23/04/2019

---

ASSUNTO: Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos

PALAVRAS-CHAVE: Luto prolongado; fatores de risco; luto

PARA: Serviço Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Comissão de Acompanhamento da Implementação do Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado, a Direção-Geral da Saúde emite, na área qualidade organizacional, a seguinte:

## **NORMA**


1. Às pessoas em luto deve ser aplicado o instrumento de avaliação de risco no luto, no qual se considera a presença de risco de perturbação de luto prolongado, de acordo com o anexo I, que faz parte integrante desta Norma, e que versa os seguintes itens:
  - a) Raiva;
  - b) Acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável;
  - c) Relações atuais;
  - d) Capacidade de adaptação ao luto.
2. O modelo de intervenção no luto, segundo o anexo II, presente nesta Norma, deve ser implementado, de acordo com a classificação obtida na aplicação do instrumento de avaliação de risco no luto, a saber:
  - a) Pessoas em luto com a classificação <7:
    - i. Intervenção universal: informação e apoios básicos sobre o luto.
  - b) Pessoas em luto com uma classificação entre 7-9:
    - i. Intervenção seletiva: referência para serviços de Saúde Mental.
  - c) Pessoas em luto com uma classificação ≥ 10:
    - i. Intervenção indicativa: referência para consulta de luto.
3. O profissional de saúde deve, na anamnese, identificar os fatores de risco de perturbação de luto prolongado (PLP), junto dos respetivos familiares, perante situações de morte ou de morte iminente, com o auxílio de uma *checklist* de fatores de risco de perturbação de

luto prolongado. Este instrumento permite avaliar e documentar a situação de luto nas seguintes dimensões, de acordo com o anexo III, que faz parte integrante desta Norma:

- a) Pessoais;
  - b) Interpessoais;
  - c) Circunstanciais.
4. Sempre que possível, o instrumento de avaliação de risco no luto (anexo I), deve ser complementado pela *checklist* dos fatores de risco de PLP (anexo III).
5. Às pessoas em luto que necessitam de intervenção seletiva ou indicativa, deve ser aplicado o instrumento de avaliação da PLP - PG 13 (anexo IV), que faz parte integrante da presente Norma.
6. A intervenção indicativa deve ser assegurada pelas consultas de luto das seguintes unidades-piloto, que estão ao abrigo do Despacho nº 3254/ 2018, D.R., II, de 29 de março<sup>1</sup>, para incrementarem e avaliarem experiências iniciais de intervenção diferenciada no luto prolongado:
- a) Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E;
  - b) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E;
  - c) Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E;
  - d) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E;
  - e) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
7. As consultas de luto das unidades supracitadas devem cumprir os seguintes requisitos específicos:
- a) Volume de atividade assistencial:
    - i. Reservar no mínimo um período de consulta por semana;
    - ii. Seis a oito consultas no mínimo por semana.
  - b) Tipologia da consulta:
    - i. Individual;
    - ii. Grupal.
  - c) Equipa de Saúde:
    - i. Deve ser constituída, no mínimo, por um psiquiatra e um psicólogo (em tempo parcial e/ou completo) e outros profissionais que se considerem fundamentais, como sejam enfermeiros e técnicos superiores na área do serviço social.

- ii. A equipa-piloto responsável pela consulta do luto deve ser identificada e atualizada, em caso de alteração da sua constituição;
  - iii. A coordenação de todas as transições entre os níveis de cuidados que a pessoa em luto necessita deverá ser assegurada por um psiquiatra, de forma a garantir toda a orientação terapêutica e alterações dos níveis de cuidados.
- d) Experiência profissional:
- i. Os profissionais que integram a consulta de luto têm de possuir formação diferenciada em luto, bem como experiência profissional na prestação de cuidados em situações de luto prolongado.
- e) Recursos:
- i. Espaço próprio e reservado para o efeito (eventualmente partilhado), devidamente referenciado e que deverá reunir as condições necessárias para consultas individuais ou em grupo.
- f) Formação:
- i. As unidades-piloto devem desenvolver ações de formação ou pequenas sessões que permitam aprofundar o conhecimento e as atitudes de outros profissionais que lidam com pessoas em situações de luto na sua atividade profissional.
- g) Prestação de consultoria:
- i. Os profissionais da consulta de luto devem prestar consultoria aos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), consoante o meio que considerarem mais pertinente (por exemplo: via telefónica, correio eletrónico), no caso de dúvidas e/ou suspeita de luto prolongado.
- h) Preenchimento dos dados mínimos:
- i. A equipa da consulta de luto deve preencher o formulário dos dados mínimos, disponível na base de dados, que deverá constar do sistema de apoio à recolha de informação, no âmbito do modelo de intervenção diferenciada do luto prolongado.

8. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.



Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

## INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

### Âmbito

- A. As necessidades das pessoas em luto por perdas significativas impõem ao SNS, numa tentativa de disseminação das boas práticas e na garantia da segurança do doente, uma atenção específica às pessoas em luto consideradas em risco de desenvolver PLP. A presente Norma visa, assim, propor critérios de diagnóstico, sinalizar, monitorizar e referenciar as pessoas com PLP, segundo o proposto no Despacho nº 3254/ 2018, D.R., II, de 29 de março<sup>1</sup>.

### Conceptual

- A. O modelo de intervenção no luto contempla tipos de intervenção distintos (anexo II):
- a) Intervenção universal:
    - i. Dirigida a todas as pessoas em luto (luto normal) com necessidades básicas de apoio;
    - ii. Disponibilização de informação relativa ao luto e sobre os apoios disponíveis (exemplo: folheto informativo – anexo V);
    - iii. O apoio à pessoa em luto é realizado por familiares/amigos, profissionais de saúde e técnicos superiores na área de serviço social;
    - iv. O apoio básico é prestado por recursos da comunidade local e dos diferentes níveis de cuidados de saúde - cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados.
  - b) Intervenção seletiva:
    - i. Dirigida a pessoas com necessidades intermédias de apoio (com sintomas leves ou moderados de sofrimento relacionado com o luto ou com risco de desenvolver PLP);
    - ii. Apoio qualificado, mas não diferenciado;
    - iii. Apoio realizado por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos superiores de serviço social, conselheiros de luto e voluntários com formação qualificada no luto;

- iv. O apoio intermédio é prestado através de recursos disponíveis na comunidade local e dos diferentes níveis de cuidados de saúde - cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados.
- v. Padronização das intervenções dos profissionais de saúde, através de medidas de boas práticas na prevenção da PLP em dois momentos: processo final de vida e depois da morte (anexo VI). A sua aplicação favorecerá a confiança dos profissionais de saúde na interação qualificada com as pessoas em sofrimento na fase de doença avançada e de perda.

c) Intervenção indicativa:

- i. Dirigida às pessoas em luto com necessidades complexas de apoio;
- ii. Intervenção diferenciada;
- iii. Realizada por profissionais de saúde mental com formação diferenciada em luto prolongado;
- iv. A intervenção nas pessoas em luto com necessidades complexas é realizada nas consultas de luto das unidades-piloto.

B. O instrumento de avaliação de PLP (PG- 13), apresentado no anexo IV, é composto por 13 itens descritivos, que apresentam um conjunto de sintomas que devem persistir por um período mínimo de seis meses e que estão necessariamente associados a uma significativa perturbação funcional. Este instrumento apresenta os seguintes critérios de cotação:

- a) Critério I, evento;
- b) Critério II, ansiedade de separação;
- c) Critério III, persistência dos sintomas;
- d) Critério IV, Sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental;
- e) Critério V, Perturbação do funcionamento social e ocupacional.

C. Após a aplicação do instrumento mencionado supra, os profissionais de saúde poderão consultar o documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto, apresentado no anexo VII, no sentido de auxiliar a avaliação clínica e personalizar o acompanhamento de cada doente.

- D. Atualmente, o luto prolongado é classificado no capítulo 6, com o código (QE62) da classificação internacional de doenças (ICD- 11).
- E. Para se diagnosticar uma PLP, de acordo com a classificação da ICD- 11 devem estar presentes os seguintes critérios clínicos:
- a) Existência de pelo menos um dos seguintes sintomas:
    - i. Ansiedade e desejo persistente pelo ente significativo;
    - ii. Preocupação persistente e profunda com o ente significativo.
  - b) Existência de dor emocional intensa:
    - i. Acompanhado por intensa dor emocional (por exemplo, tristeza, culpa, raiva, negação, culpa);
    - ii. Dificuldade em aceitar a morte;
    - iii. Sentimento de que alguém perdeu uma parte de si mesmo;
    - iv. Incapacidade de experimentar sensações positivas;
    - v. Instabilidade emocional;
    - vi. Dificuldade em realizar atividades sociais ou outras atividades.
  - c) Tempo e perturbações- mais de seis meses no mínimo após a perda:
    - i. Excedendo as referências sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo;
    - ii. Reações de luto persistentes por longos períodos de tempo que estão dentro de um período normativo, dado o contexto cultural, religioso da pessoa em luto, não necessitam de diagnóstico;  
Esta perturbação causa problemas significativos a nível pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do desenvolvimento.
- F. Unidades-piloto são unidades do SNS nomeadas através do Despacho nº 3254/ 2018, D.R., II, de 29 de março, para desenvolverem e avaliarem experiências piloto de intervenção diferenciada no luto prolongado<sup>1</sup>.

## FUNDAMENTAÇÃO

A. Embora normativa, a experiência de luto é individual e única. A variabilidade de respostas no luto está relacionada com os recursos pessoais e sociais de que o sujeito dispõe para lidar com a situação de perda e, por outro lado, com a presença de fatores de risco que influenciam negativamente a capacidade adaptativa do sujeito e as condições mencionadas no anexo III. De acordo com a *checklist* de fatores de risco de PLP existe um conjunto de variáveis de extrema relevância, documentados nos estudos<sup>2-52</sup>, que remetem para os seguintes fatores:

### a) Pessoais

- i. Género feminino<sup>2-7</sup>;
- ii. Grupo dos idosos<sup>5,7</sup>
- iii. Idade jovem do falecido<sup>7,8</sup>;
- iv. Antecedentes psiquiátricos<sup>8,9</sup>, incluindo ideação suicida e/ou tentativas de suicídio prévias e consumo de substâncias;
- v. Perdas significativas anteriores que continuam a gerar sintomatologia significativa de luto<sup>5,10</sup>;
- vi. Estilo de vinculação inseguro<sup>11-13</sup>, traduzido numa atitude de hipervigilância, falta de confiança nas relações interpessoais, hostilidade e preocupação relacionada com a falta de disponibilidade do outro em caso de necessidade;
- vii. Estilos defensivos imaturos, como a negação e a distorção da realidade externa<sup>14</sup>, bem como estratégias de *coping* evitantes<sup>15</sup> e ruminativas<sup>16,17</sup>;
- viii. Reações intensas de raiva e culpa<sup>18,19</sup>;
- ix. Neuroticismo, que inclui manifestações de depressão, hostilidade e ansiedade<sup>20</sup>
- x. Incapacidade de atribuir um sentido à perda<sup>21-23</sup>;

### b) Interpessoais

- i. Perda de um filho<sup>24,25</sup> e perda de cônjuge<sup>6,26,27</sup>;
- ii. Relação dependente<sup>28-30</sup>, conflituosa e ambivalência<sup>31</sup>;
- iii. Distress, provocado por assuntos pendentes<sup>32,33</sup>;



- iv. Falta de suporte familiar<sup>3,34</sup>;
- v. Disfuncionalidade da família<sup>35,36</sup>;

c) Nos fatores circunstanciais:

- i. Morte súbita e violenta <sup>37,38</sup>, situações de catástrofe que envolvem múltiplas perdas<sup>38,39</sup>;
- ii. Falta de preparação para a morte<sup>40</sup>, relacionada com insuficiente comunicação<sup>41,42</sup>;
- iii. O estado de deterioração do doente<sup>10,43</sup>;
- iv. A perceção de negligência médica<sup>30</sup>;
- v. Dificuldade acrescida na prestação de cuidados relacionada com a intensidade dos cuidados, comportamento problemático do doente e a presença de menores na família <sup>10,45-50</sup>.
- vi. Perdas secundárias, incluindo dificuldades económicas e profissionais<sup>51,52</sup>.

B. De acordo com uma recente meta-análise<sup>53</sup>, a prevalência desta perturbação é de 9,8%, o que significa que quase um terço das pessoas em luto apresenta manifestações de luto prolongado. Quando as circunstâncias de morte são por morte súbita ou violenta, os resultados podem ascender a valores entre 14 a 76%<sup>38</sup>.

C. Os dados empíricos sugerem uma clara distinção entre as manifestações de luto normal e de PLP tendo estas últimas mais propensão para desenvolver depressão, suicídio e abuso de substâncias<sup>54-56</sup>, doenças físicas, como cancro, doenças cardiovasculares e tensão arterial<sup>2,56</sup>, perturbação do sono<sup>57,58</sup> e diminuição significativa da capacidade interpessoal, social e ocupacional<sup>59,60</sup>.

D. Apesar da elevada comorbilidade, o diagnóstico de PLP é independente de outras perturbações mentais próximas, como seja a depressão, ansiedade e perturbação pós-stress traumático<sup>61,62</sup>.

E. Tendo em conta a robustez empírica em que assentam os critérios de PLP<sup>63</sup>, e sobretudo a sua utilidade clínica, esta entidade foi recentemente aceite como uma categoria independente no ICD-11<sup>64</sup>. Significa isto que a Organização Mundial de Saúde inclui o luto como um alvo chave para o desenvolvimento de medidas de intervenção e tratamento.

- F. Com base nos critérios de PLP foi criado o instrumento de avaliação de PLP (PG- 13), que revela elevada consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach* =.82) e que tem sido amplamente usado com diversas populações, de que são exemplo os cuidadores em luto<sup>65,66</sup>, luto por perda de filhos<sup>67</sup>, entre outros<sup>68-70</sup>.
- G. Apenas cerca de 43% das pessoas que preenchem os critérios de PLP têm acesso a apoio especializado no luto, o que demonstra subutilização dos cuidados de saúde, sobretudo devido à ainda escassa sensibilidade no diagnóstico e ao estigma associado à necessidade de apoio no luto<sup>71</sup>.

## APOIO CIENTÍFICO

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada através do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e da Comissão de Acompanhamento da Implementação do Modelo de Intervenção no Luto Prolongado (Despacho nº 3254/ 2018, D.R., II, de 29 de março<sup>1</sup>), no âmbito da melhoria da Qualidade no SNS.

## SIGLAS/ACRÓNIMOS

ICD-11	Classificação Internacional de Doenças
PG-13	Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado-13
PLP	Perturbação de Luto Prolongado
SNS	Serviço Nacional de Saúde

## Referências Bibliográficas

1. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 3254/ 2018 de 22 de março de 2018. Cria uma comissão de acompanhamento da implementação do modelo de intervenção diferenciada no luto prolongado. Diário da República, 2.ª série, N.º 63 de 29 de março de 2018: p. 9302-3.
2. Chen J, Bierhals A, Prigerson HG, Kasl S, Mazure C, Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*. 1999;29(2):367-80.
3. Chiu Y-W, Huang C-T, Yin S-M, Huang Y-C, Chien C-h, Chuang H-Y. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2010;18(10):1321-7.
4. Gallagher DE, Breckenridge JN, Thompson LW, Peterson JA. Effects of bereavement on indicators of mental health in elderly widows and widowers. *Journal of Gerontology*. 1983;38(5):565-71.
5. Gilbar O, Ben-Zur H. Bereavement of spouse caregivers of cancer patients. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002;72(3):422-32.
6. Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Futterman A, Gilewski MJ, Peterson J. The effects of late-life spousal bereavement over a 30-month interval. *Psychology and aging*. 1991;6(3):434.
7. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, Kaasa S. Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2001;22(6):1016-26.
8. McHorney CA, Mor V. Predictors of bereavement depression and its health services consequences. *Medical Care*. 1988;882-93.
9. Macias C, Jones D, Harvey J, Barreira P, Harding C, Rodican C. Bereavement in the context of serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2004;55(4):421-6.
10. Kelly B, Edwards P, Synott R, Neil C, Baillie R, Battistutta D. Predictors of bereavement outcome for family carers of cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 1999;8(3):237-49.
11. Meier AM, Carr DR, Currier JM, Neimeyer RA. Attachment anxiety and avoidance in coping with bereavement: Two studies. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2013;32(3):315-34.
12. Van Doorn C, Kasl SV, Beery LC, Jacobs SC, Prigerson HG. The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(9):566-73.
13. Wayment HA, Vierthaler J. Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss & Trauma*. 2002;7(2):129-49.
14. Gana K, K'Delant P. The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of affective disorders*. 2011;128(1-2):128-34.
15. Eisma MC, Taga KA, Friedman HS, Martin LR. Early personality traits as predictors of mortality risk following conjugal bereavement. *Journal of Personality*. 2009;77(3):669-90.
16. Stroebe MS, Schut HA, Stroebe W, Boelen PA, van den Bout J. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(4):961.

17. Taku K, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies*. 2008;32(5):428-44.
18. Gold KJ, Sen A, Leon I. Whose Fault Is It Anyway? Guilt, Blame, and Death Attribution by Mothers After Stillbirth or Infant Death. *Illness, Crisis & Loss*. 2018;26(1):40-57.
19. Li J, Tendeiro JN, Stroebe M. Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*. 2018.
20. Wijngaards-de Meij L, Stroebe M, Schut H, Stroebe W, van den Bout J, van der Heijden P, et al. Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(2):498-505.
21. Gillies J, Neimeyer RA. Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*. 2006;19(1):31-65.
22. Miles MS, Crandall EKB. The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents. *Coping with Life Crises*: Springer; 1983. p. 235-43. Wheeler I. Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death studies*. 2001;25(1):51-66.
23. Holland JM, Currier JM, Neimeyer RA. Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2006;53(3):175-91.
24. Leahy JM. A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1993;26(3):207-17.
25. Middleton W, Raphael B, Burnett P, Martinek N. A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998;32(2):235-41.
26. Bennett KM. Widowhood in elderly women: The medium-and long-term effects on mental and physical health. *Mortality*. 1997;2(2):137-48.
27. Carnelley KB, Wortman CB, Bolger N, Burke CT. The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample. *Journal of personality and social psychology*. 2006;91(3):476.
28. Cleiren M, Diekstra RF, Kerkhof AJ, Van Der Wal J. Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on" who" rather than" how.". *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 1994.
29. Van Doorn C, Kasl SV, Beery LC, Jacobs SC, Prigerson HG. The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(9):566-73.
30. Carr D, House JS, Kessler RC, Nesse RM, Sonnega J, Wortman C. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(4):S197-S207.
31. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*. 2002;83(5):1150.
32. Holland JM, Thompson KL, Rozalski V, Lichtenthal WG. Bereavement-related regret trajectories among widowed older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013;69(1):40-7.

33. Klingspon KL, Holland JM, Neimeyer RA, Lichtenthal WG. Unfinished business in bereavement. *Death studies*. 2015;39(7):387-98.
34. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *Journal of palliative medicine*. 2013;16(7):745-51.
35. Kissane DW, Bloch S, McKenzie DP. Family coping and bereavement outcome. *Palliative medicine*. 1997;11(3):191-201.
36. Kissane DW, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, Dowe DL. The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(5):659-66.
37. Grad OT, Zavasnik A. Phenomenology of bereavement process after suicide, traffic accident and terminal illness (in spouses). *Archives of Suicide Research*. 1999;5(2):157-72.
38. Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2012;75(1):76-97.
39. Ekanayake S, Prince M, Sumathipala A, Siribaddana S, Morgan C. "We lost all we had in a second": coping with grief and loss after a natural disaster. *World Psychiatry*. 2013;12(1):69-75.
40. Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2002;10(4):447-57.
41. Valdimarsdóttir U, Helgason ÁR, Fürst C-J, Adolfsson J, Steineck G. Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: a nationwide follow-up. *Palliative medicine*. 2004;18(5):432-43.
42. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(29):4457.
43. Coelho AM, Delalibera MA, Barbosa A. Palliative care caregivers' grief mediators: a prospective study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2016;33(4):346-53.
44. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999;282(23):2215-9.
45. Mullan JT. The bereaved caregiver: A prospective study of changes in well-being. *The Gerontologist*. 1992;32(5):673-83.
46. Winterling J, Wasteson E, Arving C, Johansson B, Glimelius B, Nordin K. Factors associated with psychological distress and grief resolution in surviving spouses of patients with advanced gastrointestinal cancer. *Supportive care in cancer*. 2010;18(11):1377-84.
47. Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International journal of geriatric psychiatry*. 2002;17(2):184-8.
48. Grant I, Adler KA, Patterson TL, Dimsdale JE, Ziegler MG, Irwin MR. Health consequences of Alzheimer's caregiving transitions: effects of placement and bereavement. *Psychosomatic Medicine*. 2002;64(3):477-86.
49. Vanderwerker LC, Laff RE, Kadan-Lottick NS, McColl S, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients.

- Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2005;23(28):6899.
50. Bass DM, Bowman K. The transition from caregiving to bereavement: The relationship of care-related strain and adjustment to death. *The Gerontologist*. 1990;30(1):35-42.
  51. Corden A, Hirst M. Financial constituents of family bereavement. *Family science*. 2013;4(1):59-65.
  52. Corden PA. Exploration of understanding of the economic implications of bereavement: University of York; 2016.
  53. Lunderoff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;212:138-49.
  54. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(4):350-62.
  55. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*. 2004;25(1):12-8.
  56. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American journal of psychiatry*. 1997;154:616-23.
  57. Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KL. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral sleep medicine*. 2005;3(2):99-111.
  58. Maytal G, Zalta AK, Thompson E, Chow CW, Perlman C, Ostacher MJ, et al. Complicated grief and impaired sleep in patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2007;9(8):913-7.
  59. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2007;257(8):444-52.
  60. Ott CH, Lueger RJ, Kelber ST, Prigerson HG. Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(4):332-41.
  61. Bonanno GA, Neria Y, Mancini A, Coifman KG, Litz B, Insel B. Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(2):342-51.
  62. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*. 2011;132(1-2):231-8. World
  63. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*. 2009;6(8):e1000121.
  64. Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva: World Health Organization; 2018.
  65. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47(3):531-41.

66. Delalibera MA, Coelho A, Barbosa A. Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado. *Acta Med Port.* 2011; 24(6): 935-942.
67. Field NP, Strasser J, Taing S, Horiuchi S, Chhim S, Packman W. Prolonged grief following the recent death of a daughter among mothers who experienced distal losses during the Khmer Rouge era: Validity of the prolonged grief construct in Cambodia. *Psychiatry research.* 2014;219(1):183-90.
68. Heeke C, Stammel N, Knaevelsrud C. When hope and grief intersect: rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia. *Journal of affective disorders.* 2015;173:59-64.
69. Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J. P., & Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC psychiatry*, 10(1), 55.
70. Hinton DE, Field NP, Nickerson A, Bryant RA, Simon N. Dreams of the dead among Cambodian refugees: frequency, phenomenology, and relationship to complicated grief and posttraumatic stress disorder. *Death Studies.* 2013;37(8):750-67.
71. Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW, Breitbart W, Kacel E, Jones EC, et al. Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services.* 2011;62(10):1225-9.

## ANEXOS

### ANEXO I- Instrumento de avaliação do risco no luto

	Fatores de Risco	Indicadores	Pont.
1	Raiva	Nenhuma Irritação leve Moderada (explosões de raiva ocasionais) Severa (com prejuízo das relações) Extrema (sempre amargurado/a)	1 2 3 4 5
2	Acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável	Nenhuma Leve (vaga e geral) Moderada (pensamentos acusatórios) Severa (preocupação com auto-culpabilização) Extrema (problema major de culpa)	1 2 3 4 5
3	Relações atuais	Família próxima e muito apoiante Família moderadamente apoiante Família distante Desconfiança em relação à disponibilidade dos outros Sem perceção de suporte	1 2 3 4 5
4	Capacidade de adaptação ao luto	Boa (luto normal, adaptação sem ajuda) Razoável (provavelmente consegue adaptar-se sem ajuda) Duvidosa (pode precisar de ajuda de especialista) Má (requer ajuda de especialista) Muito má (requer urgente ajuda de especialista)	1 2 3 4 5

**Total:** \_\_\_\_\_

<b>A = Ausente</b> <b>Baixo risco (Pont. &lt; 7)</b>	<b>Providenciar informação sobre luto e disponibilizar folheto se necessário</b>
<b>B = Atenção</b> <b>Moderado risco (Pont. 7-9)</b>	<b>Disponibilizar folheto e encaminhar para serviços de saúde mental locais</b>
<b>C = Recomendar apoio de especialista no luto</b> <b>Elevado risco (Pont ≥ 10)</b>	<b>Disponibilizar folheto e encaminhar para consulta de luto</b>

Fonte: Adaptado de Ministry of Health Manatu Hauora. Te Ara Whakapiri Toolkit. New Zealand Government: 2017.  
Available from: [http://www.hospice.org.nz/cms\\_show\\_download.php?id=13](http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=13)



## Anexo II- Modelo de intervenção no luto

Nível	%Enlutados (estimados*)	População-alvo	Tipo de apoio	Quem apoia	Parceiros
<b>Universal (Pont. &lt; 7)</b>	56%	Todas as pessoas em luto (luto normal) Necessidades básicas	Informação sobre luto e sobre apoios básicos disponíveis	Família/ Amigos Informação fornecida por profissionais de Saúde e da área de Serviço Social	Comunidade Local Cuidados de Saúde Primários Hospital Cuidados continuados integrados
<b>Seletiva (Pont. 7-9)</b>	34%	Pessoas em luto com risco de desenvolver necessidades complexas  Necessidades intermédias	Rastreio e apoio qualificado não diferenciado	Médicos, Psiquiatras, Psicólogos Enfermeiros Técnicos Superiores da área de Serviço Social Conselheiros de luto e voluntários com formação qualificada no luto	Hospital Cuidados Saúde Primários Cuidados Continuados Integrados Cuidados Paliativos
<b>Indicativa (Pont ≥ 10)</b>	10%	Pessoas em luto com necessidades complexas	Intervenções diferenciadas	Profissionais de Saúde com formação avançada em luto prolongado (consulta de luto individual/grupal )	Unidades-Piloto

\* Aoun, S.M., Breen, L.J., Howting, D.A., Rumbold, B., Mcnamara, B. & Hegney, D. (2015). Who needs Bereavement support? A Population Based Survey of Bereavement Risk and Support Need. PloS ONE 10 (3): e0121101. doi:10.1371/journal.pone.0121101.

### Anexo III- *Checklist* de fatores de risco perturbação no luto prolongado

FAMILIARES	S/N	Observações
<b>Fatores Pessoais</b>		
Género feminino		
Idade jovem do ente significativo		
Idade avançada da pessoa em luto		
Antecedentes psiquiátricos		
Tentativas suicídio prévias e/ou ideação suicida		
Consumo de substâncias		
Lutos anteriores não integrados		
Estilo de vinculação inseguro		
Negação persistente/ <i>coping</i> evitante/ruminação		
Manifestações intensas de culpa / raiva		
Incapacidade de atribuir significado à perda		
Neuroticismo		
<b>Fatores Interpessoais</b>		
Perda de filhos/cônjuge		
Relação de marcada dependência		
Relação conflituosa		
Relação conflituosa/ ambivalente		
Falta de apoio sócio-familiar		
Crises familiares não resolvidas		
Projetos truncados/assuntos pendentes		
Impossibilidade de cumprir rituais religiosos/espirituais		
<b>Fatores Circunstanciais</b>		
Morte súbita		
Morte violenta (suicídio, homicídio ou acidente)		
Perdas múltiplas		
Perceção subjetiva de falta de preparação para a morte		
Cuidador principal do doente		
Falta de controlo de sintomas		
Relações disfuncionais com profissionais de saúde		
Imagem demarcada/ deterioração do doente		
Sobrecarga do cuidador		
Presença de menores na família		
Problemas económicos		

Adaptado: Barbosa, A. & Coelho, A. (Eds.) 2014. Mediadores do luto. Núcleo Académico de Estudos e Intervenção no Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina de Lisboa.



#### **Anexo IV- Avaliação da perturbação de luto prolongado- PG-13**

Instruções- Parte I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de tensão relacionados com a relação perdida?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- Não
- Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu estonteado, chocado/a ou confuso pela sua perda?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Por favor, indique como um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE 3: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

\_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Sim

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

Fonte: Delalibera MA, Coelho A, Barbosa A. Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado. Acta Med Port. 2011; 24(6): 935-942.

### Critérios de cotação- PG-13

Critérios	Descrição
I- Evento	Morte de um familiar há, pelo menos, 6 meses
II- Ansiedade de separação	Resposta às questões 1 e 2 com valor de 4 ou 5
III- Persistência dos sintomas	Resposta à questão 3 afirmativa
IV- Sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental	Das questões 4 a 12, 5 respostas com 4 ou 5
V- Perturbação do funcionamento social e ocupacional	Resposta à questão 13 positiva

## Anexo V- Folheto Informativo

### As necessidades da pessoa em luto

*O sofrimento da perda pode ser aliviado com o apoio de pessoas que saibam compreender e partilhar os sentimentos da pessoa em luto.*

Para que a pessoa se sinta apoiada é importante que possa:

- ◆ Falar livremente dos seus sentimentos sem ser julgada pela forma como expressa a sua dor;
- ◆ Dispor de tempo e meios para cuidar de si e da sua própria saúde;
- ◆ Ter tempo para estar só e descansar ou para estar acompanhada e distrair-se, de acordo com a sua própria vontade.

### O que pode fazer para se sentir melhor?

*Quando se está em luto pode haver uma tendência para descurar os cuidados pessoais e a autoestima.*

É importante que mantenha hábitos de saúde como:

- ◆ Rotinas de sono e de alimentação;
- ◆ Atenção aos sinais do corpo e níveis de cansaço;
- ◆ Estratégias face à ansiedade como, por exemplo, respirar profunda e calmamente;
- ◆ Prática de exercício físico regular;
- ◆ Procura de ajuda nos amigos, ou ajuda num grupo de apoio, ou junto de um profissional de saúde.

### Onde procurar ajuda?

## O LUTO

Compreender o processo de luto e o mal-estar que pode estar associado vai ajudar a conhecer reações que provavelmente nunca experimentou e a lidar melhor com o sofrimento da perda.

...Nunca é tarde demais para pedir Ajuda!

Não necessita de resolver tudo sozinho!

## A experiência de luto

- ◆ O luto é uma resposta natural à perda de alguém próximo.
- ◆ Embora doloroso, o luto faz parte do processo de adaptação a uma nova realidade na ausência física da outra pessoa.
- ◆ Afeta a pessoa no seu todo, bem como a sua relação com os outros e com a vida em geral.

## O luto é único e pessoal

- ◆ Algumas pessoas reagem de forma mais intensa do que outras;
- ◆ Em alguns casos, o período de luto é breve, mas noutros pode prolongar-se durante vários anos;
- ◆ Há pessoas que expressam o luto imediatamente após a morte, outras só mais tarde;
- ◆ Na família, cada pessoa poderá reagir de forma diferente, embora a dor seja comum a todos;
- ◆ As crianças também sentem a perda, mas manifestam-se de forma diferente em relação aos adultos.

Em alguns momentos especiais (datas de aniversário, festas de família) é natural que as recordações ou reações sejam mais intensas.

## Manifestações do luto

*As respostas a uma perda são a forma da mente e do corpo se adaptarem ao que ocorreu. Podem ter manifestações diversas:*

### • Afetivas

Tristeza, saudade, ansiedade, desânimo, desinteresse, impaciência, irritabilidade, vazio.

### • Físicas

Aperto na garganta, pressão no peito, boca seca, fraqueza, tremores, fadiga, dores de cabeça e musculares.

### • Comportamentais

Choro, agitação, alteração do apetite, alteração do sono.

### • Cognitivas

Dificuldades de concentração e de memória, atordoamento, confusão e dificuldade em tomar decisões.

### • Sociais

Dificuldade em trabalhar, tendência ao isolamento social.

- ◆ O processo de luto faz-se normalmente por avanços e recuos.
- ◆ Progressivamente, a maioria das pessoas encontra, com a ajuda de familiares e amigos, uma forma de lidar com os seus sentimentos de perda e gradualmente retomar a sua vida.

## Manifestações de luto prolongado

Considere a possibilidade de consultar um profissional de saúde, se apresentar de forma persistente (mais de seis meses) alguns destes sintomas:

- ◆ Sofrimento físico e emocional relacionado com a impossibilidade de encontro com o ente significativo;
- ◆ Sentimento de revolta, de choque e atordoamento;
- ◆ Sensação desagradável de voltar a passar pela experiência repetidas vezes;
- ◆ Dificuldade em aceitar a morte e evitamento das recordações relacionadas com a morte ou o ente significativo;
- ◆ Sentimentos de amargura, culpa, desconfiança, incapacidade para experimentar prazer e prosseguir com a vida;
- ◆ Dificuldade em se concentrar, retomar a atividade profissional e outras tarefas da vida diária.



## Anexo VI- Medidas de Boas Práticas na Prevenção da Perturbação do Luto Prolongado

1. No processo de final de vida nos cuidados ao doente e família, os profissionais de saúde devem obedecer aos seguintes itens:
  - a) Informação ao doente e familiares:
    - i. Partilhar informações claras e precisas sobre os acontecimentos e os processos em curso;
    - ii. Apoiar a informação oral fazendo recurso a conteúdos disponíveis no sítio da Direção-Geral da Saúde (DGS) e de normas relativas ao luto;
    - iii. Partilhar oportunamente informação (por exemplo, transição do doente para a fase de fim-de-vida, tomadas de decisão terapêuticas), de modo a consensualizar atitudes e comportamentos da equipa multidisciplinar.
  - b) Contato com os familiares:
    - i. Valorizar os cuidados prestados pela família.
  - c) Sensibilização prévia:
    - i. Favorecer a participação dos doentes e cuidadores familiares nas decisões de cuidados atendendo às suas necessidades físicas, culturais, psicossociais e espirituais.
  - d) Competências dos profissionais:
    - i. Desenvolver cuidados compassivos e culturalmente sensíveis respeitando preferências, valores, rituais e hábitos pessoais;
    - ii. Manifestar disponibilidade, praticar a escuta ativa e comunicar sensivelmente com doentes e familiares;
    - iii. Avaliar os fatores de risco de perturbação de luto prolongado (PLP) nos cuidadores principais para rastreio e referência para profissionais de saúde mental.
    - iv. Desenvolver prática clínica fundamentada na avaliação holística do doente e das necessidades dos cuidadores familiares (por exemplo, atender ao desejo de local de morte);
    - v. Reformular o plano de intervenção segundo a evolução da situação clínica e do processo de adaptação à doença;
    - vi. Aceder a formação contínua sobre cuidados compassivos em final de vida (exemplo: desenvolvimento de competências na área da comunicação, apoio emocional e luto).
  - e) Atuação dos profissionais de saúde:
    - i. Facilitar a presença do cuidador familiar junto ao doente, sempre que possível, promovendo presença e apoio efetivo no processo de lidar com vários aspetos do cuidado em fim de vida (permanência junto do corpo, dignificar os cuidados ao corpo);
    - ii. Desenvolver na instituição estratégias e sistemas de suporte formais e informais aos profissionais (exemplo, instituir sessões regulares da equipa sobre revisão do acontecimento de morte; disponibilizar supervisão para intervenção de apoio emocional; promover sessões para reflexão experiencial sobre processos/situações/acontecimentos de perda);
    - iii. Ser flexível perante necessidades específicas (por exemplo, visitas, privacidade);

- iv. Devolver respeitosamente o espólio do ente significativo (pertences em saco próprio).
2. A comunicação da morte aos familiares deve ter em conta os seguintes critérios:
    - a) Comunicar a notícia de morte de uma forma sensível, gradual e honesta, adequada às necessidades da pessoa;
    - b) Usar tom de voz calmo e firme;
    - c) Normalizar reações no contexto da morte recente, valorizando o sofrimento inerente à perda: *É natural que esteja ansioso(a). É um momento muito doloroso.*
    - d) Disponibilizar espaço e tempo protegido em que a pessoa em luto possa exprimir os seus sentimentos (choro) sem ter de se preocupar com as necessidades dos outros (doentes, profissionais, visitas) ou sem ser por eles observado;
    - e) Solicitar, em caso de familiar em situação de desespero, a presença de uma terceira pessoa que garanta segurança e transmitir recursos para reduzir a ansiedade (por exemplo, beber um copo de água, respiração pausada);
    - f) Envolver um outro elemento da família para transmitir informação quando o próprio não se sente disponível e dê o seu acordo;
    - g) Disponibilizar informação necessária, de acordo com as necessidades práticas;
    - h) Manifestar, se oportuno, as condolências pela perda em nome da equipa e mostrar disponibilidade para ouvir e acompanhar a pessoa futuramente.
  3. Em situações particulares de envolvimento dos profissionais de saúde, poderá ser desejável a transmissão das condolências aos familiares, quer o doente tenha falecido na instituição ou noutro local (anexo A). A manifestação de condolências pode ser:
    - a. Presencial ou por telefone:
      - (i) Manifestar as condolências preferencialmente pelo profissional mais próximo da família;
      - (ii) Disponibilizar a escuta ativa no momento ou quando o familiar necessitar;
      - (iii) Evitar questões intrusivas sobre as circunstâncias de morte.
    - b. Carta de Condolências:
      - i. Manifestar as condolências em nome da equipa por carta a enviar sete a quinze dias após a morte;
      - ii. Reiterar a possibilidade de contactar com a equipa de saúde.
  4. O plano de acompanhamento da pessoa em luto deverá ser desenvolvido nos Cuidados Paliativos, apesar de outras unidades do Serviço Nacional de Saúde poderem criar planos de acompanhamento próprios:
    - a. Procedimento para monitorização presencial ou por telefone:
      - (i) A partir do primeiro mês, aplicar o guião para a monitorização telefónica estruturado, de acordo com anexo B;
      - (ii) Antes dos seis meses, avaliar a presença de fatores de risco (anexos I, II e III);
      - (iii) A partir do sexto mês, repetir o procedimento e aplicar o instrumento de avaliação do luto prolongado que se encontra no anexo IV;
      - (iv) Clarificar possíveis dúvidas;
      - (v) Proporcionar oportunidade para falar sobre sentimentos e apoio.
  5. O conteúdo da presente Orientação será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.

## Contacto com familiar em luto

### Anexo VI.I - Guião para contato de condolências

#### Guião para contato de condolências

(até 72h após o óbito – realizado pelo profissional mais próximo da família)

[Nome do familiar], sou o(a) [apresentação do profissional]. *Tive conhecimento que perdeu o seu familiar. Em nome de toda a equipa queria manifestar os meus sentimentos.*

*Estou aqui para ouvi-lo(a) naquilo que necessitar [dar espaço à pessoa para se expressar abertamente, sem perguntas diretivas ou invasivas].*

*Estamos disponíveis para o que for necessário nesta fase e daqui em diante, para si ou para qualquer outro elemento da família. [Disponibilizar/relembrar contactos da equipa]*

*Se concordar, voltarei a ligar-lhe para saber como vai passando.*

### ANEXO VI.II – Guião para monitorização telefónica (a partir do 1º mês)

#### Guião para monitorização telefónica (a partir do 1º mês)

*Bom dia/Boa tarde. O meu nome é (...). Sou profissional da Equipa X do Hospital ... / Unidade Z...*

*Estamos a contactá-lo(a) para saber como é que tem sido para si este período depois da perda do seu familiar. É oportuno falarmos um pouco?*

*É importante para nós saber como está a viver esta fase e conhecer as dificuldades que possa estar a sentir e disponibilizar apoio, se necessário.*

#### 1. Como tem sido esta fase desde a perda do seu familiar?

Extremamente difícil	Bastante difícil	Ligeiramente difícil	Pouco difícil	Nada difícil

#### 2. Tem recebido apoio de familiares ou amigos? Sim Não

- 2.1. De que forma?  Suporte instrumental  Suporte emocional  
 Suficiente  Insuficiente

#### 3. Quando precisa de desabafar com alguém, a quem tem recorrido?

- Família  Amigo  Profissional de saúde  Outra pessoa  Ninguém

**4. Como é que os outros elementos da sua família estão a lidar com esta perda?**

---

---

---

---

**5. Há alguém da sua família que o/a preocupe em particular?**

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

**6. Gostaria de lhe fazer mais algumas perguntas que demorarão cerca de 5 minutos.**

**Questionário: Avaliação da perturbação de luto prolongado-PG- 13 (Anexo IV)**

## Anexo VII

### Avaliação e gestão de pessoas em luto

Nesta tabela, fornecemos orientação baseada em estudos observacionais de pessoas em luto, através de pesquisas de especialistas e observações de doentes e clínicos. Lembramos aos clínicos que cada indivíduo tem manifestações únicas de luto que são moldadas por quem morreu, como morreu, bem como o seu contexto cultural e religioso. Avaliação clínica criteriosa é o "padrão de ouro".

	<b>Luto normal até 6 meses</b> Nos primeiros 6 meses após a morte de um ente significativo	<b>Luto normal após 6 meses</b> Depois dos primeiros 6 meses após a morte de um ente significativo	<b>Luto prolongado</b> (pelo menos 6 meses após a morte de um ente significativo)
Sentimento de anseio/saudade	✓✓✓	✓	✓✓✓
Tristeza	✓✓✓	✓	✓✓✓
Ansiedade / raiva / culpa	✓✓	✓	✓✓✓
Dificuldade para se envolver com outras pessoas ou atividades de vida quotidiana	✓	-	✓✓✓
Aumento da reatividade fisiológica e/ou emocional a lembranças da perda	✓✓	✓	✓✓✓
Pensamentos ou memórias intrusivos do falecido	✓✓	✓	✓✓✓
Mudanças no sentimento de si próprio	✓	-	✓✓
Ruminação sobre pensamentos perturbadores com a morte ou a perda	✓	-	✓✓✓
Evitamento de lembranças de que a pessoa desapareceu	✓	-	✓✓✓
Níveis elevados de emotividade com dificuldade em regular emoções	✓	-	✓✓✓
Perturbações de sono	✓✓	✓	✓
Dor física e outros sintomas somáticos perturbantes	✓✓	-	✓✓
<b>Estratégias de gestão sugeridas</b>	Normalizar os sintomas do luto e tranquilizar a pessoa. Considerar referenciá-lo para profissionais de saúde mental se os sintomas forem graves ou incomuns.		Referenciar para saúde mental ou para consulta de luto.
	Fornecer folheto sobre o luto.		
	Agendar <i>follow up</i> de 6-8 meses após a perda ou mais cedo se necessário.	Agendar <i>follow up</i> consoante as necessidades.	

✓ Pode estar presente

✓✓ Muitas vezes presente

✓✓✓ Quase sempre presente

- Não presente

Adaptado: Shear, M. K., Muldberg, S., & Periyakoil, V. (2017). Supporting patients who are bereaved. *BMJ*