

Depressão pós-luto e o atendimento humanizado

Post-mourne depression and humanized care

**Samara Priscila Ramos da Silva, Mariana Eloy de Amorim, Guilherme Augusto de Matos Teles,
Marcela Augusta Rodrigues Guimarães, Luana Guimarães da Silva**

Centro Universitário Mauá de Brasília Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: samaraprisila002@gmail.com

Resumo: INTRODUÇÃO: A depressão pós luto representa um sofrimento psíquico que acarreta em diversos fatores relevantes, podendo percorrer na vida e afetar negativamente a vida a pessoa acometida, refletindo assim, em um problema de saúde pública que precisa de atenção. O presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre a importância do atendimento humanizado do profissional de enfermagem em pacientes diagnosticados com depressão pós-luto. REVISÃO: A depressão pós-luto (DPL), é uma condição psicológica que pode ocorrer após a perda de um ente querido. É comum sentir tristeza, dor e saudade depois de uma perda, mas quando esses sentimentos persistem por um longo período e começam a afetar a qualidade de vida da pessoa, pode ser um sinal de depressão pós-luto, neste sentido, o atendimento humanizado pode ser uma forma eficaz de ajudar as pessoas que estão passando por esse período difícil. DISCUSSÃO: O atendimento humanizado significa tratar a pessoa com empatia, respeito e compaixão, reconhecendo a sua dor e oferecendo suporte emocional. Entre as formas de atendimento humanizado que podem ajudar pessoas com depressão pós-luto incluem escutar e validar os sentimentos da pessoa e permitir que a pessoa fale sobre seus sentimentos e preocupações, sem julgamento ou críticas, assim como oferecer suporte emocional, demonstrar empatia e compaixão, respeitar o tempo e o processo de luto, permitir que a pessoa passe pelo processo de luto em seu próprio tempo e respeitar a sua forma de lidar com a perda. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A depressão pós-luto pode ser uma condição difícil de lidar, mas o atendimento humanizado pode ser um suporte e ajudar as pessoas a passarem por esse momento difícil e complicado, cada sujeito é ímpar e entende o luto de acordo com sua subjetividade, assim como, cada cultura tem sua percepção de morte e luto de uma forma ímpar das demais.

Palavras-chaves: Atendimento humanizado, Depressão, Enfermagem, Luto.

Abstract: INTRODUCTION: The Post-bereavement depression represents psychic suffering that entails several relevant factors, which can go through life and negatively affect the life of the affected person, thus reflecting on a public health problem that needs attention. The present study aims to discuss the importance of humanized care by nursing professionals in patients diagnosed with post-bereavement depression. REVIEW: Post-bereavement depression is a psychological condition that can occur after the loss of a loved one. It is common to feel sadness, pain and longing after a loss, but when these feelings persist for a long period and begin to affect the person's quality of life, it can be a sign of post-bereavement depression, in this sense, humanized care can be an effective way to help people who are going through this difficult period. DISCUSSION: Humanized care means treating the person with empathy, respect and compassion, recognizing their pain and offering emotional support. Among the forms of humanized care that can help people with post-bereavement depression include Listening and validating the person's feelings and allowing the person to talk about their feelings and concerns, without judgment or criticism, as well as offering emotional support, showing empathy and compassion, respecting time and the grieving process, allowing the person to go through the grieving process in their own time and respecting their way of dealing with the loss. FINAL REMARKS: Post bereavement depression can be a difficult condition to deal with, but humanized care can support and help people to go through this difficult and complicated time, each subject is unique and understands grief according to their subjectivity, as well as each culture has its perception of death and mourning in a unique way from the others.

Keywords: Depression, Grief, Humanized servisse, Nursing.

Introdução

A depressão pós-luto (DPL) é uma condição incapacitante associado a um episódio depressivo após o luto (American Psychiatric Association 2014). De acordo com (ADAA, 2022), os sintomas associados à depressão podem ocasionar fatores de grande relevância ao longo do tempo. A culpa excessiva, pensamentos recorrentes

de morte, diminuição da capacidade de pensar, são alguns dos sintomas que podem se agravar ao longo do tempo.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) foi removido o termo "exclusão de luto" do diagnóstico de transtorno depressivo maior (TDM), no DSM-5, a exclusão do luto afirmava que alguém que estava nos primeiros meses após a morte de um ente querido geralmente não deveria ser diagnosticado com TDM (American Psychiatric Association, 2014). Além disso, a revisão de texto do DSM-5 adicionou um novo diagnóstico para pessoas que vivenciam o luto extremo após um ano da morte de um ente querido, esta condição é chamada de Transtorno de Luto Prolongado (TLP), considerado um transtorno relacionado a traumas e estressores, prejudicando o funcionamento diário de uma pessoa e à capacidade de se reintegrar à vida. TDM (American Psychiatric Association, 2014).

Observa-se que as pessoas que sofrem de DPL apresentam pelo menos cinco dos nove sintomas associados à depressão (ADAA, 2022). Onde os sintomas podem se apresentar variados, incluindo alterações no apetite, sintomas de ansiedade moderado a grave e distúrbios do sono acompanhados por queixas somáticas, desconforto no peito ou dores de cabeça, ocorrendo por um período de aproximadamente 2 semanas. No entanto, o DSM-5 reconhece que, embora o luto e a depressão sejam distintos, eles também podem coexistir, além disso, o luto às vezes pode desencadear um episódio depressivo maior, assim como outras experiências estressantes. TDM (American Psychiatric Association, 2014).

Quanto ao papel da enfermagem, segundo Trevisano, Almeida e Barreto (2019, p.8) "a proximidade com a dor e o sofrimento parece provocar nos enfermeiros uma empatia". Assim, os profissionais de saúde que cuidam de pessoas enlutadas desempenham papéis cruciais na promoção de intervenções abrangentes de triagem de depressão pós luto para melhores práticas. Desta forma, este trabalho tem como objetivo geral discorrer sobre a importância do atendimento humanizado do profissional de enfermagem aos pacientes diagnosticados com depressão pós-luto e como objetivos específicos descrever evidências na literatura quanto aos malefícios do luto prolongado, bem como a assistência de enfermagem humanizada neste processo.

Revisão

Repercussões da depressão pós-luto (DPL)

A Depressão é uma das doenças que mais afeta na atualidade a população mundial, acarretando em grande impacto na vida do indivíduo, assim, pessoas que são acometidas por depressão apresentam comprometimento de ordem pessoal, social, laboral e demais áreas de funcionamento, neste contexto, é referido que depressão maior difere da depressão do luto (APA, 2014).

No Episódio Depressivo Maior (EDM), a pessoa pode parecer infeliz, olhos lacrimejantes, testa enrugada em maior parte do tempo, canto da boca voltados para baixo frequentemente, postura retraída, mantém pouco contato visual, pouca expressão facial, pouco movimento corporal e gesticular e, ainda, mudanças no discurso apresentando voz suave, concomitantemente com a perda da prosódia e uso de palavras monossilábicas, geralmente incapazes de sentir as emoções habituais e referem um mundo sem cor ou sem vida (Anton e Favero, 2016).

Em relação a sintomatologia, de acordo com o Manual MSD, devem estar presentes cinco ou mais sintomas todos os dias em um período de 02 semanas, sendo que, deve estar presente o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades durante a maior parte do dia, associado a nutrição prejudicada, higiene pessoal negligenciada, insônia, hipersonia, agitação ou atraso psicomotor observado por outros, perda de energia, sentimentos de inutilidade, dificuldade de concentração ou de decisão e pensamentos recorrentes de suicídio, esses sintomas duram em torno de um ano (Ghasemi, Phillips e Fahim, 2021).

A EDM apresenta quadro crônico e pode se iniciar por diversos fatores como genéticos, falta de perspectiva de vida ou devido traumas vivenciados com dificuldade de superação, entre eles, com foco na autorrecriminação (Anton e Favero, 2016). O DSM-5 complementa afirmando que apesar do luto e depressão serem sentimentos distintos, eles podem coexistir. Além disso, o luto pode desencadear episódios característicos da depressão maior, assim como experiências estressantes (APA, 2014).

Á vista disso, a DPL consiste em uma psicopatologia após o período de luto considerado anormal e merece, portanto, atenção clínica especial, a pessoa que sofre de DPL apresenta no mínimo cinco dos nove sintomas associados à depressão (ADAA, 2022), com conteúdo de pensamentos relacionados a experiência de perda associado a lembranças da pessoa perdida e arrependimentos de não ter feito algo ou falado para pessoa. Desta

forma, é percebido que o luto não é mais um processo inerente ao ser humano através da intensidade e duração de reações após o luto e, reside no sentimento de perda continuamente e constante baixa autoestima, por bastante tempo, podendo se estender por mais de ano (Ramos, 2016).

Os fatores que podem fomentar a DPL estão diretamente ligados ao relacionamento com a pessoa que se foi, sobre como quem era essa pessoa, qual o nível de relacionamento que desenvolveram, o histórico de vida e de óbito, além da personalidade de quem sofre com o luto. Outro fator frequente é o adiamento da vivência do luto, gerando assim uma carga emocional além do esperado, acarretando em um processo patológico (Toledo, Motobu e Garcia, 2015).

Conceituando o transtorno do luto prolongado (TLP)

De acordo com Silva (2018) o transtorno do luto prolongado (TLP) ou luto complicado foi recentemente incluído no CID-11, este é identificado através de sintomas específicos e distinguidos por peculiaridades tais como o indivíduo ter experienciado o óbito de alguém próximo, deve ter vivenciado os sintomas na maioria dos dias por no mínimo menos de um ano para adultos e 06 meses para crianças. Conforme a revisão de texto do DSM-V (2014), a TLP foi adicionada como novo diagnóstico para pessoas que se encontram em luto extremo após um ano da morte do ente querido, prejudicando o funcionamento diário da pessoa acometida e à capacidade de reintegração à vida (APA, 2014).

No estudo realizado por Delalibera et al., (2017, p. 103) a incidência de pessoas em luto que originaram o TLP na população estudada foi de 10,43%, o luto variou entre o período de seis meses e cinco anos, tendo a média de 29,29 meses de luto. Neste contexto, a incidência do TLP aumenta conforme o grau de dependência do falecido em vida, é evidenciado ainda o risco aumentado para a população feminina, variando entre 2,4% a 4,8%, foi ressaltado que a complicação mais grave é o risco aumentado para o suicídio, visto que frequentemente a pessoa com TLP relatam ideação suicida (Shear et al., 2016).

Os sintomas frequentemente são sentimentos de separação persistente como a intensa saudades e anseio pela companhia da pessoa que faleceu, dificuldade extrema em aceitar a morte, pensamentos intrusivos sobre o falecido, dormência emocional, percepção de que a vida é sem significado e vazia, apresentando dificuldades em continuar com o próprio estilo de vida, preocupação com a pessoa falecida e com as conjunturas de sua morte (Toledo, Motobu e Garcia, 2015). De lucca et al., (2015, p. 06) complementam que as reações do TLP se definem principalmente pela severidade dos sintomas, que permanecem por seis meses ou mais após a perda de alguém.

Sob a ótica da Enfermagem, são apresentados dois diagnósticos reais e um diagnóstico de risco para o luto: pesar, pesar complicado e o risco de pesar complicado (Nanda, 2018). O estudo do diagnóstico Pesar é considerado nível de evidência 2,1, com revisões em 1996, 2006 e 2017, este é definido pelo processo normal e complexo com respostas e comportamentos emocionais, físicos, espirituais, sociais e intelectuais, é incorporado uma perda real, antecipada ou percebida as suas vidas diárias (Nanda, 2018). Não há fatores relacionados definidos e, portanto, se ainda não houver, será retirado da taxonomia na edição 2021-2023.

Quanto ao Pesar Complicado, sinônimo do luto complicado, caracteriza-se como um distúrbio que ocorre após a morte da pessoa significativa, quando o mecanismo natural de superação não é mobilizado e a experiência de sofrimento falha às expectativas normais, manifestando como prejuízo funcional. Este diagnóstico está relacionado a apoio social insuficiente, transtorno emocional, população de risco e morte da pessoa significativa (Nanda, 2018).

De acordo com o DSM-IV e o DSM-5, a mudança reside na exclusão da regra que afirmava que uma pessoa em luto não deveria ser diagnosticada com EDM. Embora tenha sido criticada, esta mudança apresenta a prerrogativa de mostrar que um paciente em luto pode estar vivenciando um quadro de depressão, podendo este estar em estágio avançado (APA, 2014).

Ainda, este optou por não criar um diagnóstico oficial para o luto complicado, inferindo a necessidade de estudos aprofundados, visando eleger critérios que possam determinar a existência do luto patológico. Foi então realizado a inserção de uma proposta diagnóstica intitulada “Transtorno do Luto Complexo Persistente” na seção denominada “Condições para estudos posteriores” (APA, 2014). Se for aprovada esta proposta, em uma próxima edição do manual terá um diagnóstico específico para o luto complicado, buscando assim construir uma linha clara que propõe separar luto saudável e luto patológico.

Desenvolvimento da DPL para o TPL

Quando reações esperadas diante de uma perda significativa se prolonga por aproximadamente doze meses ou seis meses, no caso de crianças, esse acontecimento passa a ser considerado sintomas de um luto complicado, assim, o critério adotado para descrever o desenvolvimento da DPL para o TPL é o intervalo específico de tempo (APA, 2014).

Isso faz considerar o transtorno prolongado do luto como uma possível consequência da incapacidade em recrutar regiões do cérebro necessárias para a resolução de demandas emocionais. Infere-se que a atividade reduzida da região pré-frontal explique a continuidade, por meses, de sintomas como memórias dolorosas persistentes da separação, a não aceitação da morte, preocupação com pensamentos sobre o estado atual da pessoa falecida e ruminação mental (Nanda, 2018).

A fenomenologia e sintomas da TPL são distintos daqueles encontrados em outros transtornos, este é uma variável independente a disfunção e intenso sofrimento, o autor refere ter pouquíssima resposta em tratamentos com antidepressivos. Assim sendo, o Transtorno de Luto Prolongado é diferente de outros transtornos psiquiátricos, visto que compõe um conjunto de sintomas muito específicos, com ausência da sobreposição a outros diagnósticos, como depressão maior, ansiedade generalizada ou ainda transtorno de stress pós-traumático (Rando, 2013). Complementando, é referido:

Identificou no grupo que apresentou Transtorno do Luto Prolongado alguns sinais identificadores dessa condição, como: ideação suicida, depressão, ansiedade, piores condições de qualidade de vida, maior frequência de hospitalizações, transtorno de sono, elevação da pressão arterial, aumento na frequência do uso de cigarro, diminuição considerável na qualidade dos comportamentos relacionados à vida diária, como produtividade, cuidados parentais, comportamento cuidador (Sarmiento et al., 2021, p. 36).

Desta forma, a preocupação em ter critérios para o correto diagnóstico de TPL fundamenta-se na necessidade de capacitar profissionais clínicos para identificar precocemente pessoas enlutadas que estejam em condição de risco, e assim ofertar um cuidado específico, individual e eficaz.

Humanização da assistência ao paciente com DPL

A depressão do luto prolongado pode ter consequências significativas para a saúde da pessoa afetada, podendo acometer adultos e crianças, assim, o profissional de enfermagem deve incentivar e valorizar a comunicação verbal e não verbal, procurando atuar com uma equipe capacitada, atendendo aos familiares com discrição e competência sob a luz da humanização, gerando confiança ao enfrentamento desse processo doloroso (Michel e Freitas, 2019).

De acordo com Freitas (2018, p. 55), a compreensão sobre o luto favorece a assistência:

Para compreender melhor os meios pelos quais o luto pode levar a distúrbios psiquiátricos e para iniciar programas de prevenção e tratamento, precisamos olhar mais de perto como as pessoas reagem ao luto, às circunstâncias que favorecem o aparecimento de problemas e as atitudes que podem ser tomadas, que podem interferir na situação, de maneira a reduzir a patologia e encorajar o crescimento psicológico.

Neste sentido, a humanização é um dos pilares da assistência em saúde, constituído como ferramenta do Sistema Único de Saúde (SUS), imprescindível por todos os profissionais de saúde. O cuidado de enfermagem deve estar pautado na humanização, visto que é a profissão que tem mais contato com o usuário e seus familiares (Chernicharo, Silva e Ferreira, 2014). Neste cenário, o cuidado de enfermagem na fase do luto fundamenta-se nos princípios da humanização em saúde, escuta ativa e com qualidade e, quando necessário solicita suporte interprofissional como forma de atender o indivíduo em sua integralidade.

No ano de 2003 foi constituído a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivo, apresenta ainda diretrizes como acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2013).

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade das instituições de ensino superior, preceptores e líderes da área da saúde e da enfermagem abordarem com maior aprofundamento sobre o luto, as características e os

sinais e sintomas de quando o luto está acarretando em um estado grave, desenvolvendo assim, mecanismos e estratégias para o profissional de enfermagem abordar de forma assertiva sentimentos e comportamentos favoráveis ao cuidado do paciente enlutado, mediante um atendimento holístico e humanizado podendo portanto, contribuir para a melhora do paciente (Paula et al., 2023).

Discussão

A literatura mostra que o processo da finitude está presente em todas as culturas, o morrer é o único evento certo de acontecer, porém, não é esperado perder um ente querido, a todo custo o ser humano busca reverter e evitar a morte (Delalibera, et al., 2017). Cada cultura reage de um modo, conforme crenças e saberes, normas e rituais específicos voltado para demonstrar respeito ao indivíduo em óbito, desta forma, em algumas culturas é realizado festa no momento do velório, em outras é realizado uma introspecção maior. Entretanto, a morte é uma preocupação de todas as culturas e a reação da perda de alguém é dolorida e pode ultrapassar as fases do luto, sendo assim um gatilho para a Depressão Pós Luto (DPL) (Nakajima, 2018).

Elizabeth Kübler-Ross (2013) foi a precursora em descrever comportamentos e reações emocionais exteriorizadas pela proximidade da morte, e que não dependem de aprendizado cultural. Assim, a primeira fase conhecida pela negação e isolamento, consiste na não aceitação da perda; a segunda fase é a raiva, emitida em forma de revolta e ressentimento; a terceira fase é a barganha, começa uma tentativa desesperada de negociação com as emoções ou com quem dirigir a culpa da perda, ainda, realizar promessas, pactos e similares são muito comuns e frequentemente ocorrem em segredo, a quarta fase é a depressão, nesta fase ocorre um sofrimento profundo, tristeza, medo e desesperança acompanhado de uma grande necessidade de introspecção, é o momento em que a perda é claramente sentida., a última fase ocorre a aceitação, é quando a pessoa não nega mais a sua realidade e, desta forma, se prontifica a enfrentar a situação, não significa ser uma fase feliz, esta é totalmente destituída de sentimentos, contudo é esperado o alcance da aceitação em paz e com dignidade (Kubler-Ross, 2013).

Desta forma, o luto é um misto de emoções que todas as pessoas irão sentir em determinado momento da vida, com tristeza, desânimo, angústia, arrependimento e choro, contrabalanceados com lembranças felizes e de contentamento, dura aproximadamente um ano. Contudo, o que separa o 'luto normal' do 'luto patológico' é o tempo, os prejuízos e sofrimento que pode causar na vida da pessoa afetada, devido ao grande impacto ocasionado na estrutura emocional (Faria e Figueiredo, 2017).

Em relação a aplicação do processo de cuidado, o Enfermeiro precisa estabelecer relação com o indivíduo devendo ser percebida como a essência das ações de cuidados de enfermagem, mediante intervenções estabelecidas por meio de modelos estruturados e caráter científico com evidências clínicas na prática profissional, de modo a aproximar seu discurso ao do indivíduo e contribuir para a melhora gradual do paciente (Maynart, et al., 2014).

Destaca-se como espaço de execução o processo da consulta de enfermagem em saúde mental, pois, proporciona sistematicamente o levantamento das necessidades de saúde, o histórico de saúde individual e histórico familiar, possibilitando a execução do processo de enfermagem. Esse relacionamento interpessoal emergido durante a consulta envolve características pessoais, sociais e culturais, consiste em observar, ouvir e compreender a comunicação verbal e não verbal (Chernicharo, Silva e Ferreira, 2014).

Portanto, é preciso o diálogo sobre este tema para que ele possa ser vivido de forma mais natural e humanizada possível, favorecendo assim uma visão holística e biopsicossocial quanto a morte e o processo de morrer, de modo a manter a essência de enfermeiro, os saberes do cuidado e da empatia.

A eficácia do sistema de saúde é, entre outros fatores, fortemente influenciada pela qualidade das relações humanas que se estabelecem entre profissionais e usuários durante o processo de tratamento. Os processos de "humanização" visam criar maior autonomia, ampliando a capacidade de usuários e trabalhadores de transformar a realidade em que vivem por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos de solidariedade e da participação coletiva na gestão da saúde (Ministério Da Saúde, 2020).

Desta forma, o cuidado de enfermagem é amplo e qualificado para atender diversas situações, visto que, o profissional Enfermeiro está preparado, mediante a habilidade em acolher o indivíduo através da consulta de enfermagem e implementar cuidados individualizado, e como suporte, encaminhar para o serviço mais adequado, conforme a necessidade de atendimento e densidade tecnológica, de modo a garantir a integralidade da assistência à saúde.

Considerações finais

Com esta pesquisa, foi possível discorrer sobre a importância do atendimento humanizado do profissional de enfermagem em pacientes diagnosticados com depressão pós-luto, quanto aos malefícios que o luto pode causar e agravos a saúde psicológica podendo gerar síndromes e doenças pertinentes, bem como evidenciou os cuidados de Enfermagem voltados ao enlutado através do cuidado individualizado, escuta ativa e fornecimento de uma comunicação verbal e não verbal para então compreender o paciente em luto. Considera-se que, é possível vivenciar este evento de forma saudável e menos traumática, mediante uma assistência qualificada e individualizada no processo da perda de um ente querido.

Este estudo apresenta como limitação o envolvimento de poucos artigos relacionados ao tema abordado bem como o período da pesquisa proposto. Contudo, ainda sim, foi possível o alcance dos objetivos proposto. Desta forma sugere-se a realização de novas pesquisas visando contribuir para a comunidade científica e para o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem no cuidado.

Referências

- American Psychiatric Association [APA]. 2014. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-5. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA]. 2014. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed
- Anton, M. C., & Favero, E. 2016. Morte repentina de genitores e luto infantil: uma revisão da literatura em periódicos científicos brasileiros. *Interação em Psicologia*, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 15(1), 101-110.
- Brasil, Ministério da Saúde. 2013. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. 2020. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: MS.
- Chernicharo, I. M., Silva, F. D., & Ferreira, M. A. 2014. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery*, 18(1), 156-62.
- De Luca, M. L., Tineri, M., Zaccarello, G., Grossi, G., Altomonte, A, S. E., Palummieri, A., & Greco, R. 2015. Adattamento e validazione del questionario “PG-13” Prolonged Grief nel contesto italiano. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 17(2), p. 1-9.
- Delalibera, M., Delalibera, T. A., Franco, M. H. P., Barbosa, A., & Leal, I. 2017. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, 19(1), p. 94-106.
- Faria, S. S., & Figueiredo, J. S. 2017. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, 15(1), 44-66.
- Gomes, L. B., & Gonçalves, J. R. 2015. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis, 49(2), p. 118-139.
- Kubler-Ross, E. 2013. *Sobre a morte e o morrer*. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, 14(13), 2013.
- Maynard, W. H. C., Albuquerque, M. C. S., Brêda, M. Z., Jorge, J. S. 2014. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*, 27(4), 300-3.
- Michel, L. H. F., & Freitas, J. L. 2019. A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP*, 30(1), 9f.
- Nakajima, S. 2018. Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B. Biological Sciences*, 1(1), 3-7.
- Paula, A. S., Khater, Alves, J. A., Kamino, C. R., & Morgado, R. C. 2023. Enfrentamento do profissional de Enfermagem em relação ao processo de morte e morrer dos pacientes: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(1), 5-14.
- Rando, T. 2013. *On achieving clarity regarding complicated grief: lessons from clinical practice*. In: M. Stroebe, H. Schut, & J. Van den Bout. (Eds.). *Complicated grief. scientific foundations for health care professionals*, 1(1), 40-54.
- Sarmiento, W. M., Araújo, P. C. B., Silva, B. N., & Silva, C. R. D. V. 2021. Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. *Enferm. foco*, 3(2), 33-39.

- Shear, M. K., Reynolds, C., Simon, N., Zisook, S., Yuanjia, W., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, b., & Skritskaya, N. 2016. Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 73(7), 685-694.
- Toledo, V. P., Motobu, S. N., & Garcia, A. P. R. F. 2015. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. *Rev Baiana Enferm*, 29(2), 172-9.
- Trevisano, R. G., Almeida, J. V., & Barreto, C. A. 2019. O olhar da enfermagem no processode luto. *Revista Saúde em Foco*, 19(1),

Como citar: Silva, S.P.R., Amorim, M.E., Teles, G.A.M., Guimarães, M.A.R., & Silva, L.G. 2023. Depressão pós-luto e o atendimento humanizado. *Pubsaúde*, 14, a470. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau14.a470>

Recebido: 7 jun. 2023

Revisado e aceito: 23 ago. 2023

Conflito de interesse: os autores declaram, em relação aos produtos e companhias descritos nesse artigo, não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse.

Licenciamento: Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4.0).