

CAPÍTULO 24

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps24.c24ed05>

EXPERIÊNCIA DE MEDICALIZAÇÃO DO LUTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EXPERIENCE OF MEDICALIZATION OF GRIEF IN PRIMARY HEALTH CARE

JÚLIA MARIA DE OLIVEIRA

Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

BÁRBARA DE ARAÚJO GONÇALVES

Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

GUILHERME VINÍCIUS CABRERA BORTOLOZO

Médico pela Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA). Médico residente em Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

MARIANA CANEVARI DE MAIO

Graduanda em Medicina na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

CRISTIANE DE MELO AGGIO

Enfermeira, Líder do Grupo de Pesquisa Integralidade, Educação e Saúde (INES) e Profa. Adj. Dra. da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

RESUMO

Objetivo: Discutir a medicalização do luto na Atenção Primária à Saúde brasileira, destacando o reconhecimento e manejo adequado do Transtorno do Luto Prolongado, seus impactos na saúde mental e as alternativas terapêuticas disponíveis. **Relato de Experiência:** Estudante de Medicina, estagiando em Unidade de Saúde da Família, atendeu mulher de 34 anos com sintomas respiratórios e histórico de uso prolongado de benzodiazepínicos e antidepressivos, iniciado após a morte da avó. A usuária, divorciada e mãe de três filhos, mostrou sinais do Transtorno do Luto Prolongado. **Discussão:** O caso destacou a complexidade do luto, especialmente em situações de perda de figuras centrais na vida do indivíduo. A dependência de psicotrópicos como estratégia disfuncional de enfrentamento do luto foi evidenciada, com consequências negativas como tolerância e síndrome de abstinência. A resistência à mudança e o comprometimento do julgamento agravam a condição, necessitando de uma abordagem terapêutica abrangente, que inclua psicoterapia, intervenções psicossociais e suporte físico e emocional. **Considerações Finais:** Revelou-se a importância do manejo do Transtorno do Luto Prolongado na Atenção Primária à Saúde, propondo alternativas como a terapia cognitivo comportamental, suporte social e práticas de mindfulness. A necessidade de ambientes acolhedores e profissionais capacitados para reconhecer e tratar o TLP foi mencionada, visando prevenir a cronificação dos sintomas e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Sugere-se a realização de pesquisas adicionais para avaliar a implementação dessas estratégias na prática da APS, abordando barreiras e facilitadores.

Palavras-chave: transtornos mentais; benzodiazepínicos; psicoterapia.

ABSTRACT

Objective: To discuss the medicalization of grief in Brazilian Primary Health Care, highlighting the recognition and appropriate management of Prolonged Grief Disorder, its impacts on mental health, and the available therapeutic alternatives. **Case Report:** A medical student, during an internship at a Family Health Unit, attended a 34-year-old woman presenting with respiratory symptoms and a history of prolonged use of benzodiazepines and antidepressants, initiated after the death of her grandmother. The patient, divorced and a mother of three, exhibited signs of Prolonged Grief Disorder. **Discussion:** The case highlighted the complexity of grief, especially in situations involving the loss of central figures in the individual's life. The dependence on psychotropic drugs as a dysfunctional coping strategy for grief was evident, with negative consequences such as tolerance and withdrawal syndrome. Resistance to change and impaired judgment aggravated the condition, requiring a comprehensive therapeutic approach that includes psychotherapy, psychosocial interventions, and physical and emotional support. **Conclusions:** The importance of managing Prolonged Grief Disorder in Primary Health Care was revealed, proposing alternatives such as cognitive behavioral therapy, social support, and mindfulness practices. The need for welcoming environments and trained professionals to recognize and treat Prolonged Grief Disorder was mentioned, aiming to prevent the chronification of symptoms and improve users' quality of life. Additional research is suggested to evaluate the implementation of these strategies in the practice of Primary Health Care, addressing barriers and facilitators.

Keywords: mental disorders; benzodiazepines; psychotherapy.

1 INTRODUÇÃO

O luto normal é um processo universal e complexo que ocorre após a perda de alguém significativo, caracterizado por uma ampla gama de emoções e reações individuais. Essa experiência adaptativa é singular e culturalmente influenciada, permitindo a elaboração da perda, a reestruturação da vida e a gradual integração da ausência na nova realidade (World Health Organization, 2019).

A medicalização do luto caracteriza-se pela interpretação do sofrimento associado ao luto e das suas reações emocionais como patologia que requer intervenção médica, particularmente a prescrição de psicotrópicos. A medicalização dos estados emocionais do luto normal, como a tristeza profunda e o isolamento social, considerados excessivos ou prolongados, desconsidera a importância do apoio psicossocial e impede que as pessoas em sofrimento vivenciem de forma saudável a elaboração da perda (Frances, 2013).

Estima-se que entre 2% e 10% da população enlutada sofra com o transtorno de luto prolongado (TLP), cuja prevalência varia entre diferentes contextos culturais e socioeconômicos (Stroebe *et al.*, 2024). A recente inclusão do TLP no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5-TR) e na classificação internacional das doenças (CID-11) tem impulsionado a identificação e o tratamento medicamentoso desse quadro em diversos países, incluindo a América Latina (American Psychiatric Association, 2022; World

Health Organization, 2019; Granek, 2016).

No Brasil, o aumento do uso de psicotrópicos para sintomas associados ao luto, como tristeza e insônia, sobretudo em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) e a falta de treinamento especializado, levanta preocupações sobre a adequação desse tratamento e seus potenciais efeitos adversos (Horwitz; Wakefield, 2007; Frances, 2013; Rodrigues; Lima, 2021; Olfson, *et al.*, 2014).

A distinção entre o luto normal e o luto complicado, caracterizado por sofrimento prolongado e incapacitante, é tênue e sujeito a interpretações divergentes pelos profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que é o primeiro serviços e saúde acessado para muitas pessoas em sofrimento pelo luto (Shear, 2015; Summerfield, 2006; Starfield, 1998).

A tendência crescente de medicalizar o luto na prática clínica levanta questões sobre a adequação desse manejo e o impacto a longo prazo na saúde mental dos pacientes (Olfson, *et al.*, 2014). Então, torna-se fundamental que os profissionais de saúde compreendam as nuances culturais do luto e considerem abordagens terapêuticas alternativas, menos medicalizadas, para auxiliar os indivíduos enlutados (Stroebe *et al.*, 2024).

Frente a isso, objetivou-se discutir a medicalização do luto a partir de uma experiência na APS brasileira, quanto ao reconhecimento do TLP, seus impactos na saúde mental da pessoa em sofrimento e as diversas alternativas de manejo.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tratou-se da vivência de estudante do último ano do curso de Medicina, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública, localizada no interior de São Paulo, que oferece cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, ancorados no currículo integrado, na competência profissional e nos princípios de metodologias ativas de aprendizagem.

Entre maio e julho de 2024, essa estudante estagiou em uma das 49 Unidades de Saúde da Família (USF), da Rede de Atenção à Saúde, de um município de grande porte, do IX Departamento Regional de Saúde (DRS) da Secretaria da Saúde de São Paulo, realizando atendimentos para usuários das demandas espontânea e eletiva, sob supervisão reativa indireta, ou seja, com médico supervisor imediatamente disponível, sendo todas as decisões definidas em conjunto.

Um dos casos atendidos pela estudante, em situação de demanda espontânea, envolveu uma mulher de 34 anos, divorciada, mãe de três filhos e empregada como auxiliar de serviços gerais em um supermercado. A usuária apresentou sintomas respiratórios, negou a existência

de comorbidades e relatou o uso contínuo de benzodiazepínicos e antidepressivos há dez anos, prescritos por uma médica generalista da USF.

Esses medicamentos foram indicados para tratar insônia e ansiedade, que se manifestaram após o falecimento de sua avó materna, que a criou desde a infância, após a privação de liberdade de seus pais. A dose de ambos os medicamentos foi aumentada após o divórcio da usuária, ocorrido há dois anos. Em situações estressoras, ela duplicava a dose do benzodiazepínico, sem orientação médica, para se acalmar e evitar comportamentos agressivos na presença de seus filhos e de outras pessoas com quem convivia.

No contexto da ausência de psicoterapia e de estratégias comportamentais para o enfrentamento do luto, ao ser questionada sobre a possibilidade de desmame dos medicamentos, a usuária exibiu alterações significativas em seu estado mental. Mostrou-se visivelmente agitada, com movimentos inquietos na cadeira e evitou o contato visual, adotando uma postura defensiva. Seu humor era marcadamente hipotímico, enquanto o afeto revelava-se ansioso, com sinais evidentes de tensão, incluindo alterações da psicomotricidade.

O pensamento era predominantemente preocupado, com ênfase nas dificuldades que acreditava enfrentar sem os medicamentos, resultando em uma negação rígida à ideia de sua interrupção. O *insight* da usuária parecia parcial, pois, embora reconhecesse o uso contínuo dos medicamentos como um problema, justificava-o como necessário frente às suas dificuldades emocionais, especialmente aquelas relacionadas à dinâmica familiar após o divórcio.

O julgamento estava comprometido, uma vez que, apesar de reconhecer os potenciais riscos do uso prolongado da medicação, a usuária minimizava esses perigos e resistia firmemente à sugestão de descontinuação. Essas reações indicam uma forte dependência emocional e psicológica em relação ao medicamento, utilizado como principal estratégia de enfrentamento.

Diante dessa alteração no comportamento da usuária, a estudante a prosseguiu com a anamnese, abordando outros aspectos. Entretanto, a usuária resgatou memórias relacionadas à falecida avó, ao longo da consulta. Durante o relato da história pregressa da doença atual, mencionou que, em busca de alívio para a odinofagia, havia preparado um chá de ervas que aprendera com a avó durante a infância. Nos antecedentes pessoais, relatou nunca ter sido tabagista, pois sua avó, avessa ao odor e ao vício em si, a desencorajou a adquirir tal hábito desde a adolescência. Na revisão de sistemas e aparelhos, destacou que sempre apresentou boa densidade capilar e unhas fortes, assim como sua avó. No exame físico, ao ser questionada sobre uma cicatriz extensa e hipocrômica na região tibial direita, explicou que, na infância, fraturou a tíbia ao tentar, contrariando a proibição da avó, andar na bicicleta sem rodinhas de seu irmão mais velho.

Ao término do atendimento, após orientar a usuária sobre o tratamento necessário para a infecção das vias aéreas superiores e esclarecer suas dúvidas, a estudante sugeriu a inclusão de acompanhamento psicológico no plano de cuidados, visando abordar aspectos do luto possivelmente reprimidos pela prescrição imediata de medicamentos.

A estudante também citou as evidências científicas que demonstram os benefícios da prática regular de atividade física no alívio de sintomas ansiosos, propondo-a como uma estratégia para reduzir a automedicação com psicotrópicos. Diante dessas propostas, o humor da usuária manteve-se predominantemente hipotímico, com afeto oscilando entre tristeza e frustração. O processo de pensamento da usuária mostrou-se coerente e lógico, evidenciando capacidade de reflexão crítica sobre sua situação.

Ela expressou consciência sobre a necessidade de buscar alternativas ao uso de medicamentos e profunda sensação de incapacidade para implementá-las, demonstrando compreensão da importância de enfrentar o luto sem depender exclusivamente de medicamentos e revelando insight adequado e julgamento parcialmente preservado.

Entretanto, a usuária apresentava pensamentos ruminativos de dúvida e medo de lidar com as dificuldades diárias sem o suporte farmacológico. Ela reconhecia os riscos da dependência medicamentosa e a necessidade de adotar outras estratégias, como psicoterapia e mudanças comportamentais, mas sentia-se paralisada pela percepção de incapacidade de seguir por esse caminho.

Em síntese, a usuária demonstrou uma luta interna entre a compreensão racional de sua condição e as emoções que a mantinham vinculada à medicação, refletindo um estado de ambivalência e insegurança diante da possibilidade de mudança.

3 DISCUSSÃO

A análise do caso atendido destaca a importância de compreender a experiência subjetiva do sofrimento, conforme sugerido por Kleinman (1988). A relação profunda entre a usuária e sua avó, figura central em sua vida, ilustra a complexidade e a singularidade do luto experimentado.

A perda de um vínculo significativo, especialmente na ausência de um sistema de apoio eficaz, pode desencadear um processo de luto complicado (Shear, 2015). A ausência da avó, que desempenhava um papel essencial na vida da usuária, resultou em uma ruptura significativa em sua rede de apoio emocional e moral, aumentando o risco de desenvolvimento de sintomas de luto patológico (Stroebe; Schut, 1999).

No adulto, o TLP corresponde à persistência, por pelo menos 12 meses, de um intenso

anseio ou preocupação constante com o falecido, além de uma dor emocional profunda e duradoura. A intensidade e duração dessas manifestações causam prejuízos significativos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida (American Psychiatric Association, 2022).

O caso relatado apresentou sinais e sintomas indicativos do TLP, como preocupação persistente, dependência de substâncias, afeto depressivo, ansiedade, resistência à mudança e comprometimento do julgamento. A escassez de contatos da usuária com familiares, comunidade ou pessoas e grupos significativos aumenta o risco de complicações emocionais (Prigerson *et al.*, 2009).

Essas manifestações do TLP sugerem que a usuária não conseguiu elaborar adequadamente o luto pela perda da avó, resultando em consequências significativas para sua saúde mental e qualidade de vida, como o risco elevado de cronificação dos sintomas depressivos e ansiosos, aumento da dependência de substâncias psicotrópicas, e prejuízos nas esferas social e ocupacional, que demandam uma intervenção terapêutica abrangente e interdisciplinar.

A dependência prolongada de benzodiazepínicos e antidepressivos, iniciada após a morte da avó e intensificada após o divórcio, indica uma estratégia disfuncional de enfrentamento do luto, com efeitos adversos conhecidos, como tolerância, dependência e síndrome de abstinência (Baldwin *et al.*, 2021).

Adicionalmente, o uso indiscriminado de doses elevadas sem supervisão médica, especialmente em situações estressoras, reflete um agravamento da condição mental e um risco elevado de complicações, incluindo depressão e ansiedade agravadas pela dependência química (Covid-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

O afeto depressivo e ansioso, associado a sinais de tensão psicomotora, denota uma incapacidade de processar emocionalmente a perda, exacerbando os sintomas de depressão e transtornos de ansiedade, que são comuns em casos de TLP (Prigerson *et al.*, 2009). Esses distúrbios impactam negativamente a capacidade da usuária de cuidar de seus filhos e manter um desempenho ocupacional adequado, como sugerido pela necessidade de automedicação para evitar comportamentos agressivos.

A resistência à mudança, evidenciada pela negação rígida à interrupção dos medicamentos e o comprometimento do julgamento, reforça a severidade do transtorno, uma vez que a usuária se mantém presa a uma solução temporária (medicação) em detrimento de abordagens mais eficazes, como a psicoterapia e as mudanças comportamentais (Bryant, 2012). Tal resistência pode resultar em isolamento social, dificuldades no ambiente de trabalho e uma

deterioração geral da qualidade de vida.

Por fim, a incapacidade de implementar mudanças e o estado de ambivalência refletem uma paralisia psicológica, que impede a usuária de buscar alternativas mais saudáveis para o enfrentamento do luto. Essa situação pode levar ao agravamento do quadro clínico e ao desenvolvimento de outros transtornos mentais comórbidos, como o transtorno depressivo maior (Simon, 2021).

O TLP exige uma abordagem terapêutica abrangente, que inclui intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas e estratégias complementares, buscando-se a elaboração do luto, o manejo da ansiedade e a redução da dependência medicamentosa. A medicalização precoce do TLP é recomendada quando as intervenções psicossociais não são suficientes e o luto se torna patológico, apresentando sintomas graves e persistentes (Prigerson *et al.*, 1997; Zisook; Shear, 2009).

A combinação de farmacoterapia com psicoterapia pode ser particularmente eficaz em pacientes com TLP (Szuhany *et al.*, 2021). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) específica para luto é uma das intervenções mais recomendadas para o tratamento do TLP. Essa abordagem auxilia os indivíduos a processar a perda, modificar pensamentos disfuncionais e desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis (Shear, 2015). Intervenções como a Terapia de Exposição Prolongada e a Terapia de Resolução de Luto são eficazes na redução dos sintomas do TLP, promovendo uma aceitação gradual da perda (Bryant, 2012).

Programas de suporte social e grupos de apoio ao luto fornecem um espaço seguro para a expressão de emoções e o compartilhamento de experiências, ajudando a reduzir a sensação de isolamento e a promover a resiliência (Lundorff *et al.*, 2017). A integração dessas redes de apoio no plano de cuidado pode contribuir significativamente para a melhoria do bem-estar geral da usuária.

A prática regular de exercícios físicos está associada à redução dos sintomas depressivos e ansiosos, sendo recomendada como parte de um plano de tratamento abrangente para o TLP (Schuch *et al.*, 2018). Exercícios aeróbicos, em particular, podem melhorar o humor e a qualidade do sono, além de aumentar a resiliência emocional (Mammen; Faulkner, 2013).

Técnicas de *mindfulness* e relaxamento, como a meditação e a respiração profunda, são úteis para diminuir a ansiedade e melhorar a regulação emocional em pacientes com TLP (Shapiro *et al.*, 2006). Essas estratégias aumentam a conscientização do presente e reduzem a ruminação sobre a perda.

A educação sobre os riscos da automedicação e a importância do tratamento supervisionado são cruciais para reduzir a dependência de medicamentos psicotrópicos. A

usuária deve ser informada sobre os efeitos adversos de longo prazo da dependência de benzodiazepínicos e incentivada a adotar práticas de enfrentamento mais saudáveis (Ashton, 2005).

É essencial que a APS ofereça ambientes acolhedores e profissionais de saúde competentes em escuta ativa para reconhecer e acolher as manifestações indicativas de TLP e proporcionando suporte emocional e intervenções baseadas em evidências, adaptadas às necessidades individuais dos usuários (Prigerson *et al.*, 2009; Shear, 2015).

A integração de cuidados primários com serviços de saúde mental especializados facilita o acompanhamento contínuo e a coordenação das intervenções necessárias para o tratamento do TLP. A participação de uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, proporciona uma abordagem mais holística e personalizada ao tratamento (Wetherell *et al.*, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência atingiu seu objetivo ao discutir a medicalização do luto na APS brasileira, evidenciando a importância do reconhecimento e manejo adequado do TLP. A análise do caso demonstrou os impactos significativos do TLP na saúde mental da usuária, incluindo a dependência de substâncias psicotrópicas, o afeto depressivo e ansioso, e a resistência à mudança, ressaltando a necessidade de uma abordagem terapêutica interdisciplinar.

As alternativas de manejo propostas, como a psicoterapia cognitivo-comportamental, intervenções psicossociais, suporte social, e a integração de práticas de mindfulness e exercícios físicos, foram abordadas de maneira consistente com a literatura científica, oferecendo um quadro abrangente de estratégias para o enfrentamento do TLP. O relato também destacou a necessidade de ambientes acolhedores e profissionais de saúde capacitados na APS para reconhecer e tratar o TLP de forma precoce e eficaz, prevenindo a cronificação dos sintomas e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Sugere-se novas pesquisas sobre a implementação dessas estratégias na prática cotidiana da APS, considerando as possíveis barreiras e facilitadores nesse contexto. A inclusão de perspectivas dos profissionais envolvidos e da própria usuária sobre o impacto das intervenções propostas também enriqueceria a discussão, oferecendo uma visão mais completa dos desafios e sucessos no manejo do TLP na APS brasileira.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2022.

ASHTON, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 249-255, 2005. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000165594.60434.84>. Accessed on: August 14, 2024.

BALDWIN, D. S. *et al.* Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. **Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)**, v. 27, n. 11, p. 967-971, 2013. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269881113503509>. Accessed on: August 14, 2024.

BRYANT, R. A. Grief as a psychiatric disorder. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 201, n. 1, p. 9–10, 2012. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.102889>. Accessed on: August 14, 2024.

COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, v. 398, n. 10312, p. 1700–1712, 2021. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7). Accessed on: August 14, 2024.

FRANCES, A. **Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life**. New York: William Morrow, 2013.

GRANEK, L. Medicalizing grief. *In*: HARRIS, D. L.; BORDERE, T. C. **Handbook of social justice in loss and grief: exploring diversity, equity, and inclusion**. New York: Routledge, 2016. p. 111–124.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder**. New York: Oxford University Press, 2007.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition**. London: Hachette UK, 2020. 336 p.

LUNDORFF, M. *et al.* Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 212, p. 138–149, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>. Accessed on: August 14, 2024.

MAMMEN, G.; FAULKNER, G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 45, n. 5, p. 649–657, 2013. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>. Accessed on: August 14, 2024.

OLFSON, M. *et al.* National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. **JAMA Psychiatry**, v. 71, n. 1, p. 81–90, 2014. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3074>. Accessed on: August 14, 2024.

PRIGERSON, H. G. *et al.* Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. **The American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 5, p. 616–623, 1997. Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>. Accessed on: August 14, 2024.

PRIGERSON, H. G. *et al.* **Prolonged grief disorder**: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, v. 6, n. 8, e1000121, 2009. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>. Accessed on: August 14, 2024.

RODRIGUES, C. S.; LIMA, M. S. Uso de antidepressivos e ansiolíticos no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 417-423, 2021.

SCHUCH, F. B. *et al.* Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. **The American Journal of Psychiatry**, v. 175, n. 7, p. 631–648, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>. Accessed on: August 14, 2024.

SHAPIRO, S. L. *et al.* Mechanisms of mindfulness. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 3, p. 373–386, 2006. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>. Accessed on: August 14, 2024.

SHEAR, M. K. Clinical practice: complicated grief. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, p. 153-160, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>. Accessed on: August 14, 2024.

SIMON, N. M. Treating complicated grief. **JAMA**, v. 310, n. 4, p. 416–423, 2013. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>. Accessed on: August 14, 2024. STARFIELD, B. **The Primary Care Physician and the Medical Home**. *Journal of General Internal Medicine*, v. 26, n. 10, p. 1184-1189, 2011.

STROEBE, M. S.; *et al.* On the classification and reporting of prolonged grief: assessment and research guidelines. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 15-32, 2024. Available from: <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000389>. Accessed on: August 14, 2024.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197–224, 1999. Available from: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>. Accessed on: August 14, 2024.

SUMMERFIELD, D. **Depression**: epidemic or pseudo-epidemic? *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 99, n. 3, p. 161-162, 2006.

SZUHANY, K. L.; *et al.* Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. **Focus (American Psychiatric Publishing)**, v. 19, n. 2, p. 161-172, 2021. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>. Accessed on: August 14, 2024.

WETHERELL, J. L. *et al.* Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. **The Psychiatric Clinics of North America**, v. 28, n. 4, p. 871-ix, 2005. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.09.006>. Accessed on: August 14, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics** (11th revision): ICD-11. Geneva: World Health Organization, 2019.

ZISOOK, S.; SHEAR, K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. **World**

Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), v. 8, n. 2, p. 67-74, 2009. Available from: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>. Accessed on: August 14, 2024.