

# POR UMA AGENDA PÚBLICA E POLÍTICA DE SUPORTE AO LUTO NO BRASIL

*For a public and political agenda of bereavement support in Brazil*

Ivânia Jann Luna<sup>1</sup>

Artigo encaminhado: 31/10/2025  
Artigo aceito para publicação: 28/11/2025

## RESUMO

O presente artigo apresenta um panorama exploratório sobre os desafios de uma agenda de suporte ao luto no cenário brasileiro. Consultaram-se referências teóricas sobre o suporte ao luto e suas características e diretrizes específicas no âmbito internacional. O suporte ao luto é visto sob a lógica preventivista e sob o modelo da saúde pública. No Brasil, pode-se delimitar cinco desafios para uma agenda de suporte ao luto: Ambientes favoráveis à vida e ao luto; Ações comunitárias em torno do direito ao luto público; Leis, políticas e diretrizes de suporte ao luto; Cuidado integral à pessoa em luto nas redes de saúde; Habilidades para viver a vida com a educação para o luto.

**Palavras-chave:** Luto; Integralidade; Promoção da saúde; Políticas públicas

## ABSTRACT

This article presents an exploratory overview of the challenges of a bereavement support agenda in the Brazilian context. Theoretical references on bereavement support and its specific characteristics and guidelines at the international levels were consulted. Bereavement support is viewed through a preventative lens and the public health model. In Brazil, five challenges for a bereavement support agenda can be identified: Environments conducive to life and bereavement; Community actions surrounding the right to public mourning; Laws, policies, and guidelines for bereavement support; Comprehensive care for bereaved individuals within health networks; Skills for living life through bereavement education.

**Keywords:** Bereavement; Comprehensiveness; Health promotion; Public policies

## 1 INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Doutora em Psicologia. Docente na Universidade Federal de Santa Catarina.  
Email: ivaniajannluna@gmail.com

O luto é um evento complexo e histórico-relacional e que se entrelaça às práticas sociais e de saúde em torno do cuidado à vida e dos processos de morte e morrer, bem como ao cuidado da dor daqueles que ficam. Nas sociedades ocidentais, descritas por Han (2021) como secularizadas, paliativas e medicalizadas, o processo social de viver e expressar o pesar é permeado pelo estudo e intervenções sobre a problemática psíquica do enlutamento.

Essa perspectiva se ampara na cultura individualista da sociedade ocidental, que tornou hegemônica a individualização do sofrimento e a modalidade do luto privado nos séculos XIX e XX (WALTER, 2007). Para tanto, nas regras sociais para alguém se enlutar está cada vez mais presente à procura por profissionais que ofereçam discursos e práticas preventivas sobre o sofrimento no luto.

No contexto internacional, vários países passam a desenvolver estudos nacionais que focalizam tanto as necessidades de apoio das pessoas em luto quanto a construção de uma agenda de prioridades para o suporte ao luto. No território nacional, o tema emergente, sobretudo, quando se pensa as interfaces de uma agenda de suporte ao luto com a promoção da saúde e seus desafios ético-políticos (LUNA; SCHULER, 2023). O presente artigo é um estudo teórico e exploratório sobre os desafios de uma agenda de suporte ao luto no cenário brasileiro.

Em termos metodológicos, consultaram-se, inicialmente, referências sobre o suporte ao luto e as características das intervenções, bem como, as diretrizes para intervenções no luto construídas no cenário internacional. Posteriormente, levantaram-se os princípios da promoção da saúde a fim de articular cinco desafios de uma agenda de suporte ao luto no Brasil. Na sequência, apresentam-se três tópicos teóricos. a) Suporte ao luto: características das intervenções profissionais; b) Diretrizes para intervenções no luto; c) Desafios de uma agenda de suporte ao luto no Brasil.

### **1.1 Suporte ao luto: características das intervenções**

Neste tópico discorre-se, do ponto de vista temporal, sobre o suporte ao luto e algumas características das intervenções profissionais desenvolvidas no norte global, a partir da segunda metade do século XX.

Para os psiquiatras europeus, como Lindemann (1944), Bowlby (1961) e Parkes (1988), a preocupação da clínica psiquiátrica com enlutados é a disfuncionalidade do sofrimento descrito como luto inibido ou luto crônico. À época, Lindemann recomendava a psicoterapia breve de oito a dez sessões diante do luto inibido e Bowlby e Parkes indicavam a psicoterapia para pessoas com luto crônico, com base na teoria do apego.

Ao final da década de 1970, tanto no continente europeu quanto norte-americano, a clínica psiquiátrica e psicológica com enlutados se volta para a intervenção sobre a experiência do morrer e a prevenção primária de reações disfuncionais do luto antecipatório da diáde paciente-cuidador/família, desde o diagnóstico, durante todo o período de tratamento de saúde e após a morte do ente querido. Por exemplo, a psiquiatra suíça Kübler-Ross (1969) desenvolve em hospitais norte-americanos a psicoprofilaxia do luto antecipatório<sup>2</sup>.

No referido período, também se destaca o trabalho da assistente social, enfermeira e médica inglesa Cicely Saunders, do *Hospice Saint Christophers*, a partir do conceito de dor total. Esta autora propõe intervenções médicas e psicossociais na globalidade e singularidade da vivência do morrer e do luto do paciente e sua família. Neste contexto, os grupos de apoio aos enlutados da *Cruse Bereavement*, em Londres, bem como as terapias individuais na vertente aconselhamento psicológico ao luto são indicados para os enlutados com moderado risco para um sofrimento disfuncional no luto (WORDEN, 2013).

No final do século XX, surgem os programas de cuidados paliativos em vários países europeus e do continente norte americano, cujas intervenções profissionais devem observar a ética, a autonomia e a dignidade do paciente. O enlutamento da família, neste contexto, é visto a partir de fatores que sinalizam de intervenções precoces de apoio psicológico para os familiares

---

<sup>2</sup> Esta intervenção é pautada em conversas empáticas para a integração saudável das vivências do luto, sobretudo, mediadas pela observação das reações de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação do paciente- cuidador/família.

com risco<sup>3</sup> de desenvolver reações de trauma emocional, estresse pós-traumático e luto prolongado.

No início do século XXI, o destaque são intervenções preventivas secundárias e terciárias, sobretudo, aquelas desenvolvidas em contextos de desastres naturais, acidentes aéreos, conflitos armados nos países da América central e o ataque terrorista ocorrido a várias cidades norte-americanas em 11 de setembro de 2001. A temática tanto do luto traumático quanto do luto prolongado passa ser referências para a clínica psiquiátrica e psicológica com enlutados, tanto no contexto hospitalar quanto ambulatorial<sup>4</sup>.

Neste mesmo período, uma categoria diagnóstica para o luto disfuncional, denominada de transtorno do luto prolongado (TLP), é proposta pela *American Psychiatric Association* com a publicação do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – Fifty* (APA, 2013) e do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – Fifty – TR* (APA, 2022). No primeiro manual, o TLP é colocado como condição de pesquisa a fim de diferenciá-lo dos transtornos do estresse. Já no segundo, o TLP é inserido como transtorno mental<sup>5</sup>.

Em 2022, foi publicada a 11º Classificação Internacional de Doenças (ICID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), e se encontram definidos vários critérios para realizar o diagnóstico do TLP. As duas classificações atuais, o DSM-5 -TR e o CID-11, têm critérios diagnósticos próximos, como: O luto como reação exclusiva à morte de um ente querido; Aspectos temporais; Intensidade das reações agudas; Cronicidade; Predição de morbidade.

A partir da metade do século XX e início do século XXI, o tema do suporte ao luto é caracterizado por intervenções profissionais preventivas -

<sup>3</sup>Por exemplo, ser do sexo feminino, ser uma pessoa idosa, ter baixo nível socioeconómico, ter uma história de transtorno de humor (bipolaridade ou transtorno depressivo maior), ter tido experiências adversas na infância; ter tido depressão logo após a perda, a perda ter sido repentina (suicídio, homicídio, acidentes) ou ser cuidador.

<sup>4</sup>Deste modo, dados epidemiológicos sobre as reações luto prolongado são divulgados e que indicam que a sua prevalência na população de forma geral é de 10 a 20% (PRIGERSON; VANDERWERKER; MACIEJEWSKI, 2008). Em Portugal, 22,5% dos participantes cumpriam os critérios do luto prolongado e no Brasil, 10,43% (DELALIBERA, 2017).

<sup>5</sup>Nos dois manuais, a condição de luto também foi retirada dos critérios de exclusão para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM), permitindo que os profissionais de saúde considerem um luto como sendo complicado pela depressão já no primeiro mês da perda (desde que a pessoa atenda aos critérios do TDM).

secundária e terciária - de sofrimentos disfuncionais e que devem minimizar o risco para o desenvolvimento do transtorno do luto prolongado. Contudo, há uma crítica à visão preventivista do suporte ao luto focada no risco da psicopatologização do sofrimento, sobretudo, em relação aos seus efeitos. Por exemplo, o enlutado ter que lidar com a noção de que seu sofrimento é uma doença; os profissionais se dessensibilizarem e as redes sociais de apoio informal quanto à possível ajuda diante de eventos naturais do ciclo de vida; e as pessoas podem minimizar a importância dos seus recursos pessoais e culturais para lidar com o luto (RUBIN; MALKINSON; WITZTUM, 2008; WALTER, 2007).

Mediante esta crítica, em alguns países do norte global, vem ocorrendo o aumento da conscientização pública sobre a morte e uma nova abertura para o luto público com rituais coletivos de enfrentamento da morte. Ademais, têm sido propostas diretrizes para o suporte ao luto com base no modelo da saúde pública, cujas preocupações continuam sendo as intervenções preventivas ao risco do TLP e que se somam às complexidades da integralidade do cuidado ao luto, como: a educação e apoio comunitário ao enlutado e o aconselhamento psicológico ao luto normal. Esta temática é discutida na sequência.

## **1.2 Diretrizes para intervenções no luto**

O Instituto Nacional de Excelência Clínica no Reino Unido<sup>6</sup> (NICE) propõe diretrizes fundamentadas no modelo de saúde pública para intervenções preventivas ao risco do TLP. Em alguns países, por exemplo, a República de Portugal, instituiu em 23 de abril de 2019 a “Norma Técnica nº 003” (2019), que define o modelo de intervenção diferenciada no risco de luto prolongado em adultos a ser implantado no Sistema Nacional de Saúde.

Esta norma trata dos três níveis de prevenção do risco de TLP para adultos enlutados, por meio de apoio básico, triagem ou apoio qualificado e complexo, seja de forma individual e/ou grupal. Estes tipos de apoio devem ser realizados por profissionais de saúde e da assistência social ou ainda por voluntários com formação qualificada no luto. Somente as intervenções

---

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.nice.org.uk/>.

complexas devem ser conduzidas apenas por profissionais de saúde com formação avançada em luto prolongado.

Na Irlanda, é proposta pelo *Irish Hospice Foundation* diretrizes a partir de uma estrutura de pirâmide de cuidados de luto, com quatro níveis (MÜLLER, 2024). No primeiro nível, que é comunitário, destaca-se a alfabetização sobre o luto, entendida como uma educação pública que deve capacitar indivíduos, comunidades e tomadores de decisão a aumentar a compreensão do público sobre o luto e as necessidades de suporte de pessoas enlutadas. No segundo nível, o suporte é geral e visa favorecer o luto normal pela conscientização da importância do acesso a informações e suporte adequado, por exemplo, disponível em redes familiares, sociais e de assistência.

No terceiro nível, o apoio ao luto visa a prevenção do risco de TLP e o foco está numa série de fatores de risco identificáveis e que contribuem para o fato de que algumas pessoas enlutadas precisam de apoio organizado adicional, por exemplo, na forma de grupos liderados por pares e psicoeducação em ambientes comunitários. E, no quarto nível, encontra-se o suporte terapêutico para as reações complicadas de luto e para o TLP, considerando que proporções menores de pessoas enlutadas tem estressores adicionais.

Há críticas em relação às diretrizes da NICE e da pirâmide do *Irish Hospice Foundation*. Elas apontam que os serviços de saúde podem se comprometer com estratégias profissionais que se concentram na pequena proporção de pessoas com TLP. Também as pessoas passam a ser vistas como passivas, pois o foco está nas limitações funcionais dos enlutados com o objetivo de ofertar cuidados específicos por um profissional de saúde considerado especialista no luto, de modo que o saber comunitário sobre o luto passa a ser desvalorizado (RUBIN, 2008).

Visando combater o foco exclusivo das intervenções com enlutados que apresentam o TLP, bem como, colmatar a lacuna entre intervenções e estratégias propostas por especialistas e os apoios comunitários ao luto, encontram-se discussões sobre diretrizes de suporte denominadas de cuidados transitórios ao luto. Esta visão propõe que os cuidados aos enlutados devem ser contínuos após a morte do ente querido, seja pelo envolvimento das

comunidades aos quais eles pertencem, como a igreja, os ambientes de trabalho e a escola, bem como, deveria envolver também os apoios institucionais, com pessoal dedicado a aplicar cuidados baseados em evidências e adaptados ao nível de necessidade do indivíduo (LICHTENTHAL et al., 2024).

É nesta direção que os autores espanhóis, García-García et al. (2001), destacam diretrizes comprometidas com a atenção básica, sendo esta denominada de “*Cuidados primarios de duelo: el nivel primario de atención al doliente*”<sup>7</sup>. Suas principais características são: a) integralidade (biológica, psicológica, social e espiritual); b) acessibilidade (próximo aos enlutados e implantado na comunidade); c) coordenação (resolutividade dos problemas ou os encaminha para outros níveis de cuidado, permanecendo como referência); d) longitudinal no tempo (disponível antes da morte do ente querido, durante, depois e muito tempo depois); e e) essencial (baseada em técnicas psicoemocionais básicas, principalmente aconselhamento psicológico<sup>8</sup>).

As diretrizes para intervenções no luto de alguns países (Portugal, Irlanda e Espanha) destacam a importância do modelo da saúde pública e coletiva para se pensar níveis de complexidade das intervenções no luto. Por outro lado, supervalorizam as competências técnicas e profissionais para prevenir o risco de TLP. Por sua vez, é importante discutir quais são os desafios de uma agenda de suporte ao luto que esteja baseada numa perspectiva de suporte e promoção da vida e os desafios ético-políticos do cuidado ao luto. No próximo tópico, esta temática será desenvolvida.

### **1.3 Desafios de uma agenda de suporte ao luto no brasil**

Apresentam-se cinco desafios de uma agenda pública de suporte ao luto e que são inspirados nos princípios de promoção da saúde, segundo a

---

<sup>7</sup>Título foi traduzido para a língua portuguesa como “Cuidados Primários e Integrais ao Luto na Atenção Básica”

<sup>8</sup> Para realizar a intervenção no luto na atenção básica, os autores recomendam que psicólogos ou pessoas treinadas realizem aconselhamento psicológico. Neste tipo de atendimento, há a oferta de espaço para expressão do pesar, sobretudo, para familiares de doentes graves em cuidado paliativo domiciliar ou ainda quando a pessoa em luto vem à consulta na unidade básica de saúde. Busca-se validar o sofrimento, informando acerca das reações esperadas em um processo de luto, bem como as estratégias para adaptações psicossociais necessárias e inevitáveis nos primeiros meses após a perda. O aconselhamento no luto também pode significar a filtragem e detecção precoce de luto prolongado.

carta de Otawa<sup>9</sup> (BUSS, 2003): Destacam-se os seguintes desafios: Ambientes favoráveis à vida e ao luto; Ações comunitárias em torno do direito ao luto público; Leis, políticas e diretrizes de suporte ao luto; Cuidado integral à pessoa em luto nas redes de saúde; e Habilidades para viver a vida com a educação para o luto.

### **1.3.1 Ambientes favoráveis à vida e ao luto**

Este desafio compreende os ambientes favoráveis à vida e ao luto como aqueles relacionados ao fortalecimento das redes sociais de apoio dos enlutados, com a oferta de diferentes tipos de suporte social diante de uma situação de perda<sup>10</sup>. Ademais, deve-se fortalecer os atributos da rede social da pessoa em luto, tanto no que se refere à sua função de apoio predominante quanto à variabilidade dos tipos de suporte social e aumento de frequência de contatos das pessoas da rede com os enlutados.

Esta questão é importante porque o processo de partilha e recebimento de apoio no luto muda ao longo do primeiro ano de luto. Primeiramente, está centrado nas trocas familiares e relações de amizade, sobretudo, os tipos de suporte que geram apoio emocional aos sentimentos de perda. A partir dos três meses de perda, esse processo tende a se deslocar para a rede de profissionais e para colegas de trabalho e/ou estudos que imprimem um caráter mais produtivo ao suporte social, pois estão direcionados a apoiar as demandas relacionadas à organização das pendências da perda, os cuidados com a saúde e a volta ao trabalho, encorajando os participantes na reorganização de sua vida e retomada do cotidiano (LUNA; MORÉ, 2017).

Os ambientes favoráveis à vida e ao luto também podem ocorrer por meio de lideranças religiosas ou lideranças comunitárias de forma geral. Por exemplo, o trabalho das favelas compassivas com pessoas em cuidados

<sup>9</sup> Neste tópico não se apresentará o que compõe cada um deles, apenas citá-los: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

<sup>10</sup>Por exemplo: - Oferecer suporte instrumental (ajuda em tarefas específicas ou apoio físico quando necessário, como alimentação, abrigo, transporte e ajuda financeira); - Oferecer suporte emocional (envolve expressões de carinho, com paixão, construção de confiança e reciprocidade); - Oferecer suporte informativo (ajuda logística sobre os serviços disponíveis após a morte, bem como conselhos, dados e informações oferecidos durante um período difícil ou estressante); e - Oferecer suporte validacional (é um meio mais passivo de autoavaliação, aplicado no contato entre pares, utilizando afirmação, feedback e igualdade social).

paliativos na cidade do Rio de Janeiro sob a coordenação de Alexandre Coimbra. Essa abordagem é baseada em três fatores: consciencialização social, capacitação e implementação de redes de cuidado. O apoio às pessoas que sofrem é uma responsabilidade de todos.

### **1.3.2 Ações comunitárias em torno do direito ao luto público**

O desafio das ações comunitárias em torno do direito ao luto público compreende o reconhecimento das desigualdades nas situações de morte e lutos públicos. Considera-se que a pessoa em luto cuja vida do ente querido não é passível de luto<sup>11</sup> está lidando também com a privação de direitos humanos, de cidadania devido a violência de estado, tragédias-crime e perdas coletivas, como durante o enfrentamento da pandemia da Covid-19, deflagrada em março de 2020, apontada no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus no Brasil (BRASIL, 2020)<sup>12</sup>.

Essas situações trazem a necessidade de incluir o reconhecimento comunitário das expressões de luto público e coletivo, e de integrar ações coletivas e intersetoriais visando a justiça social por setores como segurança pública, justiça, saúde pública, defesa civil, educação, além de lideranças religiosas e comunitárias. Esses aspectos podem ser representados nos movimentos sociais e comunitários brasileiros, reconhecidos nacionalmente e internacionalmente, e que transformam o luto em luta<sup>13</sup>.

### **1.3.3 Leis, políticas e diretrizes de suporte ao luto**

Este desafio se refere criação e melhoramento de leis e políticas que tangenciam o tema da perda e do luto e que já foram aprovadas no território

---

<sup>11</sup>A condição de enlutável de alguém envolve o direito ao luto público dos familiares e amigos enlutados, ou seja, de se lamentar e reivindicar publicamente formas de amparo à sua dor e ao cuidado e defesa da vida. Esta questão é discutida pela filósofa Judith Butler (2015), no livro “Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?”.

<sup>12</sup>Por sua vez, o reforço comunitário foi fundamental para os enlutados da Covid-19 - pessoas que viveram os efeitos da pandemia, profissionais de saúde da linha de frente do combate da Covid-19 (em especial a enfermagem), e outras populações (como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais enlutados pela Covid-19, sobreviventes do suicídio e pessoas idosas). Foram constituídas redes e grupos de trabalho formados por associações profissionais e educacionais para atendimento ao luto (LUNA, 2020).

<sup>13</sup>Destaco alguns exemplos: Associação de vítimas e familiares de vítimas da Covid-19 (Avico-Brasil); A Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria; Movimento de atingidos por barragens (ALVES, 2015); Luta e resistência das mães frente a violência policial (CALADO, 2020; ARAÚJO; SOUZA; SILVA, 2022); Comissão de Anistia do Ministério da Justiça, vinculado à política de reparação do Estado diante dos crimes de violência institucional cometidos durante o período ditatorial.

nacional, como: a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2019); a Política integral de cuidado paliativo (BRASIL, 2024); e a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental (BRASIL, 2022).

No texto da política de prevenção de violências autoprovocadas (Lei 13.819), os temas da assistência, cuidados e à atenção voltada aos enlutados por suicídio são tratados de forma genérica. A referida lei não sugere de forma direta nenhum programa e/ou serviço no âmbito do SUS que possa ser implementado ou aperfeiçoado no tocante à posvenção<sup>14</sup>.

Já a política integral de cuidado paliativo (Lei nº 2.460), discorre sobre as diretrizes sobre os cuidados e tratamento de pacientes que enfrentam a fase final da vida com abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais do paciente e seus familiares, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. Contudo, esta política não descreve diretrizes específicas de cuidado e suporte ao enlutado, e não se encontram referências específicas para reconhecer as desigualdades na vivência dos cuidados paliativos a partir dos marcadores interseccionais.

Já a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental (Lei 1640) destinada às mães, pais e familiares no momento do luto por perda gestacional, óbito fetal e neonatal há mais referências para o suporte ao luto, como ofertar cuidados em saúde diferenciados na internação para mães de natimorto e óbito fetal, daquelas concedidas a mulheres de recém-nascidos, seja em unidades de saúde credenciadas do Sistema Único de Saúde ou da rede privada.

É necessário avançar nestas políticas quanto à criação de diretrizes de apoio aos enlutados, pois elas tratam de situações de perdas distintas e de enlutados com necessidades de apoio distintas.

## 2 CUIDADO INTEGRAL À PESSOA EM LUTO NAS REDES DE SAÚDE

<sup>14</sup>Para este tipo de perda, Dantas, Bredemeier e Amorim (2022) recomendam atendimento individual/coletivo, grupos de apoio a sobreviventes enlutados. Outras ações sugeridas pelos autores são a elaboração cartilhas sobre posvenção do suicídio, linha telefônica e-chat de cobertura nacional gratuita, orientações sobre questões sociais e legais relacionadas a direitos decorrentes da morte por suicídio, psicoterapia para luto e trabalho educativo com a temática do luto por suicídio e a visita domiciliar por profissional/equipe de saúde.

O cuidado integral à pessoa em luto significa ofertar suporte ao luto no desenho das redes de saúde (RAS)<sup>15</sup> e dispositivos de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). A atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) incorpora a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), objetivando o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. Exemplos incluem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, entre outras.

No estudo de Silva et al. (2005) o suporte ao enlutado é dado por enfermeiros de oito unidades básicas de saúde da ESF do município de Sobral no estado do Ceará. Porém, em nenhuma delas havia protocolos para atuar com as famílias enlutadas. Esse tipo de atendimento era apenas uma questão de humanismo e solidariedade de alguns profissionais de enfermagem para com as famílias da comunidade.

O trabalho de Gonzaga (2019) também aborda pouco apoio ao luto oferecido por parte dos profissionais de saúde da ESF. Outro estudo propõe a consulta coletiva de acolhimento ao luto na atenção primária (HOLTZ, 2018). Já o estudo de Sanches et al. (2020) destaca o papel do profissional da atenção básica no Brasil em relação ao suporte ao luto no contexto de pandemia da Covid-19<sup>16</sup>.

Por meio da territorialização da atenção aos enlutados na ESF, foi criado o Centro de Referência Técnicas em Luto na cidade de Natal, de acordo com a lei nº 6.955 (NATAL, 2019). Na cidade de Teresina (estado do Piauí) também foi criado, em 2023, em parceira com o Hospital Sírio-Libanês, o Centro de Referência para o atendimento ao luto do Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo<sup>17</sup>. Na cidade de São Paulo (São Paulo) foi implantado o projeto de extensão “Programa de Acolhimento ao Luto (PROALU)”, do Departamento de

---

<sup>15</sup>As portarias de Consolidação são de nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as RAS, e a Portaria nº 4.279, de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a sua organização e cuidado.

<sup>16</sup>O apoio ao luto deve ser conjunto com parcerias dentro e fora da unidade de saúde, bem como a importância de os profissionais oferecerem suporte emocional, que se refere a ter empatia e solidariedade. Ações específicas de suporte são citadas, como teleconferência, envio de cartas ou ligações a pessoas enlutadas (Sanches, 2020).

<sup>17</sup><https://site.fms.pmt.pi.gov.br/noticia/5418/teresina-tem-o-primeiro-ambulatorio-de-luto-do-nordeste>

Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina de São Paulo, em uma Unidade Básica de Saúde do referido município (MUCCI, 2024).

Em Florianópolis (Santa Catarina)<sup>18</sup>, entre outros municípios, existem atendimentos voltados a pessoas em luto em parceria com Unidades Básicas de Saúde. Nesses locais, são desenvolvidos grupos de apoio e aconselhamento ao luto, que oferecem espaços de acolhimento para lidar com as angústias e atender às necessidades de apoio psicológico, espiritual e material, de forma ampla e específica.

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3088/2011<sup>19</sup> e a Rede de Urgência e Emergência (RUE), em seus setores de emergência geral em saúde, dever-se-ia atender pessoas enlutadas que lidam com a agudização do sofrimento em saúde mental devido a uma condição de perda. Recentemente, tem sido realizadas discussões no Brasil sobre os cuidados posventivos diante da morte por suicídio, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

No que tange à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, é na alta complexidade que se ofertam acolhimento psicológico e/ou psicoterapia para pessoas em luto. E, na maioria das vezes, estas ações são fomentadas pelos setores de oncologia e unidade de terapia intensiva, por ambulatórios de psiquiatria ou ambulatórios de luto ligados a Hospitais-escolas credenciados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)<sup>20</sup> ou fundações filantrópicas<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup>Trata-se do projeto de extensão “Ambulatório Universitário sobre o luto” do Laboratório de Processos Psicossociais e Clínicos no luto da Universidade Federal de Santa Catarina. Citam-se também que algumas clínicas-escolas de Psicologia de Universidades, como o centro Universitário Barão de Mauá, a Universidade São Camilo, a Clínica Ana Maria Popovic da Pontifícia Universidade de São Paulo (LUNA; SCHUELER, 2023).

<sup>19</sup>Essa portaria foi editada em 2019, por meio da nota técnica de nº. 11 que deflagrou mudanças na Política Nacional de Saúde Mental com relação à estrutura da RAPS e financiamento das comunidades terapêuticas, entre outros aspectos (VEDANA et al, 2024).

<sup>20</sup>Citam-se o Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia; o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, no Hospital Ernani Polydoro de São Tiago em Florianópolis; Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) e coordenado pelo Laboratório de Estudos Sobre o Luto e Saúde da Universidade Federal do Pará. O Projeto de extensão ligado ao Programa em Nova Vida (PNV) é coordenado pelo Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Luto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Também há o projeto de extensão da faculdade de medicina, do departamento de psicologia e Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará e que faz parte do Laboratório de Estudos em Tanatologia e Humanização em Saúde (LUTAH) (LUNA; SCHUELER, 2023).

<sup>21</sup>Citam-se o Hospital do Idoso Zilda Arns, em Curitiba; o Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, em São Paulo; e o Ambulatório da Universidade Federal de São Paulo, em Campinas; o Instituto Nacional do Câncer, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (em São Paulo), O ambulatório do luto da Santa Casa do Rio de Janeiro (LUNA; SCHUELER, 2023).

Os atendimentos de suporte ao luto nas várias redes de saúde, considerando o princípio da integralidade, poderia estar também relacionado à construção de projetos terapêuticos singulares a fim de articular ações de cuidado geral à saúde, educação em saúde e prevenção do risco de TLP. É neste sentido que o cuidado integral à pessoa em luto toma como referência a interdisciplinaridade e a alteridade nas demandas de saúde da pessoa enlutada, sendo que nessas duas noções se possibilita uma relação sujeito-sujeito que reconhece em si e no outro o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006)<sup>22</sup>.

### **3 HABILIDADES PARA VIVER A VIDA COM A EDUCAÇÃO PARA O LUTO**

O desafio da agenda das habilidades pessoais para viver a vida se refere à educação para o luto da população em geral, com diversas idades, bem como trabalhadores situados em diferentes setores. Destaca-se a conscientização pública sobre a morte, morrer e os lutos privados de direitos como decorrentes de perdas intangíveis e não reconhecidas socialmente, como: 1) perdas advindas do processo de envelhecimento; 2) perdas perinatal; 3) as perdas decorrente da morte ou desaparecimento de um animal de estimação ou companhia; 4) perdas advindas do desaparecimento de um filho ou outro parente; 5) a perda de um amigo; 6) as perdas por suicídio; 7) as perdas no ambiente de trabalho; 8) as perdas do divórcio e separações; 9) as perdas das migrações involuntárias ou voluntárias; 10) a perda dos apátridas, pessoas em situação de refúgio; 11) as perdas advindas dos desastres coletivos e; 12) as perdas das situações de violência cotidiana.

Como recursos para a educação para o luto de crianças, jovens e adultos, no contexto educacional, sugere-se a realização de oficinas de promoção da saúde escolar, orientação e acolhimento às vivências de luto de toda a comunidade acadêmica. Essas oficinas são construções conjuntas, entre professores, discentes e equipe pedagógica, e que não devem ser

---

<sup>22</sup>A pessoa em luto poderá continuar compartilhando a sua experiência de sofrimento, considerando sua fé, crenças, valores, atitudes e rituais diante da morte e do luto. Ademais, não se pode dizer que a vivência de um luto deve ter um fim, de tal modo que se possa delimitar que tempo padronizado para que o luto ocorra ou se finalize. Muitas vezes, o que ocorre é que as pessoas param de buscar apoio pois não têm a quem recorrer, confiar e compartilhar as suas perdas e seu sofrimento, bem como, a importância dos seus vínculos, desejos, projetos e relações importantes no seu território existencial.

reduzidas apenas à transferência de conhecimento sobre o tema da perda, e contemplar o estímulo à capacidade crítica, desenvolvimento de curiosidade epistemológica e reflexão sobre o pensar-fazer em situações de perda e luto (FREIRE, 1970).

É importante se atentar que a habilidade para viver a vida com a educação para o luto também envolve a espiritualidade das pessoas, seja pelas crenças ou práticas de sentido para a vida e à morte ou ainda como estruturas de significados que estão postas previamente na realidade social e linguística de cada pessoa e comunidade. Neste sentido, no ambiente acadêmico, é necessário abordar a temática das perdas de modo secular, mas considerar que cada família terá sua forma única de dar sentido à morte e ao luto.

Os trabalhadores que atuam em setores diversos, como na segurança pública, saúde, defesa civil, justiça, entre outros, podem desenvolver competências profissionais para conhecer os parâmetros para avaliar o processo de luto adaptativo de uma pessoa enlutada. Por exemplo, compreender os movimentos oscilatórios protagonizados pelo enlutado entre processar a realidade da perda e realizar adaptações psicossociais, sendo que esses se referem às ações e recursos de elaboração das emoções do pesar, relacionados à revisão do mundo presumindo e à redefinição da relação com a pessoa que morreu.

Outro parâmetro é quando o enlutado lembra do ente querido sem sentir a dor aguda do luto (embora o enlutado sinta tristeza), também não manifesta intensas dores físicas e emocionais; e conta com a possibilidade de retomada paulatina do interesse pela vida, com esperança e planos (FRANCO, 2021).

## 5 REFLEXÕES FINAIS

Observa-se que os desafios de uma agenda pública e política de suporte ao luto no Brasil significa reconhecer as desigualdades da situação de morte, do luto e dos enlutados e a necessidade de leis e políticas públicas com diretrizes específicas de suporte considerando as especificidades da população de cada território.

Outro aspecto é a oferta de diferentes tipos de suporte social no âmbito comunitário e familiar, relações de apoio e intervenções profissionais (para além das técnicas propostas por especialistas do luto) promotoras do cuidado integral ao enlutado em várias redes de saúde do SUS. Além disso, que este cuidado seja fortalecido pela educação para o luto como uma habilidade para viver a vida.

Esta agenda pode ser vista no campo das políticas de defesa da vida e por meio dos princípios da saúde coletiva - equidade, interseccionalidade, integralidade, territorialidade e intersetorialidade – que são fundamentos para resistir à precarização da vida e democratizar o cuidado e o direito à viver e a se enlutar no Brasil.

Sendo assim, sugere-se que os cinco desafios para uma agenda pública sobre o luto sejam discutidos nos fóruns e conferências de saúde, considerando as necessidades sociais de luto dos enlutados de municípios e estados brasileiros. Isto significa que uma agenda de suporte ao luto deve estar entrelaçada às práticas de resistência em saúde coletiva nos espaços comunitários e nos grupos sociais aos quais as pessoas enlutadas fazem parte. Afinal, elas precisam confiar, compartilhar, resistir e reconstruir suas vidas mediante acesso às redes visíveis de amparo que agenciam sentidos para todas as vidas no território brasileiro.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed., 2013. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> . Acesso em: 28 out. 2025.

ALVES, Selma de Fátima Singulano. Movimento dos atingidos por barragens: Perspectivas teóricas de lutas práticas. *Café com sociologia*, 4(1): 221-230. Abr. 2015.

AOUN, Samar M. et al. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLoS ONE*, 10(3): 1-14, mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121101>. Acesso em: 27 out. 2025.

ARAÚJO, Verônica Souza; SOUZA, Ednilsa Ramos; SILVA, Vera Lucia Marques “Eles vão certeiros nos nossos filhos”: Adoecimentos e resistências de

mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(4):1327-1336, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06912021>. Acesso em: 28 out. 2025.

BOWLBY, John. Processes of mourning. *The International Journal of Psycho-analysis*, 42(): 317-340, 1961.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm). Acesso em: 28 out. 2025

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) . Acesso em: 28 out. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, fev. 2020. Disponível em:  
<https://portal.fiocruz.br/documento/plano-de-contingencia-nacional-para-infeccao-humana-pelo-novo-coronavirus>. Acesso em: 28 out. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.681 de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, 2024. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html). Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2017. Disponível em:  
[https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB\\_portaria\\_2436-setembro\\_2017.pdf](https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf) . Acesso em: 28 out. de 2025.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In CZERESNIA D., FREITAS C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. p. 15-38. Editora Fiocruz, 2003

BUTLER, Judith. *Quadros de guerra*: quando a vida é passível de luto. Trad. Arnaldo Marques; Sérgio Lamarão. Civilização Brasileira, 2015.

CALADO, Maria da Glória. Ações coletivas de mães em luto da zona leste de São Paulo: O papel da rede social digital facebook na ressignificação do luto. *Revista Extraprensa*, 13(2): 199-216. jan-jun. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/169719>. Acesso em: 28 out. 2025.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira; BREDEMEIER, Juliana; AMORIM, Karla Patricia Cardoso. Sobrevidentes enlutados por suicídio e as possibilidades para posvenção no contexto da saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, 31(3), out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210496pt>. Acesso em: 28 out. 2025.

DELALIBERA, Mayra. et al. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19 (1), 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>. Acesso em 28 out. 2025.

FRANCO, Maria Helena Pereira. *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. 1 ed. Summus editorial, 2021.

FREIRE, Paulo. *Pedagogy of the oppressed*. Londres: Penguin Books, 1970.

GARCÍA-GARCÍA, Jesus Angel, et al. *Cuidados primarios de duelo (CPD): el nivel primario de atención al doliente*. Sestao, Vizcaya: Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya, nov. 2001. Disponível em: <https://pilarviciiana.com/wp-content/uploads/2017/03/cuidados-primarios-garcia-garcia-et.-al-obligatoria.pdf>. Acesso em: 28 out. 2025.

GONZAGA, Rosilene Maria Campos. *Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na atenção primária*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2019.

HAN, Byung-Chul. *Sociedade paliativa: a dor hoje*. Trad. Lucas Machado. [S.I.]:Editora Vozes, 2021.

HOLTZ, Lais Bohm. *Consulta coletiva para elaboração do processo de luto*. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2018.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Trad. Paulo Menezes. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1969.

LICHTENTHAL, Wendy et al. Investing in bereavement care as a public health priority. *The Lancet Public Health*, 9(4): 270 - 274. Maio, 2024.

LINDEMANN, Erich. Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2): 141-148, set. 1944. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>. Acesso em: 27 out. 2025.

LUNA, Ivânia Jann.; MORÉ, Carmem Ojeda. Narrativas e processo de reconstrução do significado no luto. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 2(3): 152, fev. 2017.

LUNA, Ivânia Jann; SCHULER, de Paula Cardoso. Da clínica ao luto político: desafios à prevenção e à promoção da saúde. In: GIACOMOZZI, Andréia Isabel et al. *Promoção da saúde mental no Brasil*. [s.l.] Votor Editora, 2023.

LUNA, Ivânia Jann. *A quem confiar minha tristeza: faces e perspectivas do cuidado ao luto*. Brazil Publishing, 2020.

MUCCI, Samantha. *Acolhimento ao luto: Guia prático para profissionais de saúde*. Atheneu, 2024.

MÜLLER, H. et al. Conferência Europeia sobre o Luto, Copenhague 2022: Um esforço para unificar o campo do cuidado ao luto na Europa. *Estudos da Morte*, 49 (3): 312–320. Mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2324908>. Acesso em: 28 out. 2025.

NATAL. *Lei Municipal nº 6.955*, de 2019. Altera a Lei de nº 6.702/17 - Lei Karol Álvares, para incluir a implantação do Centro de Referência em Luto no Município de Natal e dá outras providências. Natal: Câmara Municipal de Natal, 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rn/natal/lei-ordinaria/2019/696/6955/lei-ordinaria-n-6955-2019-altera-a-lei-de-n-6702-17-lei-karol-alvares-para-incluir-a-implantacao-do-centro-de-referencia-em-luto-no-municipio-de-natal-e-da-outras-providencias?q=lei+6.955>. Acesso em: 28 out. de 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças*. 11. ed., 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 28 out. 2025.

PARKES, Colin Murray. Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of Adaptation to Change. *Journal of Social Issues*, 44(3): 53-65, out. 1988. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02076.x>. Acesso em: 27 out. 2025.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.

PORUTGAL. Ministério da Saúde. Norma técnica nº 003, de 23 de abril de 2019. *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. Disponível em:

[http://nocs.pt/wp-content/uploads/2019/08/Norma003-2019\\_Luto\\_prolongado.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2019/08/Norma003-2019_Luto_prolongado.pdf). Acesso em: 28 out. 2025.

PRIGERSON, Holly; VANDERWERKER, Lauren; MACIEJEWSKI, Paul. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In STROEBE, Margaret, HANSSON O.; SCHUT H.; STROEBE, W. *Handbook of bereavement research and practice advanced in theory and intervention*, p. 165–186. American Psychological Association, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1037/14498-008>. Acesso em: 28 out. 2025.

RUBIN, Simon Shimshon; MALKINSON, Ruth; WITZTUM, Eliezer. Clinical aspect of a DSM Complicated grief diagnosed: challenges, dilemmas, and opportunities. In STROEBE, Margaret, HANSSON O.; SCHUT H.; STROEBE, W. *Handbook of bereavement research and practice advanced in theory and intervention.*, p. 187-206. Washington: American Psychological Association, 2008.

SANCHES, Isabely Pereira et al. O papel da APS frente ao processo de luto pós-covid-19. *Revista de APS*, 23 (Supl. 2): 238–238, 2020.

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al. Assistência de enfermagem no programa saúde da família: um enfoque das famílias em situação de luto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 6(3): 56-62, set.-dez. 2005.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero et al. Reflexões sobre as políticas de saúde mental no Brasil a partir de marcos históricos e legislativos. *Research, Society and Development*, 13(1): e7913144653, jan. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44653>. Acesso em: 28 out. 2025.

WALTER, Tony. Modern Grief, Postmodern Grief. *International Review of Sociology*, 17(1): 123–134. Bath: Universidade de Bath, mar. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/03906700601129798>. Acesso em: 27 out. 2025.

WORDEN, William. *Aconselhamento do luto e terapia do luto*: um manual para o profissional de saúde mental. 4. ed. [s.l.]: Roca, 2013.