



# Luto: atitudes médicas e expectativas das pessoas no ambiente de medicina geral e familiar

Beatriz Leitão Domingos, MD,<sup>1</sup> Luiz Miguel Santiago, MD, PhD,<sup>1,3</sup> Carlos Seiça Cardoso, MD, PhD<sup>1,3,4</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O luto, resposta personalizada a perda de ente significativo, origina frequentemente recurso a consulta médica.

**Objetivo:** Avaliar e comparar as atitudes a usar por médicos de medicina geral e familiar (m-MGF) e as expectativas das pessoas enlutadas.

**Métodos:** Realizou-se estudo observacional transversal, exploratório, em amostra de m-MGF, escolhidos em conveniência e de pessoas que tiveram luto há menos de um ano, aplicando caso clínico especificamente realizado e resposta a semelhantes atitudes médicas e expectativas em escolha múltipla fechada e opção aberta. A aplicação decorreu após consulta e também remotamente, com convite pelo m-MGF, segundo critérios de inclusão. Realizaram-se análise de legibilidade do texto e estatística descritiva e inferencial dos dados.

**Resultados:** Em amostra de 21 m-MGF, 13 (46,4%) mulheres e  $n=12$  (57,1%) especialistas e de 20 pessoas,  $n=15$  (75,0%) sendo mulheres. Verificaram-se diferenças significativas nas respostas de m-MGF e pessoas ( $p<0,001$ ), sendo o aconselhamento empático a opção mais escolhida por m-MGF (69,6%) e pessoas (27,5%). Para 91,7% dos especialistas apenas foi assinalado aconselhamento empático e os internos de especialidade responderam com mais opções ( $p=0,014$ ). As pessoas escolheram mais associações de atitudes terapêuticas (31,7%,  $n=13$ ) do que os MGF (2,4%,  $n=1$ ,  $p<0,001$ ).

**Discussão:** As diferenças encontradas neste estudo inédito, simultaneamente académico e ligado à prática, quanto às atitudes médicas e expectativas das pessoas perante um caso de luto, sugerem a necessidade de uma abordagem mais abrangente pelos médicos para a gestão de pessoas em luto, como o uso de empatia, medicina centrada na pessoa e prescrição social.

**Conclusão:** Nesta amostra, perante as mesmas atitudes e expectativas, verificaram-se diferenças entre m-MGF e pessoas. Os médicos optaram sobretudo pelo aconselhamento empático (69,6%) e as pessoas por outras abordagens simultâneas.

**Palavras-chave:** Luto; Distúrbio de luto prolongado; Empatia; Terapêutica; Medicina centrada no doente; Medicina geral e familiar.

## INTRODUÇÃO

N uma sociedade em que a morte é um assunto tabu, o processo de luto pode tornar-se ainda mais difícil.<sup>1</sup> O luto é uma resposta personificada à perda de um ente significativo, traduzida num conjunto de respostas que podem afetar múltiplas dimensões da vida – física, emocional, comportamental, social, financeira e espiritual.<sup>2</sup> Após a morte de alguém pode haver manifestação de sentimentos como choque e sensação de “adormecimento”, dor, raiva, culpa e depressão.<sup>3</sup> O luto pode provocar também desconforto em pessoas que não sa-

bem como agir perante alguém em processo de luto, podendo todos estes fatores dificultá-lo, alongá-lo ou torná-lo num processo patológico.<sup>4</sup>

Kübler-Ross descreveu o luto como um modelo de cinco fases – negação, raiva, negociação, depressão

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Coimbra, Portugal.

3. Clínica Universitária e Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

4. Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Condeixa, ULS Coimbra. Condeixa-a-Nova, Portugal.



e aceitação.<sup>5</sup> As cinco fases não ocorrem sempre de forma linear; as pessoas em luto (PL) podem experienciá-las em diferentes alturas e sem uma ordem específica.<sup>5</sup> A PL pode nunca superar a morte de um ente significativo e pode aprender a viver outra vez, mantendo simultaneamente a sua memória.<sup>3</sup>

A maioria das PL não irá precisar de intervenção médica, havendo situações que predisõem ao desenvolvimento do Distúrbio do Luto Patológico (DLP) e que devem ser conhecidos pelos profissionais de saúde para identificação das PL mais vulneráveis.<sup>6</sup> Para 7 a 10% pode haver benefício por suporte específico, por sofrerem de situações debilitantes que se associam a morbilidade e mortalidade, no DLP.<sup>6-7</sup>

O DLP é caracterizado por uma ansiedade generalizada persistente e/ou preocupação com o falecido por um período de pelo menos seis meses, segundo a (ICD11) ou doze meses (DSM5).<sup>7-8</sup> Estes períodos excedem as expectativas sociais, culturais ou religiosas do contexto da PL.<sup>7-8</sup> O DLP tem ainda dor emocional intensa e um prejuízo significativo na vida pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional.<sup>8</sup> Também pode coexistir dificuldade nas lides diárias pela ausência sentida, em relembrar memórias positivas com o falecido, em confiar noutras pessoas, afastamento social e sentimento de ausência e sentido da vida.<sup>8</sup>

O DLP pode ser avaliado pelo questionário PG 13, já adaptado culturalmente e validado para a população portuguesa, mas o presente estudo visou o conhecimento de matéria diferente e decorrente de diagnóstico.<sup>9</sup>

A principal diferença entre um DLP e um luto não complicado pode residir no tempo e intensidade dos sintomas. No caso do luto não complicado há uma tendência para os sintomas diminuírem progressivamente com a adaptação do indivíduo a uma nova vida, sem a perda sofrida.<sup>10</sup> O DLP pode coexistir com um episódio depressivo, mas os sintomas DLP são especificamente devidos à perda.<sup>8</sup>

No DLP aumenta o risco de várias situações como, nos jovens adultos, um risco cinco vezes superior de ideação suicida, menor apetência por consultar o médico, aumento de incidência de eventos cardíacos, hipertensão arterial e cancro, menor qualidade de vida e desenvolvimento de adições a álcool, tabaco e comida.<sup>8,13</sup>

Em Portugal, a medicina geral e familiar, alicerce essencial no apoio às pessoas e suas famílias, corresponde normalmente ao primeiro contacto com os cuidados de saúde. A capacidade de aplicar eficazmente o conhecimento das relações interpessoais com as pessoas e de ser capaz de compreender a experiência emocional dos outros é das aptidões mais importantes de um médico de medicina geral e familiar (m-MGF), segundo a prática da Medicina Centrada na Pessoa, de uma forma empática, capacitante e empoderadora.<sup>14-16</sup>

A empatia, que se define como uma competência médica para ter “tomada de perspetiva”, “colocar-se no lugar da pessoa” e “compaixão” é uma técnica que permite a ajuda médica orientada para o resultado de uma consulta centrada na pessoa e não apenas no problema específico, algo que a MGF está talhada para fazer, porque atua no meio social em que a pessoa vive, tornando-a capaz de melhor viver com o seu problema e com a sua vida.<sup>14-16</sup>

A boa relação mMGF-PL, validado o diagnóstico, promove um melhor entendimento do sofrimento pela PL, auxilia na eficiência do tratamento, permite partilha empática de emoções e informação privada e exige comunicação aberta e honesta, assim como confiança e compaixão.<sup>14,17-18</sup>

Comparando as respostas de pessoas que tiveram luto e m-MGF, o presente estudo objetivou avaliar as atitudes de m-MGF e as expectativas de pessoas suas utentes com a morte de um familiar em primeiro grau há menos de um ano, quanto a um caso clínico fictício. E saber ainda se a idade, o sexo e ser m-MGF, especialista (e-MGF) ou médico interno de formação específica em MGF (MIFE-MGF) influenciavam as respostas.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo académico com intenção clínica, exploratório, observacional e transversal, em amostra de conveniência de e-MGF e MIFE-MGF e dos seus utentes com luto pela morte de um familiar em primeiro grau (irmão, pai, filho, cônjuge) há menos de um ano, após parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde Centro.

A recolha de dados decorreu entre setembro e dezembro/2023 em Unidades de Saúde Familiar (USF) de Coimbra: Cruz de Celas, CelaSaúde, Pulsar e Manuel



Cunha, tendo respondido médicos e-MGFs e MIFE-MGF. Após a obtenção do consentimento informado em papel para anuência em preenchimento informático apresentou-se o caso clínico; no final realizou-se uma pergunta que permitia resposta múltipla, seguindo-se perguntas de caracterização de contexto.

O caso clínico, escrito pela equipa investigadora, baseou-se num caso real e foi igualmente descrito para e-MGF, MIFE-MGF e pessoas na consulta. Foi previamente aplicado em pessoas na faixa etária dos 22-24 anos para avaliação de tempo de leitura e de compreensão linguística, quer de texto quer das respostas à pergunta efetuada.

“MP tem 40 anos, casada, com dois filhos. Classe média. Licenciada em educação básica. O marido trabalha em engenharia civil, em França, estando os dois juntos cerca de uma semana por mês. Ainda assim, têm uma relação muito forte, estando em contacto todos os dias via videochamada. MP recebeu há três dias um telefonema com a notícia de que o marido morreu de um enfarte agudo do miocárdio, deixando-a sozinha com duas crianças para criar. O médico de família atende-a hoje numa consulta por iniciativa de MP. À entrada no gabinete, o médico nota as olheiras, o olhar perdido e o aspeto enfraquecido de MP. A consulta é motivada pela profunda tristeza, ansiedade e desespero de MP que está a sofrer pela morte recente do marido.”

Solicitou-se resposta à questão para pessoas – “Qual a atitude que gostaria que o seu médico tivesse nesta situação?” – e para médicos – “Qual a atitude que considera mais correta nesta situação?” – a quatro opções de resposta, podendo ser assinalada mais que uma: audição, numa atitude passiva; audição, em atitude de aconselhamento empático; medicação com ansiolíticos e/ou antidepressivos; poder falar sobre os problemas futuros e os medos que a situação traz (com linguagem adaptada para pessoas e para médico e ainda a opção de resposta «Outra», que seria descrita em texto livre).

Como dados de contexto foram recolhidos sexo e idade e, para médicos, se era e-MGF ou MIFE-MGF.

A pergunta de estudo e as variáveis de contexto foram aplicadas em formato impresso e em formato *online*, via *Google forms*.

A amostra foi obtida por conveniência, tendo os médicos procurado pessoas no seu ficheiro clínico que

cumprissem os critérios de inclusão e que aceitassem responder.

A aplicação presencial foi realizada no final das consultas, após leitura e assinatura do consentimento informado e em local que não o gabinete médico e sem a presença do m-MGF, sendo o documento depositado em caixa própria, só aberta após a conclusão do tempo de recolha. As pessoas que não tiveram uma consulta com o seu m-MGF durante o período de realização do estudo puderam responder remotamente à pergunta de estudo e às variáveis de contexto em *Google forms* por via eletrónica, após aceitação e declaração de vontade de participar, opção assinalada em caixa própria que permitia continuação da resposta.

Realizou-se a análise de legibilidade do texto do caso clínico usando a metodologia da página Legibilidade.com, acedida aquando da sua escrita. A estatística foi descritiva e inferencial, utilizando o teste Qui-Quadrado de *Pearson* para analisar a relação entre as variáveis nominais e o teste U de *Mann-Whitney* para comparar duas variáveis independentes, com variáveis ordinais ou numéricas sem distribuição normal, definindo-se o valor de  $p < 0,05$  para probabilidade de diferença significativa. Utilizou-se o *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, v. 27.0.

## RESULTADOS

A legibilidade foi de nível 8 (alta legibilidade), com um índice de *Flesh* de 70,6, sendo o texto simples e adequado para adolescentes entre 13 e 14 anos. Não foram recolhidos dados quanto à aceitação de resposta pelas pessoas convidadas, não se registando respostas negativas à pergunta sobre a voluntariedade de participação *online*.

De acordo com a Tabela 1 foi estudada uma amostra de  $n=41$  respondentes, dos quais 21 m-MGF (51,2%), sendo 57,1% e-MGF e 20 utentes (48,8%) tendo 53,7% idade inferior a 45 anos. Dos médicos, 13 eram do sexo feminino (61,9%) e das pessoas respondentes 15 eram do sexo feminino (75,0%).

Quanto às atitudes terapêuticas a realizar, comparando as respostas de m-MGF e pessoas verificaram-se diferenças significativas, segundo a Tabela 2, sendo a atitude terapêutica considerada como mais adequada por médicos e pessoas o aconselhamento empático para 53,3% ( $n=16$ ) dos MGF e 46,7% ( $n=14$ ) dos utentes.



**TABELA 1. Caracterização da amostra segundo o sexo para médicos e doentes quanto a frequência relativa e idade e sua inferência**

|                             |                                 | Sexo              |                    | Total<br>n (%) | p (*) |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|-------|
|                             |                                 | Feminino<br>n (%) | Masculino<br>n (%) |                |       |
| <b>Médico ou utente (*)</b> | <b>Médico</b>                   | 13 (46,4%)        | 8 (61,5%)          | 21 (51,2%)     | 0,287 |
|                             | <b>Utente</b>                   | 15 (53,6%)        | 5 (38,5%)          | 20 (48,8%)     |       |
|                             | <b>Total</b>                    | 28 (100%)         | 13 (100%)          | 41 (100%)      |       |
| <b>Idade (*)</b>            | <b>Menor que 45 anos</b>        | 15 (53,6%)        | 7 (53,8%)          | 22 (53,7%)     | 0,626 |
|                             | <b>Maior ou igual a 45 anos</b> | 13 (46,4%)        | 6 (46,2%)          | 19 (46,3%)     |       |
|                             | <b>Total</b>                    | 28 (100%)         | 13 (100%)          | 41 (100%)      |       |
|                             |                                 | Sexo              |                    | Total<br>n (%) | p (*) |
|                             |                                 | Feminino<br>n (%) | Masculino<br>n (%) |                |       |
| <b>Médico ou utente (*)</b> | <b>Médico</b>                   | 13 (46,4%)        | 8 (61,5%)          | 21 (51,2%)     | 0,287 |
|                             | <b>Utente</b>                   | 15 (53,6%)        | 5 (38,5%)          | 20 (48,8%)     |       |
|                             | <b>Total</b>                    | 28 (100%)         | 13 (100%)          | 41 (100%)      |       |
| <b>Idade (*)</b>            | <b>Menor que 45 anos</b>        | 15 (53,6%)        | 7 (53,8%)          | 22 (53,7%)     | 0,626 |
|                             | <b>Maior ou igual a 45 anos</b> | 13 (46,4%)        | 6 (46,2%)          | 19 (46,3%)     |       |
|                             | <b>Total</b>                    | 28 (100%)         | 13 (100%)          | 41 (100%)      |       |

Nota: (\*) Teste Qui-Quadrado de *Pearson*.

Nas respostas dos m-MGF, 69,6% ( $n=16$ ) escolheu o aconselhamento empático, seguido da atitude de «Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz» (17,4%,  $n=4$ ). Foram ainda respondidas duas opções – «Tentar perceber se o que o doente precisa é desabafar/ter um ombro amigo ou se quer palavras/conselhos e mostrar ao utente que o médico está disponível e perceber se tem medos/problemas futuros» e «Praticar escuta terapêutica», tendo apenas um respondente selecionado a associação «Aconselhamento empático + Problemas e medos».

Das pessoas, 27,5% ( $n=14$ ) considerou o aconselhamento empático e 23,5% ( $n=12$ ) «Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz» como as atitudes mais importantes. As pessoas revelaram maior frequência de escolha de associações de expectativas terapêuticas (31,7%,  $n=13$ ) do que os MGF (2,4%,  $n=1$ ). A associação mais escolhida foi a do aconselhamento empático e «Tentar saber quais os proble-

mas futuros e os medos que esta situação traz» com uma frequência de 6,8% ( $n=5$ ).

Verificou-se uma diferença significativa na resposta segundo ser e-MGF ou MIFE-MGF ( $p=0,014$ ), de acordo com a Tabela 3. Ambos consideraram o aconselhamento empático como a atitude terapêutica mais adequada, com frequências de respostas de 68,8% ( $n=11$ ) por parte dos e-MGFs e de 31,2% ( $n=5$ ) pelos MIFE-MGF. Os e-MGF apenas consideraram o aconselhamento empático (91,7%,  $n=11$ ) e «Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz» (8,3%,  $n=1$ ), enquanto os MIFE-MGF escolheram, para além do aconselhamento empático (45,5%,  $n=5$ ), o «Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz» (27,3%,  $n=3$ ), outras atitudes terapêuticas (18,2%,  $n=2$ ) e, num caso, a associação do aconselhamento empático com «Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz» (9,1%,  $n=1$ ).



TABELA 2. Distribuição da escolha das atitudes terapêuticas entre MGF e utentes

|              |   | Respondente      |                  | Total<br>n (%) | p (*)  |
|--------------|---|------------------|------------------|----------------|--------|
|              |   | m-MGF<br>n (%)   | Pessoa<br>n (%)  |                |        |
| Respostas    | Aconselhamento empático                                 | 16 (69,6%)       | 14 (27,5%)       | 30 (40,5%)     | <0,001 |
|              | Problemas e medos                                       | 4 (17,4%)        | 12 (23,5%)       | 16 (21,6%)     |        |
|              | Outros  | 2 (8,7%)         | 4 (7,8%)         | 6 (8,1%)       |        |
|              | Atitude passiva   | 0 (0,0%)         | 6 (11,8%)        | 6 (8,1%)       |        |
|              | Medicação   | 0 (0,0%)         | 2 (3,9%)         | 2 (2,7%)       |        |
|              | Aconselhamento empático + Problemas e medos             | 1 (4,3%)         | 4 (7,8%)         | 5 (6,8%)       |        |
|              | Aconselhamento empático + Problemas e medos + Outros    | 0 (0,0%)         | 3 (5,9%)         | 3 (4,1%)       |        |
|              | Problemas e medos + Medicação                           | 0 (0,0%)         | 1 (1,9%)         | 1 (1,4%)       |        |
|              | Problemas e medos + Atitude passiva                     | 0 (0,0%)         | 2 (3,9%)         | 2 (2,7%)       |        |
|              | Aconselhamento empático + Atitude passiva + Outros      | 0 (0,0%)         | 1 (2,9%)         | 1 (1,4%)       |        |
|              | Aconselhamento empático + Problemas e medos + Medicação | 0 (0,0%)         | 1 (2,9%)         | 1 (1,4%)       |        |
|              | Aconselhamento empático + Atitude passiva               | 0 (0,0%)         | 1 (2,9%)         | 1 (1,4%)       |        |
| <b>Total</b> | <b>23 (100%)</b>  | <b>51 (100%)</b> | <b>74 (100%)</b> |                |        |

Nota: (\*) Teste U de Mann-Whitney.

TABELA 3. Respostas dos MGF segundo a posição na especialidade

|                       |   | Posição na especialidade |                  | Total<br>n (%) | p (*) |
|-----------------------|---|--------------------------|------------------|----------------|-------|
|                       |   | MIFE-MGF<br>n (%)        | e-MGF<br>n (%)   |                |       |
| Respostas dos Médicos | Aconselhamento empático                     | 5 (45,5%)                | 11 (91,7%)       | 16 (69,6%)     | 0,014 |
|                       | Problemas e medos                           | 3 (27,3%)                | 1 (8,3%)         | 4 (17,4%)      |       |
|                       | Outros                                      | 2 (18,2%)                | 0 (0,0%)         | 2 (8,7%)       |       |
|                       | Aconselhamento empático + Problemas e medos | 1 (9,1%)                 | 0 (0,0%)         | 1 (4,3%)       |       |
| <b>Total</b>          | <b>11 (100%)</b>                            | <b>12 (100%)</b>         | <b>23 (100%)</b> |                |       |

Nota: (\*) Teste U de Mann-Whitney.

Quanto às respostas das pessoas, não foram verificadas diferenças significativas em função da idade ( $p=0,483$ ) nem do sexo ( $p=0,349$ ).

## DISCUSSÃO

Com base num caso clínico ficcionado, procurou-se saber a atitude ou as atitudes terapêuticas consideradas



mais adequadas pelos médicos e as expectativas das pessoas. Nesta amostra em estudo exploratório qualitativo a atitude médica mais usada na consulta de PL e a expectativa mais referida pelas pessoas foi o aconselhamento empático para 73,2% dos respondentes.

A abordagem terapêutica a um paciente em luto requer sensibilidade e compreensão profundas da natureza do processo de luto.<sup>14,16-18</sup> O m-MGF deve cultivar uma atmosfera de compreensão e tomada de perspectiva, pensar como se sentiria se estivesse no lugar de quem sofre e, assim, ser capaz de, como técnico, proporcionar ajuda.<sup>14-16</sup> Ouvir atentamente, validar as experiências, perguntar por perspectivas, verificar as circunstâncias contextuais e ser realista quanto à pessoa enlutada são passos cruciais para estabelecer uma relação terapêutica sólida.<sup>14-16</sup>

A maior diferença notada foi a importância que as pessoas deram quanto a serem ouvidas sobre os medos e problemas futuros quando comparada com os m-MGF. A maior preferência pelas pessoas de associação de expectativas terapêuticas e não uma única resposta ao seu sofrimento poderá dever-se à complexidade das emoções sentidas quando foram PL.<sup>1,14-16</sup>

Num modelo de medicina centrada na pessoa parece ainda haver espaço de melhoria para os m-MGF na construção de uma aliança terapêutica através de decisões partilhadas, tendo a PL um papel ativo na gestão do seu caso.<sup>14-16</sup>

Foram expectativas das pessoas «Recomendar apoio psicológico ou psiquiátrico, se o médico considerar necessário» e «Aliviar a solidão». Segundo o modelo adotado por Penny e Relf, usado no Reino Unido para guiar os serviços de luto à população, cerca de 10% das PL será de alto risco, necessitando de ajuda por profissionais de saúde mental após a identificação por um *general practitioner*.<sup>15,19</sup> Quanto a «Aliviar a solidão», uma das expectativas predominantes nas pessoas respondentes, principalmente nos mais idosos, que a referem para o seu dia-a-dia e agravando-se após seis meses, podendo mesmo ser o sintoma central, a resposta familiar e social poderá ser a única a fornecer.<sup>15,20-21</sup>

Como o luto é uma reação natural e universal à perda, as sociedades deviam ter uma rede de apoio que integrasse PL. Assim, as propostas para lidar com o luto correspondem a medidas que permitam reconhecer

um indivíduo em luto a necessitar de ajuda profissional individualizada e saber encaminhá-lo. Todas as PL deveriam ter consulta com o seu m-MGF que, com escuta ativa e paciente dos problemas e medos, aconselhasse empaticamente e tivesse uma atitude terapêutica e de orientação adequada ao sofrimento da PL.<sup>6,14-16,22</sup>

Incentivar a participação em grupos de apoio ao luto oferece à PL a oportunidade de partilhar experiências com outras PL que passaram, ou ainda passam, por situações semelhantes. A interação com indivíduos que compreendem a complexidade do luto pode criar uma rede de apoio valiosa, aliviando a solidão e o sofrimento. As redes de apoio social podem ser grupos da comunidade, com responsáveis formados em morte e luto, sabendo como lidar com as PL e percebendo sinais de alarme e como atuar perante eles, assim se realizando a prescrição social, descrita como *“uma forma de vincular os utentes dos Cuidados Primários de Saúde a fontes de apoio na comunidade para ajudar a melhorar a sua saúde e bem-estar”*.<sup>22</sup> A prescrição social vai ao encontro das exigências sociais dos doentes e reduz o uso dos cuidados de saúde primários, capacitando o doente na autogestão da sua saúde.<sup>22</sup>

De acordo com os presentes resultados, a abordagem holística prática e baseada nos recursos disponíveis de m-MGF para a gestão de PL, para auxílio imediato e no seu percurso futuro, era uma expectativa importante de pessoas que tiveram luto há menos de um ano.<sup>15</sup>

A literacia em saúde, segundo a OMS, refere-se às competências cognitivas e sociais, bem como à capacidade dos indivíduos em acederem, compreenderem e utilizarem informação de forma a promover e manter a saúde. Assim, pode ter um impacto social relevante, não apenas no alívio do sofrimento, mas também na perceção, por parte das próprias pessoas e daqueles que com elas convivem, da gravidade da sua situação e das formas de apoio disponíveis.<sup>24-25</sup> Este assunto deverá deixar de ser tabu, beneficiando a população, que deixa de se sentir constrangida perante PL, dando apoio.<sup>24-25</sup>

Ser capaz de levar a PL a perceber pelo que está a passar, inquirir sobre o que efetivamente pretende como ajuda, perguntar pelas soluções que melhor se lhe adequam, dar-lhe as ferramentas que permitam melhor lidar com o problema e com a vida, propondo terapêuticas várias, associadas ou não, à farmacológica serão



atitudes médicas a ser efetuadas. No entanto, dever-se-á realizar a autoavaliação das capacidades de realização de consulta em medicina centrada na pessoa, com empatia médica e uma boa, eficaz, capacitadora e empoderadora relação médico-PL.<sup>26-29</sup> A característica do m-MGF de ser mais mecanicista ou sistémico é um fator a pesar nestes resultados.<sup>30</sup>

Apesar de toda a insistência e dos vários lembretes realizados, a amostra populacional conseguida foi limitada. Resultou, possivelmente, do limite usado quanto ao tempo de luto (um ano), da dificuldade dos médicos em convidarem pessoas para reabordagem ou de reviver situações traumáticas e também pela sua recusa (que não foi quantificada) e pelos critérios de inclusão que tentaram obviar viés de memória.

No entanto, este estudo permitiu conhecer resultados que devem agora ser aprofundados para a mais eficiente atuação da MGF com casos como este, numa era em que a população idosa é cada vez mais prevalente.<sup>31-33</sup>

## CONCLUSÃO

Nesta amostra de um estudo exploratório qualitativo verificou-se uma frequência de 73,2% de respostas de aconselhamento empático para pessoas e m-MGF como a atitude mais pretendida e defendida em consulta perante o luto.

Verificaram-se diferenças significativas para a resposta «Poder falar sobre os problemas futuros e os medos que esta situação traz», com 60% das pessoas a referirem-na contra 19,1% dos m-MGF, e para a resposta com necessidade de associações de atitudes terapêuticas para 65,0% das pessoas e 4,8% dos m-MGF.

Entre MIFE-MGF e e-MGF verificaram-se diferenças significativas para a atitude do aconselhamento empático, com 55,6% dos MIFE-MGF e 91,7% dos e-MGF a escolherem-na. Para 27,3%, a opção «Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz» foi verificada para MIFE-MGF contra 8,3% em e-MGF. Os MIFE-MGF também pensaram significativamente a abordagem terapêutica com mais opções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dias T, Sousa N. A morte, o sofrimento e a doença: um luto diferente [Death, suffering and disease: a different kind of grief]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(2):110-6. Portuguese
- Breen LJ, Kawashima D, Joy K, Cadell S, Roth D, Chow A, et al. Grief literacy: a call to action for compassionate communities. *Death Stud.* 2022;46(2):425-33.
- Cruse Bereavement Support. Understanding the five stages of grief [homepage]. CBS; s.d. [cited 2023 Dec 29]. Available from: <https://www.cruse.org.uk/understanding-grief/effects-of-grief/five-stages-of-grief/>
- Johnson JG, First MB, Block S, Vanderwerker LC, Zivin K, Zhang B, et al. Stigmatization and receptivity to mental health services among recently bereaved adults. *Death Stud.* 2009;33(8):691-711.
- Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the 'Five Stages' Model in a sampling of recent American textbooks. *Omega (Westport).* 2020;82(2):294-322.
- Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged grief disorder: course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2021;19(2):161-72.
- American Psychiatric Association. Prolonged grief disorder [homepage]. APA; 2022. [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder>
- World Health Organization. 6B42 – Prolonged grief disorder [homepage]. In: ICD-11 for mortality and morbidity statistics. WHO; 2025 Jan. 11th ed. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa [Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population]. *Acta Med Port.* 2011;24(6):935-42. Portuguese
- Carmassi C, Shear MK, Soccì C, Corsi M, Dell'osso L, First MB. Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(5):419-28.
- Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, Beery LC, Rosenheck RA, Jacobs SC, et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry.* 1999;156(12):1994-5.
- Prigerson HG. Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereave Care.* 2004;23(3):38-40.
- Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry.* 1997;154(5):616-23.
- Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. (2011). Empathy in family medicine. *Rev Port Clin Geral.* 2011;27(6):527-32.
- Santos P, Sá AB, Santiago L, Hespagnol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português [The WONCA tree: Portuguese translation and cultural adaptation]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2021;37(1):28-35. Portuguese
- Coelho BM, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa [Person-centered medicine: validation of a person perception instrument]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2022;38(3):247-56. Portuguese
- Johns Hopkins; American Healthways. Defining the patient-physician relationship for the 21st century. *Dis Manag.* 2004;7(3):161-79.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-33.
- Abel J, Kellehear A, Aoun SM. Bereavement care reimagined. *Ann Palliat Med.* 2023;12(4):816-25.
- Reiland H, Banerjee A, Claesges SA, Giuca AM, Hillard CJ, Reynolds CF 3rd, et al. The influence of depression on the relationship between lo-



- neliness and grief trajectories in bereaved older adults. *Psychiatry Res Commun.* 2021;1(1):100006.
21. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995;59(1-2):65-79.
22. Vaz T, Sá L. A prescrição social: uma revisão de tema [Social prescribing: a review]. *Psicol Saúde Doenç.* 2021;22(3):971-8. Portuguese
23. Rebelo L. Família e cuidados de saúde [Family and health care]. *Rev Port Clin Geral.* 2007;23(3):295-7. Portuguese
24. Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços [Health literacy and use of health services]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2017;33(1):6-8. Portuguese
25. Dias T, Sousa N. A morte, o sofrimento e a doença: um luto diferente [Death, suffering and disease: a different kind of grief]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(2):110-6. Portuguese
26. Santiago LM, Ramalho M, Ferreira PL. O médico e a prática da Medicina Centrada na Pessoa: adaptação cultural e validação de questionário de autoavaliação retrospectiva [The doctor and the Patient-Centered Medicine practice: cultural adaptation and validation of a retrospective self-assessment instrument]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2023;39(6):523-32. Portuguese
27. Monteiro M, Santiago LM, Simões JA. Validação da escala 'Profundidade da Relação Médico-Doente' e a sua influência nas consequências em saúde: qual a importância da inteligência emocional na relação com o paciente? [Patient-Doctor Depth of Relationship Scale validation and its influence on the outcomes: what is the importance of emotional intelligence when approaching the patient?]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2024;40(2):112-22. Portuguese
28. Santiago LM, Gomes C. Relação médico-doente: principais obstáculos e como superá-los [Doctor-patient relationship: main barriers and how to overcome them]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2024;40(3):268-84. Portuguese
29. Moutinho B, Santiago LM, Simões JA. Profundidade da relação médico-doente: escala para autoavaliação da perspetiva do médico [Patient-doctor depth-of-relationship scale: the doctor's perspective]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2024;40(4):328-37. Portuguese
30. Santiago LM, Mendes T, Carvalho C. General practice/family medicine Portuguese doctors: 'technicians' or 'systemics'? *Aten Primaria.* 2022;54(6):102315.
31. Ferreira PM, Silva PA, Jerónimo P, Marques T. Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida [homepage]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013. Available from: <https://ffms.pt/pt-pt/estudos/estudos/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
32. Santana P. Este país não é para velhos? [homepage]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2019. Available from: <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/este-pais-nao-e-para-velhos>
33. Marques S. Vencer o medo de envelhecer: educação e contacto entre as gerações? [homepage]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2019. Available from: <https://ffms.pt/pt-pt/atualmentes/vencer-o-medo-de-envelhecer-educacao-e-contacto-entre-geracoes>

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, BLD, LMS e CSC; metodologia, BLD, LMS e CSC; *software*, BLD, LMS e CSC; validação, BLD, LMS e CSC; análise formal, BLD, LMS e CSC; investigação, BLD; recursos, BLD, LMS e CSC; curadoria de dados, BLD, LMS e CSC; redação do *draft* original, BLD, LMS e CSC; revisão, validação e edição do texto final, BLD, LMS e CSC; visualização, BLD, LMS e CSC; supervisão, LMS e CSC; administração do projeto, LMS. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago

E-mail: [luizmiguel.santiago@gmail.com](mailto:luizmiguel.santiago@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 27-03-2024

Aceite para publicação em 23-05-2025



---

## ABSTRACT

### MOURNING: MEDICAL ATTITUDES AND A PERSON'S EXPECTATIONS IN THE GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE AMBIENCE

**Introduction:** Grief, a personalized response to the loss of a significant other, often leads to seeking medical consultation.

**Objective:** To evaluate and compare the attitudes to be used by family medicine doctors (m-FM) and the expectations of bereaved individuals.

**Methods:** An exploratory, cross-sectional observational study was conducted on a sample of m-GP, chosen conveniently, and on individuals who have been in mourning for less than a year, applying a specifically designed clinical case and response to similar medical attitudes and expectations in closed multiple-choice and open-ended options. The application process took place after consultation and was also conducted remotely, following an invitation from the m-MGF, by the inclusion criteria. Reliability analysis of the text and descriptive and inferential statistics of the data were performed.

**Results:** In a sample of 21 m-MGF, 13 (46.4%) women and  $n=12$  (57.1%) specialists, and from 20 people,  $n=15$  (75.0%) were women. Significant differences were found in the responses of m-MGF and people ( $p<0.001$ ), with empathetic counseling being the most chosen option by m-MGF, 69.6%, and people, 27.5%. For 91.7% of the specialists, only empathetic counseling was selected, with specialty interns responding with more options ( $p=0.014$ ). People significantly chose more associations of therapeutic attitudes, 31.7% ( $n=13$ ), than GPs, 2.4% ( $n=1$ ,  $p<0.001$ ).

**Discussion:** The differences found in this unprecedented study, simultaneously academic and practice-oriented, regarding medical attitudes and the expectations of people in the face of a bereavement case, suggest the need for a more comprehensive approach by doctors in managing people in mourning, such as the use of empathy, person-centered medicine, and social prescription.

**Conclusion:** In this sample, despite the same attitudes and expectations, differences were observed between m-MGF and people. Doctors predominantly opted for empathetic counseling (69.6%), while people chose other simultaneous approaches.

**Keywords:** Mourning; Prolonged grief disorder; Family doctor; Therapeutics; Empathy; Person-centred medicine.

---