

LUTO COMO EXPERIÊNCIA VITAL

Maria Helena Pereira Franco

Nos últimos anos, muito se tem escrito sobre luto no Brasil (BROMBERG, 1995; BROMBERG, KOVÁCS, CARVALHO e CARVALHO, 1996; CASELLATO, 2005; FONSECA, 2004; FRANCO, 2005 e 2008; FRANCO e MAZORRA, 2007; MAZORRA E TINOCO, 2005), o que evidencia quanto o tema tem merecido cuidadosos estudos, tanto sobre questões conceituais como sobre aplicações terapêuticas e sua eficácia. Pesquisadores e clínicos do exterior (PRIGERSON, 2008; STROEBE, 2008; RAPHAEL, 2008; NEIMEYER, HOGAN e LAURIE, 2008; HANSSON E STROEBE, 2007; PARKES, 2008 e 2006; PARKES, LAUNGANI & YOUNG, 1997; BOSS, 2006) já vinham se debruçando sobre esses mesmos temas, o que lhes possibilitou contribuir com uma história avançada de pesquisas, para que o luto possa ser ainda mais entendido e ampliado. Sem dúvida, os temas que estão no foco do interesse dos pesquisadores contemporâneos são sensíveis às condições de vida na atualidade, trazendo um novo cenário para a área. Dessa forma, podemos destacar o aumento das situações de morte em massa, seja por acidente ou por atos de terrorismo, o que traz a experiência de ter que lidar com situações de violência ou inesperadas. As mortes violentas ou em massa são geradoras de experiências de difícil elaboração pelos enlutados, pela incerteza (muitas vezes, não existe corpo ou não é possível a identificação e/ou reconhecimento) que impede a realização dos rituais organizadores da tradição cultural, pelos intensos sentimentos de raiva, horror, choque, somados a uma experiência de luto na comunidade, não apenas restrito ao âmbito familiar ou social mais próximo.

Neste capítulo, pretendo desenvolver questões mais próximas ao estado atual dos estudos sobre luto, uma vez que os conceitos básicos podem ser estudados nas publicações dos autores acima mencionados. Parto, portanto, da base conhecida sobre luto para colocar algumas questões que me parecem relevantes, sobretudo para aprofundamentos nesses estudos.

Os primeiros estudos sobre o luto falavam em uma proposta de desligamento, de afastamento da pessoa falecida, dando ênfase à expressão

dos sentimentos (FREUD, 1917/1974; BOWLBY, 1979, 1983). Hoje, encontramos pesquisadores que apontam outras possibilidades. Estuda-se o luto a partir de uma perspectiva de construção de significado (NADEAU, 2008; MURPHY, JOHNSON e LOHAN, 2003; NIEMEYER, 2001). Tem peso também a possibilidade de se manterem vínculos contínuos, em oposição à necessidade de desligamento da pessoa falecida. (KLASS, SILVERMAN & STEVEN, 1996; KLASS e WALTER, 2001). Questiona-se a definição de luto complicado, para discutir sobre a adequação de sua inserção na próxima edição do DSM (RUBIN, MALKINSON e WITZTUM, 2008; PRIGERSON, VANDERWEKER e MACIEJEWSKI, 2008).

Por fim, um novo modelo de compreensão dos fenômenos presentes no processo de luto (STROEBE, 2008; STROEBE e SCHUT, 1999 e 2001), o Modelo do Processo Dual tem encontrado fundamento não só na pesquisa como na prática clínica. Este modelo questiona aspectos considerados ultrapassados pelos autores, nas teorias tradicionais sobre maneiras eficientes de lidar com o luto, em particular aquelas que estão relacionadas à proposta da elaboração do luto. As críticas se apóiam em definições imprecisas, insucesso em considerar o processo dinâmico que é próprio do luto, falta de evidência empírica e de validação em diferentes culturas e períodos históricos, e foco limitado a processos intrapsíquicos e conseqüências na saúde. O Modelo do Processo Dual propõe uma revisão nas concepções teóricas sobre o processo do luto, ao identificar dois tipos de fatores estressores – orientados para a perda e para a restauração – e ao considerar a existência de um processo dinâmico e regulador do enfrentamento, pela oscilação por meio da qual o enlutado pode às vezes confrontar, às vezes evitar as diferentes tarefas do luto. Este modelo propõe que o enfrentamento adaptativo é composto de confrontação/evitação da perda, a par com necessidades de restauração.

Davies (2004), por meio de meta-análise, discutiu perspectivas teóricas nas quais os modelos de luto se fundamentam e verificou que eles evoluíram no século 20. Os modelos tradicionais e os novos diferem entre si porque são fundamentados em paradigmas de pesquisa respectivamente positivista e não-positivista e estes últimos podem ser aplicados em uma perspectiva que considere a diversidade cultural da sociedade contemporânea. Até mesmo o processo de fases do luto foi estudado empiricamente por Maciejewski, Baohui,

Block e Prigerson (2007), que concluíram que a Identificação das fases normais de luto, a partir de morte por causas naturais amplia o conhecimento e a compreensão de como a pessoa pode processar, cognitivamente e emocionalmente, a perda de uma familiar. Uma vez que os indicadores de processo de luto com dificuldades atingem seu ápice por volta de seis meses após a perda, os enlutados com resultados altos nesses indicadores por mais do que seis meses após a perda poderão se beneficiar de uma avaliação cuidadosa.

Neste capítulo, portanto, abordarei assuntos que estão alguns passos à frente do habitualmente tratado, na expectativa de que o leitor possa também caminhar nesse percurso por questões tão intrigantes e importantes. O eixo deste capítulo está na proposição clínica clássica diagnóstico-intervenção.

Início com a pergunta: Como podemos distinguir o luto normal do luto complicado?

Se entendermos que o luto está em nossa história passada, presente e futura, uma boa resposta para uma questão polêmica está na preocupação em não considerar luto como uma doença ou em torná-lo uma experiência psicologicamente patológica, como se encontrava no início dos estudos sobre o tema. Prigerson (2008a) identifica duas trajetórias possíveis. Uma afirma que o luto pode encaminhar-se para um padrão de aceitação, enquanto que outra leva à instalação do que ela chamou de Transtorno do Luto Prolongado - TGP. Seus argumentos incluem a definição do luto como um evento normal no ciclo vital, pois todos nós iremos viver e sobreviver a múltiplas mortes de pessoas significativas em nossa vida. Ainda é Prigerson quem afirma (2008b) que a maioria (aproximadamente 80%) das pessoas chega a aceitar a perda ao longo do tempo, enquanto que somente 20% não o fazem.

Os critérios para diagnóstico de Transtorno do Luto Prolongado são:

- a) Pessoa ter vivo a perda por morte de alguém que lhe era significativo e reage com preocupação intrusiva com o morto (buscar, procurar, sentir saudades doloridas) e

- b) Os seguintes sintomas são marcantes e persistentes: evitação, falta de sentido no futuro, entorpecimento, choque, dificuldade em acreditar na morte, sensação de vazio, sem realização na ausência da pessoa, sente como parte de si tivesse morrido, sua visão de mundo perde em confiança, segurança, senso de controle, apresenta sintomas e/ou comportamentos de risco semelhantes aos do falecido, amargura..

Considerando-se dados epidemiológicos, constatamos no mundo ocidental que a maioria das mortes ocorre na 3ª idade. Metade da população feminina está viúva depois dos 65 anos. As causas externas são responsáveis por uma parte menor das mortes, precedida pelas neoplasias e doenças do aparelho circulatório. A população que morre por causas externas é, geralmente, composta por jovens, mortos por assassinato, suicídio ou acidentes automobilísticos. A despeito da grande visibilidade que os órgãos de imprensa dão às mortes de jovens, numericamente ela é menor do que as que são devidas a outras causas.

Podemos dizer que a aceitação da morte natural aumenta com o passar do tempo. Se a maioria aceita a perda, por que estariam os enlutados em risco de apresentar doenças mentais e/ou psicossomáticas, depressão e ansiedade, dificuldades no sono, queda na função imunológica, aumento no consumo de drogas? E o que dizer, então, dos índices de mortalidade aumentados nos primeiros seis meses após a perda? Prigerson (2008b) identificou no grupo que apresentou Transtorno do Luto Prolongado alguns sinais identificadores dessa condição, como: ideação suicida, depressão, ansiedade, piores condições de qualidade de vida, maior frequência de hospitalizações, transtorno de sono, elevação da pressão arterial, aumento na frequência do uso de cigarro, diminuição considerável na qualidade dos comportamentos relacionados à vida diária, como produtividade, cuidados parentais, comportamento cuidador. A partir dessa constatação, essa pesquisadora considera que o processo de luto tem a função de intermediar a relação entre a perda e a morbidade e propõe a pergunta: além de ser um mediador, o Transtorno do Luto Prolongado satisfaz os requisitos para ser considerado um transtorno mental? Para termos uma resposta positiva a esta pergunta, seria necessário que o referido transtorno fosse um comportamento clinicamente significativo ou uma síndrome ou padrão associado a sofrimento ou disfunção atual.

Como Prigerson (2008a e 2008b) defende essa proposta, ela a fundamenta no seguinte arrazoado: a fenomenologia e os sintomas desse transtorno são distintos daqueles encontrados em outros transtornos já presentes no DSM-IV, como depressão maior; os fatores de risco e a etiologia são também distintos e o resultado do Transtorno de Luto Prolongado é associado como variável independente a disfunção e intenso sofrimento; há pouquíssima resposta em tratamento com antidepressivos. Assim sendo, o Transtorno de Luto Prolongado difere de outros transtornos psiquiátricos ao compor um conjunto de sintomas muito próprios, com pouca sobreposição a outros diagnósticos, como depressão maior, ansiedade generalizada ou transtorno de stress pós-traumático. Propõe ainda os seguintes critérios, para inclusão desse transtorno na próxima edição do DSM:

- angústia de separação: um destes três sintomas, diariamente ou em grau de extremo sofrimento: pensamentos intrusivos sobre a relação rompida pela morte; sentimentos intensos de dor emocional, tristeza ou crises de pesar relacionadas à morte; busca pela pessoa morta.

- sintomas cognitivos, emocionais, comportamentais: mais de cinco sintomas diariamente ou em grau de extremo sofrimento: confusão sobre sua identidade (seu papel na vida, sentir que parte de si morreu); dificuldade em aceitar a morte; evitação de indicadores da realidade da perda; incapacidade para confiar nas pessoas; amargura ou raiva em relação à perda; dificuldade em dar prosseguimento à vida (fazer novos amigos, desenvolver interesses); ausência de emoção desde a perda; sentimento de que a vida não tem importância e sentido; sentir-se chocado desde a perda.

- duração: ao menos seis meses desde o surgimento da angústia de separação.

- efeitos indesejados: os sintomas acima causam sofrimento significativo ou restrições em áreas importantes da vida, como social, ocupacional, responsabilidades domésticas, por exemplo.

Os fatores de risco específicos para Transtorno de Luto Prolongado (não depressão) são, de acordo com Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov, Kreicbergs (2008):

- fatores sociodemográficos: relações afetivas: pais e cônjuges.

- fatores psicossociais: dependência do falecido; perda parental sobretudo em pessoas que tenham sofrido abuso ou negligência na infância; angústia de separação na infância; preferência por estilo de vida previsível, avesso a mudanças; falta de preparação para a morte.

Avanços tecnológicos permitiram a utilização de outros recursos na identificação das respostas a partir de um modelo neurobiopsicossocial. O estudo de Gündel, O'Connor, Littrell, Fort e Lane (2003), utilizando ressonância magnética com pessoas enlutadas, observou que enfrentar um luto ativa as regiões do cérebro responsáveis por buscar recompensa ou satisfação e concluiu que pessoas com luto complicado lembranças do falecido (fotos, imagens, sons) ainda ativam a atividade neural relacionada à busca de recompensa, o que pode interferir com adaptação à perda. Freed e Man (2007) discutiram um caso clínico, com o objetivo de identificar a tristeza pertinente à perda e diferenciá-la da depressão. Concluíram que a tristeza pode ser facilmente evocada, a partir de estimulação sensorial, mas pode também ser removida por meio da remoção dos estímulos.

Boelen e Prigerson (2007) deixam claro que o Transtorno de Luto Prolongado é distinto de depressão e ansiedade e é preditor de limitações na qualidade de vida e saúde mental. Consideram útil o emprego do conceito de Transtorno de Luto Prolongado para detectar enlutados em risco para problemas de saúde, que passariam despercebidos se o foco estivesse apenas em detectar ansiedade e depressão.

A preocupação em ter critérios para diagnóstico de Transtorno de Luto Prolongado fundamenta-se, portanto, na necessidade de capacitar os clínicos para identificar pessoas enlutadas em condição de risco, indicar questões a ser abordadas com a terapia específica. Secundariamente oferece uma medida padrão para a pesquisa de prevalência, fatores de risco, resultados, prevenção e tratamento.

A segunda questão que desenvolvo neste capítulo focaliza, então, aspectos relacionados às técnicas de intervenção. As perguntas norteadoras para desenvolver o tema são relativas à justificativa para intervir e sua eficácia, podendo ser ampliadas para: quando intervir e quando não intervir, para quem

oferecer intervenção, a época do início da intervenção, e, por fim, qual intervenção é mais indicada para cada situação.

Aprofundando, as questões por responder são: os benefícios da intervenção superam seu ônus? Qual é o enlutado que se beneficia dessa intervenção? Quais intervenções são mais eficazes e para quem? Aqui se discutem abordagem de grupos de auto-ajuda, psicoterapia, terapia familiar, luto em cuidados paliativos, entre outras. Quando intervir abrange aspectos do luto antecipatório, mais especificamente voltados para programas de cuidados paliativos, além de período no qual o enlutado conta com apoio sócio-afetivo e a adequação de ser oferecida, então, psicoterapia. Inclui também o peso atribuído ao diagnóstico para determinar a urgência da intervenção, sem deixar de considerar o espectro da resposta humana e profissional à perda e ao luto.

Nesta segunda parte, inicio com a pergunta: Por que não intervir?

Uma objeção à oferta de assistência ao enlutado está no fato de nem sempre ela ser necessária, sobretudo para pessoas que contam com boa rede de apoio psicossocial, por amigos, pessoas de sua comunidade, familiares. Pode também diminuir a auto-estima e o senso de eficácia daqueles que têm recursos de enfrentamento adequados. Um sub-texto dessa oferta de intervenção diz que há certas formas de luto que são inaceitáveis e precisam ser resolvidas – ou removidas – o mais depressa possível. Ou seja: parâmetros e expectativas culturais têm peso na qualificação de alguns tipos de luto e podem estigmatizar o enlutado.

Cabe ressaltar, sempre que se discutir a intervenção a ser ou não oferecida, a importância de se buscar o equilíbrio entre a prática, como elemento gerador de problemas de pesquisa, e aquele que a pratica, ou seja, o profissional que requer treinamento adequado e criterioso. Além disso, o diálogo entre prática e pesquisa, sendo estimulado, permite que a prática seja descrita, avaliada e examinada, para que se tenha uma comunicação da evidência para a prática e da prática para as evidências. Espera-se que o profissional contribua com atributos pessoais como empatia, crença no propósito de seu trabalho, boa vontade, generosidade, além de conhecimento teórico, habilidades, competências clínicas. Por outro lado, o profissional deve estar sempre atento às avaliações críticas de seu trabalho, submetendo-se a

supervisão e aceitando possibilidades de ampliar conhecimentos. Este aspecto, da formação e experiência do profissional, pode responder em parte à objeção pela intervenção, se não for efetivada por aquele adequadamente preparado para esse fim.

Se avaliarmos com cuidado a condição do enlutado, podemos nos deparar com aqueles que não necessitam de psicoterapia nos moldes tradicionais e que podem se beneficiar de intervenções de outra ordem, como: acompanhamento para que desenvolvam novas rotinas diárias, integrando habilidades e competências. Bons hábitos devem ser estimulados, como alimentação adequada, boas horas de sono, atividade física (CHEN, GILL, PRIGERSON, 2005).

O apoio afetivo e social nunca será excessivamente valorizado nestas circunstâncias, e o enlutado pode buscar a companhia de amigos empáticos, ou mesmo buscar novos relacionamentos, sobretudo no caso daqueles que se encontram afastados de suas fontes de satisfação e reconhecimento afetivo.

Wagner, Knaevelsrud, e Maercker (2006) realizaram estudo comparativo entre um grupo de pacientes enlutados que estiveram em psicoterapia especificamente voltada para luto e um grupo de enlutados que estiveram em psicoterapia não especializada. Os resultados mostram que aqueles em psicoterapia especializada obtiveram melhores resultados, em menos tempo, resultados esses que se mantiveram quando feito o acompanhamento após 6 meses do término do processo.

Por outro lado, há evidências de que, quanto mais complicado o luto, haverá maiores chances de que a terapia leve a bons resultados (SCHUT, STROEBE, VAN DEN BOUT, TERHEGGEN, 2001; JORDAN e NEIMEYER, 2003). Não se pode perder de vista que a intervenção com pessoas enlutadas atinge os três níveis de prevenção. Na intervenção primária, o objetivo é trabalhar com todos os enlutados, avaliar suas condições, recursos, possibilidades de resiliência. Na prevenção secundária, o foco se dirige mais especificamente aos enlutados em risco e na prevenção terciária, objetiva-se trabalhar com enlutados que apresentem reações de luto complicado.

Podemos dizer, portanto, que as intervenções com pessoas enlutadas devem ser dirigidas para pacientes com riscos sociodemográficos e circunstanciais (pessoas sem apoio familiar, social e financeiro, que vivem

sozinhas ou que vivem um luto em consequência de mortes violentas, traumáticas ou em massa, como assassinato ou suicídio). Também vale verificar de perto a situação de mães e esposas, sobretudo se a relação com o falecido tiver características de dependência. Aqueles que apresentem ideação suicida devem ser considerados prioridade, seguidos por aqueles que apresentavam transtornos psiquiátricos prévios à perda. Pessoas que tenham sofrido abuso ou negligência parental na infância se beneficiam muito da terapia para o luto (PARKES, 2006).

Intervenções no período de luto antecipatório, em uma perspectiva de cuidados paliativos, têm se mostrado importantes para aceitação da morte, ter a oportunidade de se despedir, resolver questões pendentes de forma a não deixar em aberto pontos de arrependimento, e, por fim, resultam em boa qualidade do ajustamento e da resposta à perda (FONSECA, 2004, KISSANE e LICHTENTAL, 2008; WEITZNER, 1999).

Do ponto de vista da fundamentação teórica para as intervenções com enlutados, temos destacado aquelas que se utilizam de teoria do apego (PARKES, 2006), da terapia cognitiva (MALKINSON, 2007), da construção de significado (NEIMEYER, 2001, NEIMEYER, 2001, THOMPSON e JANIGIAN, 1988, WALSH, 1998; NADEAU, 1997).

Muitas são as possibilidades de intervenção com pessoas enlutadas, no âmbito familiar, comunitário, para lidar com sobreviventes e pessoas com Transtorno de Stress Pos-Traumático. Para este capítulo, dado o objetivo de apresentar algumas idéias no eixo diagnóstico-intervenção, não nos pareceu apropriado aprofundar, além do exposto. O leitor terá possibilidades de ampliar seus conhecimentos a partir das referências bibliográficas aqui utilizadas, que o remetem para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOELEN, P. A. e PRIGERSON, H.G. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 257:8 2007
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*, São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- BOWLBY, J.. Perda: tristeza e depressão, In: *Apego e Perda*, v. 3, São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BROMBERG, M.H.P.F. (1995). *Psicoterapia em situações de perda e luto*. Campinas, Editorial Psy.
- CASELLATO, G. (org.) (2005). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Campinas, Livro Pleno.
- CHEN, J.A , GILL, T. M., PREIGERSON, H.G. Health Behaviors associated with better quality of life for old bereaved persons. *Journal of Palliative Medicine*. February 1, 2005, 8(1): 96-106.
- DAVIES, R. New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. *Volume 46 Issue 5, Pages 506 – 513, 2004*
- FONSECA, J.P. *Luto antecipatório*. Campinas, Livro Pleno, (2004)..
- FREUD, S. (1914/1918) - Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud*. (1974) - Rio de Janeiro, Imago.
- FRANCO, M.H.P.. *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas, Livro Pleno. (2002)
- FRANCO, M.H.P. Luto em Cuidados Paliativos. In CREMESP, *Cuidado Paliativo* São Paulo. (2008)
- FRANCO, M. H. P. e MAZORRA, L. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. In: *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 2, n. 4, 503-511, 2007.
- FREED, P.J. e MANN, J. J. Sadness and Loss: Toward a Neurobiopsychosocial Model *Am J Psychiatry* 164:1, January 2007

GUNDEL, H., O'CONNOR, M-F., LITTREL, L., FORT, C. e LANE, R.D. Functional Neuroanatomy of Grief: An fMRI Study *Am J Psychiatry* 160:1946-1953, November 2003

JORDAN, J.R E NEIMEYER, R.A. Does grief counseling work? *Death Studies*, Volume 27, Issue 9 November 2003 , pp 765 - 786

KISSANE, D.W e LICHTENTHAL, W.G. Family focus grief therapy; from palliative care into bereavement. In STROEBE, M.S., HANSSON, R.O., SCHUT, H. e STROEBE, W. *Handbook of Bereavement Research and Practice; advances in theory and intervention*. American Psychological Association, Washington, 2008.

KLASS, D.; SILVERMAN, P. & STEVEN, N. (1996). *Continuing Bonds – New Understandings of Grief*. New York, Taylor e Francis.

KLASS, D. e WALTER, T.. Processes of grieving: how bonds are continued. In: *Meaning Reconstruction and the experience of loss*, NEIMEYER, Robert (ed.), Washington DC: American Psychological Association, 2001.

KOVÁCS, M.J. (1996). *Vida e morte: Laços da existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

KREICBERGS, VALDIMARSDOTTIR, ONELOV, BJÖRK, STEINBECK e HENTER Care-Related Distress: A Nationwide Study of Parents Who Lost Their Child to Cancer. *J Clin Oncol* 23:9162-9171, 2005

LANNEN,, WOLFE, PRIGERSON, ONELOV, KREICBERGS Unresolved Grief in a National Sample of Bereaved Parents: Impaired Mental and Physical Health 4 to 9 Years Later *Journal of Clinical Oncology*, Vol 26, No 36 (December 20), 2008: pp. 5870-5876 , 2008

MACIEJEWSKI; ZHANG; BLOCK e PRIGERSON. An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA*. 2007;297(7):716-723.

MALKINSON, R. *Cognitive grief therapy: construting a rational meaning to life following loss*. Norton, Nova York, 2007.

MAZZORRA, L. & TINOCO, V. (org). (2005). *Luto na infância. Intervenções psicológicas em diferentes contextos*. Campinas, Livro Pleno.

MURPHY, JOHNSON e LOHAN Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies* Volume 27, Issue 5 June 2003, p 381 – 404

NADEAU, Janice. *Families making sense of death*. Califórnia: Sage, 1997.

NEIMEYER, Robert (ed.), *Meaning Reconstruction and the experience of loss*, Washington DC: American Psychological Association, 2001.

PARKES, C. M. *Love and Loss. The roots of grief and its complication*. Londres, Routledge, 2006

PARKES, C.M.; LAUNGANI, P. & YOUNG, B. (1997). *Death and bereavement across cultures*. Londres, Routledge.

PARKES, C.M (1998). *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Summus.

RUBIN, S. S., MALKINSON, R. e WITZTUM, E. Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: challenges, dilemmas and opportunities. In STROEBE, M.S., HANSSON, R.O., SCHUT, H. e STROEBE, W. *Handbook of Bereavement Research and Practice; advances in theory and intervention*. American Psychological Association, Washington, 2008.

SHAPIRO, E. Family bereavement and cultural diversity: a Social developmental perspective. *Family Process*, v.35, n.3,p.313-332, 1996.

SHEAR, K., FRANK, E., HOUCK, P. R., REYNOLDS, C.F. Treatment of Complicated Grief A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, June 1, 2005—Vol 293, No. 21 2601

STROEBE, M e SCHUT, Henk. The dual process model of bereavement: rationale and description. *Death studies*, v. 23, p. 197-224, 1999.

STROEBE, M e SCHUT, Henk Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. In: *Meaning Reconstruction and the experience of loss*, NEIMEYER, Robert (ed.), Washington DC: American Psychological Association, 2001.

STROEBE, M. From Vulnerability to Resilience: Is the Pendulum Swing in Bereavement Research Justified? Palestra apresentada no 8º Congresso Internacional sobre Luto na Sociedade Contemporânea, em Melbourne, Austrália, julho de 2008

THOMPSON, S. C., JANIGIAN, A. S., Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Nova Iorque, v. 7,n.2-3, p. 260-280, 1988.

WAGNER, B.; KNAEVELSRUD, C.; MAERCKER, A. Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial *Death Studies*, Volume 30, Number 5, June 2006 , pp. 429-453(25)

WEITZNER, M. Family Caregiver Quality of Life Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 17, Issue 6, Pages 418-428 1999

WILSON, E.G. *Against happiness, in praise of melancholy*. Farrar, Straus e Giroux, Nova York, 2008.