

PSIQUIATRIA

Luto prolongado:
critérios diagnósticos,
tratamento e papel
da medicação

Da perda à formulação clínica

O diagnóstico de transtorno do luto prolongado não nasce da intensidade da tristeza nem de uma contagem isolada de meses. Ele exige uma sequência: reconstruir a perda, identificar o núcleo dos sintomas, medir prejuízo, situar cultura, testar diferenciais, avaliar segurança e só então definir a conduta.

Vinheta clínica fictícia

Uma mulher de 46 anos procura atendimento 14 meses após a morte do marido. Voltou ao trabalho, mas evita os amigos do casal, conserva o quarto intacto e passa horas revendo mensagens. Diz que perdeu a própria identidade, sente a vida sem sentido e pensa diariamente que deveria estar com ele. Dorme mal, mas nega anedonia em todos os contextos: ainda consegue se interessar pelos filhos e por algumas atividades profissionais.

O caso não se resolve com a frase "já passou um ano". O médico precisa descobrir qual sofrimento organiza o quadro, quanto ele limita a vida, se há comorbidades e se a fala sobre a morte representa desejo de reencontro, ideação suicida ou ambos.

1. Antes de nomear um transtorno

O luto esperado pode ser intenso. Saudade, descrença, choro, oscilação do sono e piora em aniversários ou lugares associados à pessoa falecida não bastam para definir transtorno. O primeiro movimento é reconstruir a trajetória: como o sofrimento se modificou, se há momentos de conexão e alívio, quais papéis foram retomados e onde a vida permanece bloqueada.

Avaliar funcionamento exige mais do que perguntar se o paciente voltou ao trabalho. Pessoas podem manter produtividade e, ao mesmo tempo, perder autocuidado, vida social, capacidade de decidir ou disponibilidade afetiva. Compare o funcionamento atual com o período anterior à perda e descreva amplitude, rigidez e tendência do prejuízo.

Eixo	O que perguntar	Como interpretar
Perda e vínculo	Quem morreu? Que funções emocionais e práticas esse vínculo ocupava?	Ajuda a compreender o significado da separação sem presumir patologia.
Circunstâncias	A morte foi esperada, súbita, violenta ou acompanhada de culpa?	Orienta a investigação de trauma, culpa persistente e evitação.
Trajetória	O sofrimento oscila? Houve retomadas parciais? O quadro está melhorando, estável ou piorando?	Diferencia ondas de luto de um padrão rígido e persistentemente incapacitante.

Eixo	O que perguntar	Como interpretar
Funcionamento	O que a pessoa fazia antes e não consegue mais fazer?	Documenta prejuízo em autocuidado, família, trabalho, vida social e sentido.
Contexto	Quais práticas culturais, sociais ou religiosas moldam a expressão do luto?	Evita diagnosticar como desproporcional uma resposta esperada naquele contexto.

2. DSM-5-TR: o critério completo

No DSM-5-TR, o diagnóstico em adultos só pode ser considerado quando a morte ocorreu há pelo menos 12 meses. Para crianças e adolescentes, o intervalo mínimo é de 6 meses. Esse marco temporal abre a possibilidade diagnóstica, mas não fecha o quadro.^{1,3}

É necessário anseio intenso pela pessoa falecida ou preocupação persistente com ela. O sintoma central deve estar presente na maioria dos dias, em grau clinicamente significativo, com esse padrão ocorrendo quase diariamente durante pelo menos o último mês. Além disso, pelo menos três dos oito sintomas adicionais precisam cumprir a mesma exigência de frequência e intensidade.

Camada diagnóstica	Exigência
Tempo desde a morte	Adultos: 12 meses ou mais. Crianças e adolescentes: 6 meses ou mais.
Sintoma central	Anseio intenso ou preocupação persistente com a pessoa falecida.

Camada diagnóstica	Exigência
Sintomas adicionais	Pelo menos três: ruptura de identidade, descrença, evitação de lembranças, dor emocional intensa, dificuldade de reintegração, entorpecimento emocional, falta de sentido ou solidão intensa.
Frequência e intensidade	Sintomas presentes na maioria dos dias, em grau clinicamente significativo, quase diariamente durante pelo menos o último mês.
Impacto	Sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo.
Contexto e exclusão	Resposta que excede normas sociais, culturais ou religiosas e não é explicada melhor por outro transtorno, substância ou condição clínica.

Na vinheta, o retorno ao trabalho não exclui prejuízo. A evitação social, a ruptura de identidade, a falta de sentido e a rigidez do comportamento precisam ser examinadas em frequência, intensidade e impacto.

3. CID-11: outra arquitetura diagnóstica

A CID-11 descreve anseio persistente ou preocupação com a pessoa falecida, acompanhados de dor emocional intensa, por período anormalmente prolongado, de pelo menos 6 meses. O quadro deve causar prejuízo importante e exceder as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas.^{2,3}

O erro frequente é combinar o prazo da CID-11 com a lista e a contagem do DSM-5-TR. O prontuário deve dizer qual sistema classificatório orientou a decisão. Isso torna explícitos o marco temporal, a arquitetura dos sintomas e as exclusões usadas.

Ponto	DSM-5-TR	CID-11
Tempo	12 meses no adulto; 6 meses em crianças e adolescentes.	Período anormalmente prolongado, de pelo menos 6 meses.
Núcleo	Anseio intenso ou preocupação persistente.	Anseio persistente ou preocupação, com dor emocional intensa.
Estrutura adicional	Exige pelo menos três de oito sintomas adicionais.	Não usa a mesma contagem do DSM-5-TR.
Contexto	Prejuízo, cultura e exclusões fazem parte do diagnóstico.	Prejuízo e resposta além do esperado no contexto também são necessários.

4. Diagnóstico diferencial: identifique o núcleo

Separar diagnósticos não significa escolher apenas um. Transtorno do luto prolongado, episódio depressivo maior e TEPT podem coexistir. A pergunta útil é qual núcleo organiza cada conjunto de sintomas e que conduta ele exige.

Achado predominante	Hipótese a explorar	Pergunta que ajuda
Anseio, preocupação com quem morreu, dificuldade de adaptação à ausência	Luto prolongado	O sofrimento permanece centrado na separação?

Achado predominante	Hipótese a explorar	Pergunta que ajuda
Humor deprimido, anedonia e autodepreciação generalizados	Episódio depressivo maior	A perda de interesse e valor pessoal se estende a quase todos os contextos?
Revivescência traumática, ameaça atual, hipervigilância e evitação do trauma	TEPT	O paciente revive a morte como perigo presente?
Sofrimento ligado ao estressor sem critérios completos para outro transtorno	Transtorno de adaptação	Há um quadro clinicamente relevante que não atende melhor a outra categoria?
Flutuação cognitiva, desorganização, mania, psicose ou relação temporal com substâncias	Condição clínica, substância ou outro transtorno	Existe alteração do estado mental incompatível com uma narrativa exclusiva de luto?

Aplicação à vinheta

A capacidade de se interessar pelos filhos e por parte do trabalho reduz a impressão de anedonia global, mas não exclui depressão. A fala “eu deveria estar com ele” exige exploração direta: pode expressar anseio, desejo passivo de morte ou intenção suicida. A entrevista precisa separar esses sentidos antes de formular risco e tratamento.

5. Segurança e prioridade de atendimento

Pergunte diretamente sobre pensamentos de morte, intenção, planejamento, acesso a meios, episódios anteriores, impulsividade, intoxicação, psicose, suporte disponível e capacidade de buscar ajuda. Escalas podem organizar informações, mas não devem prever isoladamente quem morrerá, decidir alta ou substituir uma formulação clínica contextualizada.^{4,6}

Há risco imediato, psicose, intoxicação relevante, agitação grave ou incapacidade de manter segurança?



Sim: priorize proteção e avaliação urgente. Acione suporte e nível de cuidado compatíveis com o risco.



Não: descreva vulnerabilidades, fatores protetores, rede disponível, acesso a meios, plano de segurança e prazo de reavaliação.

O produto clínico dessa etapa não é um rótulo de “baixo”, “médio” ou “alto” risco. É uma formulação que explica o que aumenta a vulnerabilidade agora, quais proteções existem e quais medidas concretas serão tomadas.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

6. Quando tratar e o que tratar

A ausência de diagnóstico não impede cuidado. Acolhimento, orientação sobre o curso do luto, mobilização da rede e seguimento podem ser necessários mesmo quando o paciente não atende aos critérios de transtorno do luto prolongado. Tratamento estruturado ganha prioridade quando há critérios completos, sofrimento incapacitante, prejuízo persistente, comorbidade ou risco.

Psicoterapias focadas no luto têm a sustentação mais direta para os sintomas centrais. Elas trabalham a realidade da perda, a evitação rígida, a reintegração de papéis, a restauração de vínculos e a retomada de metas. A formulação define quais componentes recebem maior ênfase e como o progresso será acompanhado.^{3,7}

Situação clínica	Foco inicial	Como acompanhar
Luto esperado com sofrimento importante, sem critérios completos	Acolhimento, orientação, apoio psicossocial e seguimento proporcional à necessidade.	Trajetória, funcionamento e aparecimento de risco ou comorbidade.
Transtorno do luto prolongado	Psicoterapia estruturada e focada no luto.	Anseio, evitação, reintegração de papéis, funcionamento e metas pactuadas.
Comorbidade depressiva, ansiosa, traumática ou por uso de substâncias	Plano integrado para o luto e para o transtorno comórbido.	Desfechos separados para o núcleo do luto e para a comorbidade.

Situação clínica	Foco inicial	Como acompanhar
Risco agudo ou desorganização grave	Proteção e avaliação urgente antes do plano ambulatorial.	Segurança, supervisão, suporte e resposta ao nível de cuidado indicado.

7. Medicação: indicação própria, alvo definido

Antidepressivo não é resposta automática ao luto nem tratamento genérico da passagem do tempo. Em ensaio clínico randomizado, a psicoterapia focada no luto melhorou o quadro. Acrescentar citalopram não aumentou o benefício sobre os sintomas de luto, embora tenha reduzido mais sintomas depressivos.⁷

A farmacoterapia pode ser considerada quando existe um transtorno comórbido com indicação própria, como episódio depressivo maior ou transtorno de ansiedade, ou quando um sintoma-alvo justifica tratamento após avaliação clínica. O prontuário deve registrar o diagnóstico ou alvo, o benefício esperado, os riscos, o plano de monitorização e o momento de reavaliar.

Pergunta	Resposta clínica necessária
Estou medicando o luto ou uma condição definida?	Nomeie a comorbidade ou o sintoma-alvo. “Está sofrendo muito” não é uma indicação farmacológica suficiente.
Qual desfecho espero mudar?	Separe sintomas depressivos, ansiedade, sono e núcleo do luto para não atribuir melhora inespecífica ao tratamento errado.

Pergunta	Resposta clínica necessária
O que continuará exigindo psicoterapia?	Anseio, evitação, adaptação à ausência e reintegração de papéis não devem desaparecer do plano porque um fármaco foi prescrito.
Quando reavaliar?	Defina prazo conforme gravidade, risco, tolerabilidade e evolução da condição tratada.

8. Da entrevista ao plano documentado

Uma boa formulação mostra como a perda, os sintomas, o funcionamento, a cultura, as comorbidades e a segurança se conectam. Ela também deixa claro por que a conduta escolhida é proporcional ao quadro.

- 1. Reconstrua a perda.** Vínculo, circunstâncias, tempo e práticas culturais relevantes.
- 2. Defina o núcleo.** Anseio e preocupação com quem morreu, sintomas depressivos generalizados, trauma, alteração do estado mental ou outro eixo.
- 3. Aplique um sistema diagnóstico.** Registre DSM-5-TR ou CID-11 e descreva critérios presentes e ausentes.
- 4. Descreva o prejuízo.** Autocuidado, família, trabalho, vida social, capacidade de decidir e sentido.
- 5. Teste diferenciais e comorbidades.** Evite transformar uma hipótese em exclusão automática das demais.
- 6. Formule segurança.** Vulnerabilidades, proteções, suporte, acesso a meios, medidas de proteção e prazo de reavaliação.

7. Justifique a conduta. Acompanhamento, psicoterapia focada no luto, farmacoterapia por indicação própria ou avaliação urgente.

Fechamento da vinheta

Na paciente fictícia, o médico registra o DSM-5-TR como referência, confirma o sintoma central e três sintomas adicionais em frequência e intensidade suficientes, documenta prejuízo social e familiar e explora a fala sobre “estar com ele”. A investigação não identifica intenção ou plano suicida, mas revela depressão comórbida. O plano combina psicoterapia focada no luto, tratamento específico da depressão, participação de uma filha no plano de segurança e reavaliação precoce.

O caso é fictício e serve para demonstrar raciocínio. A decisão clínica depende da avaliação individual.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Referências

1. American Psychiatric Association. Prolonged Grief Disorder. DSM-5-TR patient and clinician overview.
<https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder>
2. World Health Organization. ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, 2024 update.
[https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/](https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dcf73611-9e0f-4d5c-85f6-85a58b0da6de/content)
[dcf73611-9e0f-4d5c-85f6-85a58b0da6de/content](https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dcf73611-9e0f-4d5c-85f6-85a58b0da6de/content)
3. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. Focus. 2021;19(2):161-172.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8475918/>
4. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations>
5. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations>
6. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para Depressão no Adulto: manejo inicial e avaliação do risco de suicídio.
<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/unidade-de-atencao-primaria/manejo-inicial-conduta/>
7. Shear MK et al. Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2016;73(7):685-694.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5735848/>