



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**CENTRO DE HUMANIDADES**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CAROLINE BRANDÃO NASCIMENTO**

**AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COMO PROPOSTA INTERVENTIVA PARA O  
LUTO MATERNO: INVESTIGANDO MUDANÇAS**

**FORTALEZA**

**2025**

**CAROLINE BRANDÃO NASCIMENTO**

**AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COMO PROPOSTA INTERVENTIVA PARA O LUTO  
MATERNO: INVESTIGANDO MUDANÇAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lucila Moraes Cardoso.

**FORTALEZA**

**2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- N194a Nascimento, Caroline Brandão.  
Avaliação Terapêutica como proposta interventiva para o luto materno : investigando mudanças /  
Caroline Brandão Nascimento. – 2025.  
168 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2025.  
Orientação: Profa. Dra. Lucila Moraes Cardoso.
1. Luto. 2. Mãe. 3. Suicídio . 4. Avaliação Terapêutica. 5. Psicoterapia Breve. I. Título.  
CDD 150
-

**CAROLINE BRANDÃO NASCIMENTO**

**AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA COMO PROPOSTA INTERVENTIVA PARA O LUTO  
MATERNO: INVESTIGANDO MUDANÇAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Aprovada em: 29/05/2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Lucila Moraes Cardoso (Orientadora)  
(Universidade Federal do Ceará – UFC)

---

Profª. Dra. Maria Helena Pereira Franco  
(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP)

---

Profª. Dra. Anna Elisa de Villemor-Amaral  
(Universidade de São Francisco – USF)

---

Profª. Dra. Layza Castelo Branco Mendes  
(Universidade Estadual do Ceará – UECE)

À minha avó, Margarida Brandão (*in memoriam*) e ao Rodrygo do Vale (*in memoriam*). Vó, o seu amor sempre foi o meu lugar seguro no mundo, não é à toa que você é a inspiração para esta dissertação. Rod, eu não imaginava ter que escrever para você aqui, nem tampouco que teria que me despedir tão cedo. Novembro sempre foi meu mês preferido do ano, agora, dividindo-o com vocês, arrisco pensar que é a reunião do amor, há mais sentido nele.

## **Agradecimentos**

Eu sempre disse que essa pesquisa foi construída por muitas mãos, porque nunca estive sozinha durante esse percurso. Escrever aqui é uma maneira de deixar registrada a minha gratidão por todo apoio que recebi de pessoas tão especiais e a minha felicidade de concluir um sonho antigo de realizar uma pesquisa sobre luto. Pesquisar sobre luto, como diz a Profa. Maria Helena, é de fato, ser sujeito e objeto o tempo inteiro, logo, ainda bem que nunca estive sozinha!

Primeiramente, agradeço à minha família. Aos meus pais, Elizabete e Francisco, e minha irmã, Camila, pelo apoio diário ao longo da vida.

Aos meus sobrinhos, Symon, Davi, Levi e Bernardo, por compartilharem comigo o amor mais sincero dessa vida e bons abraços. Por serem aconchego nos momentos de respiro, vocês recuperavam minhas energias para continuar. De todos os papeis que desempenho, ser tia de vocês é o meu preferido! Nunca imaginei amar tanto mini seres humaninhos, a vida é boa e leve porque têm vocês! É impossível não destacar o meu parceirinho de rotina, Symon, pois sem você o caminho teria sido um pouco mais árduo. Obrigada pelos momentos gastronômicos, cinematográficos, e pelos abraços inesperados e reconfortantes!

Ao meu irmão, Carlos Brandão, por me proporcionar treinos “insanos”, me ajudando a ser persistente no autocuidado, sendo isso muito importante. Talvez você não saiba, mas eles foram essenciais, assim como o seu apoio e as trocas que tivemos, as quais nunca imaginei que teríamos. Às vezes olho pra você e me pergunto como é possível nos parecermos tanto.

À minha cunhada, Carliene Bezerra, pelas viagens incríveis, pelo tempo de qualidade e por sempre me lembrar da importância das pausas. Por ser abrigo nos meus momentos de desespero e me fazer dar boas risadas para acalmar. As nossas trocas são sempre hilárias por começarem com uma gargalhada sincera e isso significar que há acolhimento. Já te disse e

repito, você é inspiração para mim e sou grata por saber que posso contar com você para tudo!

À Alana Angelo, por ser abrigo seguro para todos os momentos e pela leveza que você irradia nesse mundo. Qualquer agradecimento a você é mínimo diante de tudo que você faz por mim. Sem dúvidas, esse percurso (e a vida) teria sido muito mais difícil e penoso se não tivesse você comigo, me apoiando e me incentivando. Obrigada pelos cafés com lágrimas (e com muitas risadas), as sextas-feiras de samba, por ouvir os vários áudios de oito minutos, vibrar com as minhas conquistas e ser colo na hora do sufoco. É um privilégio ser sua amiga, como eu te digo sempre, quem te tem na vida sabe a leveza e a sorte que é, porque é como estar em casa. Te amo, Alaninha!

À Cássia Bandeira, por segurar na mão daquela garotinha lá atrás, ensinando-a a caminhar de novo e permanecendo sempre do lado. Sou muito sortuda e grata por dividir as dores e as delícias dessa vida com você! Eu escreveria facilmente várias laudas sobre a sua importância para mim, afinal de contas, Cássinha tá sempre presente nas melhores (e piores histórias) fazendo piada. Um dia você me disse que tudo isso seria possível e aqui estamos. Te amo e te admiro, não é de hoje, você sabe!

À Larici Alves, Milena Pinheiro, Ingrid Guimarães, Marília Matos e Liliane Ribeiro, os presentes que o Leapsi me deu. Eu até poderia escrever individualmente, mas é simbólico escrever assim, todo mundo junto, como sempre foi. Fico sem palavras para descrever o quanto caminhar com vocês foi leve, sinto falta das nossas quartas, mas sou muito feliz de tê-las na minha vida, pelos nossos rolês de karaokê (já que o samba é sempre fora de cogitação hahaha) e por me ensinarem tanto. Obrigada por acreditarem em mim e me incentivarem sempre que eu desanimava, não só no meio acadêmico, mas na vida. Nessa construção tem a mão de vocês e que sorte a minha! Um agradecimento especial à Larici e à Milena pelas

inúmeras revisões, contribuições neste texto e o apoio diário, vocês merecem um milhão de “obrigadas”!

Ao Matheus Custodio, amigo que o mestrado me deu! Como eu sempre digo, você foi a “tampa da minha panela” nessa pós-graduação, ainda bem que tinha você! Dividimos os mesmos neurônios e angústias e, assim, era fácil nos confortarmos. Obrigada pelos rolês aleatórios para “turistar” em Fortaleza, mas também para dar uma “choramingadinha”. Sou muito grata por essa amizade para além dos muros da universidade.

Às minhas eternas Profas., Karlinne Oliveira e Mariana Farias. Na graduação, vocês sempre toparam estar comigo nos meus projetos e me incentivavam a ir além. Me apresentaram o mundo da pesquisa de uma forma encantadora e leve. Minhas primeiras pesquisas sobre luto foram orientadas por vocês e pude sempre aprender um pouco mais sobre o ato de pesquisar. Quando compartilhei minha vontade de fazer mestrado, me incentivaram e acreditaram no meu potencial para adentrar na pós-graduação, nem eu mesma acreditava que conseguiria. Não mediram esforços também para me ajudar tornar real essa minha vontade. A vocês, minha eterna gratidão e admiração!

A todos os colegas do Leapsi. Fazer parte de um grupo é sempre construtivo, mas conviver com pessoas afetuosas, inspiradoras e que te incentivam a sair da zona de conforto, é gratificante! Aos integrantes do grupo de supervisão em AT, obrigada por toparem discutir, estudar e falar sobre perdas e lutos toda quarta-feira de manhã, sei que, por vezes, não foi fácil, mas estávamos sempre acolhendo uns aos outros. Em especial, agradeço à Larici, à Alynne e ao Gustavo, que chegaram de mansinho para alegrar mais ainda minhas quartas. Alynne, obrigada pelo seu zelo, cuidado e suas contribuições, dividir as experiências dessa pesquisa (e da vida) com você fez total diferença. Você me acolheu e me incentivou nos momentos em que eu precisava sair da “*skin*” pesquisadora, obrigada!!! Gustavo, companheiro de boas risadas, acolhimento e karaokê, se estávamos ensaiando para cantar



“Sufoco”, agora vamos cantar uma *playlist* inteira de Alcione, hahaha. Obrigada por tornar esse percurso mais leve. Larici, você já foi citada anteriormente, mas eu não podia deixar de mencionar você aqui, minha fiel companheira de quarta, obrigada por tudo! Amo você, Lari!

À minha orientadora, Profa. Dra. Lucila Cardoso. Obrigada pela oportunidade de fazer parte do Leapsi. Obrigada por topa fazer essa pesquisa comigo e me permitir estudar um tema que é tão caro para mim e que, por vezes, não foi fácil, nós sabemos. Obrigada por me desafiar a sair da zona de conforto e aprender coisas novas, acreditando que eu daria conta. Muitas vezes você me incentivou a superar meus limites e receios e acho que não consigo mensurar tudo que aprendi com você ou os impactos positivos na minha vida pessoal e profissional. Uma vez você disse que achava que era meu “bicho papão”, mas a verdade é que eu te admiro e acho potente carregar o legado do Leapsi e de ser orientanda da Lucila. Só não digo que você é uma espécie de ursinho de pelúcia, porque você sabe, eu não sou muito fã deles, rs. Quero também agradecer por nesse final de percurso me ajudar a ancorar o barco no meio da tempestade e por me encorajar a navegar de novo. Obrigada por tudo!

À Profa. Dra. Maria Helena Franco, à Profa. Dra. Anna Elisa e à Profa. Layza Mendes. Eu me refiro a vocês como banca dos meus sonhos! Obrigada pela disponibilidade de vocês, pelas discussões e considerações tecidas a esta pesquisa! Sem dúvidas, a leitura atenciosa e criteriosa de vocês ajudou a enriquecer mais ainda essa pesquisa. Para mim foi muito importante ter uma banca formada por mulheres potentes e por quem eu tanto admiro o trabalho! Muito obrigada!

À Aurora, participante dessa pesquisa, por ter dividido comigo a sua história de perda. Sei que falar sobre seu filho te enche de alegria, mas também toca em suas dores, obrigada por me permitir, junto contigo, construir significado. Não foi por acaso que você topou participar da pesquisa, aprendi muito com você e foi cuidando da sua dor que eu aprendi a cuidar e validar a minha. Obrigada, Aurora!

À Emanuel (*in memoriam*), meu sincero respeito!

Agradeço à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Técnico (FUNCAP) por possibilitar minha dedicação exclusiva à esta pesquisa, por meio da bolsa de estudos.

Por fim, agradeço a cada pessoa que optar por ler esta pesquisa. Espero que ela te inspire a fazer novas investigações, mas também te faça refletir sobre a forma como lidamos com o luto da/na nossa sociedade.

“Somos relicários de quem amamos. Nós os trazemos aqui dentro, somos a memória deles. E não queremos esquecer” (Rosa Montero, 2019, p. 64-65).

## **Resumo**

A morte de um filho traz intensas repercussões na vida de mães que perderam seus filhos. Como o luto é um processo multifacetado, requer uma avaliação cuidadosa para que não sejam feitos diagnósticos equivocados, bem como para auxiliar no planejamento de intervenções. Dentre os modelos de avaliação, tem se destacado a Avaliação Terapêutica (AT), que se trata de um modelo de avaliação psicológica em que o cliente participa ativamente e colaborativamente de todo o processo, pois é a partir de sua demanda que o processo é planejado. A AT tem se mostrado eficaz para melhorar a vida dos clientes possibilitando mudanças diretas a curto prazo. Diante da temática do luto, a AT é uma possibilidade de escuta, acolhimento e cuidado, pois proporciona maior compreensão sobre o sofrimento ao qual a pessoa em luto está passando. Diante disso, objetivou-se compreender as mudanças de uma mãe em luto em um processo de AT. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com estudo de caso único como método de investigação. Participou deste estudo uma mãe que vivenciou o suicídio de um filho, há nove anos, e que reconheceu estar enfrentando dificuldades e sofrimento referentes ao seu luto. A coleta de dados foi realizada mediante o processo de AT, que seguiu a semiestrutura composta por seis passos, totalizando oito sessões que levaram em média de 60 a 90 minutos cada. Foram realizadas a análise de conteúdo de Bardin e a comparação dos resultados pré e pós avaliação, feita mediante o Método JT. Os resultados indicaram que durante o processo de AT ocorreram mudanças positivas quanto aos dilemas da cliente, como a construção de novas narrativas e de significado para o seu luto. A cliente relatou sentir alívio em compartilhar suas dificuldades, bem como se sentiu motivada a cuidar de si. Adicionalmente, observou-se melhora nos relacionamentos interpessoais, principalmente com a família. Quanto ao comparativo dos resultados pré e pós avaliação, houve redução nos sintomas de depressão, desesperança e

trauma. Considera-se que a AT cumpriu com seu objetivo de promover mudanças positivas na vida da cliente.

*Palavras-chave:* Luto, Mãe, Suicídio, Avaliação Terapêutica, Psicoterapia Breve

## **Abstract**

The death of a child has intense repercussions on the lives of mothers who have lost their children. As bereavement is a multifaceted process, it requires careful assessment in order to avoid misdiagnosis and to help plan interventions. Among the assessment models, Therapeutic Assessment (TA) has stood out, a psychological assessment model in which the client participates actively and collaboratively in the whole process, since it is planned based on their demands. TA has been shown to be effective in improving clients' lives, making direct changes possible in the short term. On the subject of grief, TA is a possibility for listening, welcoming and caring, as it provides a greater understanding of the suffering that the bereaved person is going through. With this in mind, the aim was to understand the changes of a bereaved mother during a TA process. This is a qualitative study with a single-case design as the research method. The participant was a mother who had experienced the suicide of a child nine years ago and who acknowledged that she was facing difficulties and suffering in relation to her grief. Data was collected through the TA process, which followed a semi-structure consisting of six steps, totaling eight sessions that took an average of 60 to 90 minutes each. Bardin's Content Analysis was carried out and the pre- and post-assessment results were compared using the JT method. The results indicated that during the TA process, there were positive changes regarding the client's dilemmas, such as the construction of new narratives and meaning for her grief. The client reported feeling relieved to share her difficulties, as well as feeling motivated to take care of herself. In addition, there was an improvement in her interpersonal relationships, especially with her family. When comparing pre- and post-assessment results, there was a reduction in symptoms of depression, hopelessness and trauma. It is considered that the TA fulfilled its purpose of promoting positive changes in the client's life.

*Keywords:* Grief, Mother, Suicide, Therapeutic Assessment, Brief Psychotherapy

## Lista de Figuras

### **Figura 1**

<i>Processo Dual do Luto.....</i>	18
-----------------------------------	----

## **Lista de Tabelas**

### **Tabela 1**

*Critérios diagnósticos dos transtornos do luto complexo persistente e de luto prolongado..... 35*

### **Tabela 2**

*Resumo processo de AT com Aurora ..... 70*

### **Tabela 3**

*Grau de concordância dos trechos a serem transcrito à análise de conteúdo..... 73*

### **Tabela 4**

*Apresentação das categorias e temas elencados ..... 89*

### **Tabela 5**

*Comparativo dos resultados pré e pós-avaliação e do IMC no caso Aurora ..... 124*



### **Lista de abreviaturas e siglas**

AM	Ausência de Mudança
AP	Avaliação Psicológica
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AT	Avaliação Terapêutica
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
BFP	Bateria Fatorial de Personalidade
BHS	Escala de Desesperança de Beck
BSS	Escala de Ideação Suicida de Beck
CEP	Comite de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CG	Grau de Confiança
IMC	Índice de Mudança Confiável
Leapsi	Laboratório de Estudos e Práticas em Avaliação Psicológica
Método JT	Método Jacobson e Truax
MIS	<i>Magical Ideation Scale</i>
MNC	Mudança Negativa Confiável
MPC	Mudança Positiva Confiável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTCI	<i>Posttraumatic Cognitions Inventory</i>
SAT	Técnica de Apercepção para Idosos
Satepsi	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos

SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>Fundamentação Teórica .....</b>	<b>13</b>
<b>O luto e seus desdobramentos .....</b>	<b>13</b>
<b>O desenvolvimento das teorias do luto .....</b>	<b>13</b>
<b>Percepções Contemporâneas sobre Luto .....</b>	<b>17</b>
<b>Luto materno e suas implicações .....</b>	<b>22</b>
<b>Especificidades do Luto materno por suicídio .....</b>	<b>27</b>
<b>Discussões sobre a inserção do luto em categorias nosológicas de diagnóstico .....</b>	<b>30</b>
<b>Avaliação Terapêutica .....</b>	<b>38</b>
<b>Histórico e etapas da Avaliação Terapêutica .....</b>	<b>39</b>
<b>Principais contribuições da literatura sobre Avaliação Terapêutica .....</b>	<b>45</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>52</b>
<b>Objetivo geral .....</b>	<b>52</b>
<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>52</b>
<b>Método .....</b>	<b>53</b>
<b>Delineamento da pesquisa .....</b>	<b>53</b>
<b>Participante .....</b>	<b>53</b>
<b>Psicóloga que conduziu o processo de AT .....</b>	<b>55</b>
<b>Local dos atendimentos .....</b>	<b>55</b>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>56</b>
<b>Instrumentos usados na Entrevista Prévia e na Sessão de Acompanhamento .....</b>	<b>56</b>
<b>Instrumentos utilizados durante o processo de AT .....</b>	<b>66</b>
<b>Procedimentos .....</b>	<b>68</b>
<b>Análise de dados .....</b>	<b>71</b>
<b>Análise de conteúdo .....</b>	<b>71</b>
<b>Análise comparativa dos resultados – Método JT .....</b>	<b>76</b>
<b>Resultados e Discussão .....</b>	<b>76</b>
<b>Apresentação do Caso: Avaliação Terapêutica com Aurora .....</b>	<b>77</b>
<b>Categorias Temáticas para Análise .....</b>	<b>88</b>
<b>Reações ao luto .....</b>	<b>90</b>
<b>(Re)construindo significado .....</b>	<b>102</b>
<b>Rede de apoio .....</b>	<b>110</b>
<b>Repercussões do luto na vida de Aurora .....</b>	<b>120</b>
<b>Mudanças ocorridas no processo de AT de Aurora .....</b>	<b>124</b>

<b>Comparando Mudanças pré e pós-AT .....</b>	<b>124</b>
<b>Mudanças ocorridas na narrativa de Aurora durante o processo de AT.....</b>	<b>126</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>130</b>
<b>Referências.....</b>	<b>133</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>144</b>
<b>Apêndice A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>144</b>
<b>Apêndice B – Questionário Sociodemográfico .....</b>	<b>146</b>
<b>Apêndice C - Termo De Confidencialidade E De Sigilo .....</b>	<b>148</b>
<b>Apêndice D – Roteiro Semiestruturado De Entrevista Prévia.....</b>	<b>149</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>150</b>
<b>Anexo A – Self-Report Questionnaire.....</b>	<b>150</b>
<b>Anexo B – Magical Ideation Scale .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo C – Posttraumatic Cognitions Inventory .....</b>	<b>152</b>
<b>Anexo D – Parecer de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>153</b>

## Introdução

O luto pode ser definido como um processo de construção de significado a partir do rompimento de um vínculo (Franco, 2021). Para a autora, faz sentido demarcar o luto como um processo, dada a implicação de mudança, de elaboração e de movimentação, pelo fato de o luto ser dinâmico e não estático. As movimentações se referem aos caminhos singulares que cada pessoa em luto<sup>1</sup> enfrenta a partir de sua perda, indicando um caminho não linear.

Nesse sentido, Franco (2021) considera que a construção de significado é o próprio processo em si e não apenas como algo que o acompanha. O luto se inicia em situações que há perda por morte ou em circunstâncias em que, mesmo não havendo morte concreta, o impacto é o mesmo do que se houvesse (Casellato, 2015). É um processo singular, pois cada pessoa tem seu tempo de elaboração e formas singulares de expressar seu pesar diante de uma perda (Parkes, 1998; Casellato, 2015). As repercussões do luto reverberam em todas as áreas da vida da pessoa em luto, por exemplo, no âmbito cognitivo, social, emocional, físico, espiritual e cultural (Parkes, 1998).

Alguns fatores são determinantes para a vivência do luto, principalmente, o vínculo que se tinha com o ente querido, a idade dele e o tipo de morte (Parkes, 1998; Rigonatti, 2019). Estes podem influenciar o curso do luto, podendo haver o desenvolvimento de complicações. O luto complicado se refere a uma má adaptação ao processo natural do luto, seu quadro clínico, geralmente, é compreendido por sintomas prolongados e intensos do luto, ou seja, trata-se das mesmas expressões do luto natural, como a tristeza, a saudade, a raiva, porém, com intensidade e duração mais extremas (Shear et al., 2005). Características associadas ao luto complicado são descrença em relação à morte, ao desejo de reencontro, à saudade intensa, à preocupação, à perda de significado, ao propósito na vida e/ou à culpa.

---

<sup>1</sup> Nesta dissertação, optou-se por utilizar a expressão “pessoa em luto” ao invés do termo “enlutado” para reforçar que o luto é um processo e, embora possa durar anos, é importante valorizar a ideia de que essa pessoa existe para além do luto.

Essas características causam sofrimento e prejudicam o funcionamento da pessoa em luto em diversas áreas de sua vida (Shear et al., 2005).

Este estudo compreenderá o luto como processo dinâmico e multidimensional, conforme o processo dual do luto que consiste em dois movimentos, a orientação para a perda, que se refere à dor do luto e à orientação para a restauração, que busca a ressignificação da continuidade da vida após a morte de um ente querido (Stroebe & Schut, 1999/2010). A oscilação entre as duas orientações permite a construção de significado, tanto para a perda quanto para a pessoa em luto, além do mais, esse aspecto permite que a pessoa em luto se perceba protagonista de seu luto, administrando as mudanças decorrentes dele (Franco, 2021).

Ainda que o luto trate de qualquer situação de perda, neste estudo, o termo será utilizado para se referir à morte de um ente querido, mais especificamente o luto de uma mãe que perdeu um filho por suicídio. O luto materno é considerado um processo profundamente doloroso, intenso e devastador (Lichtenthal et al., 2010) podendo ser atravessado por fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do luto complicado em mães que perderam um filho. A dor que essas mulheres vivenciam, transcende qualquer tentativa de classificação (Agnese et al., 2012), visto que é atravessada por sentimentos de raiva, tristeza, culpa, solidão, vazio, desespero e representa uma ruptura existencial (Freitas & Michel, 2014). A literatura aponta para um maior risco de desenvolvimento de luto complicado e problemas psicológicos em mulheres (Almeida et al., 2011; Costa et al., 2017; Pallottino et al., 2019; Pascoal, 2012) e se tratando do luto materno por suicídio, este tipo de morte é considerado fator complicador para o percurso do luto (Feijoo, 2021; Fukumitsu, 2023; Serra & Freitas, 2020; Tochetto & Conte, 2022). Contudo, alguns autores defendem que o luto materno não deveria ser entendido como uma doença (Brice, 1991) e nem determinado pelo tempo,

evidenciando a necessidade de mais estudos sobre o luto complicado (Barbieri, 2019; Breen et al., 2015; Maciejewski et al., 2016; Michel & Freitas, 2019; Zachar, 2015).

Neimeyer (2016) aponta a falta de estudos empíricos sobre procedimentos terapêuticos para avaliar e intervir no luto, visto que é mais comum que os pesquisadores busquem compreender sobre os impactos da perda. Concordando com a escassez de pesquisas, Pallottino et al. (2019) incluem a falta de estudos sobre diagnóstico interventivo e validação de instrumentos que avaliem o luto no Brasil.

Dentre os modelos de avaliação psicológica, surge a Avaliação Terapêutica (AT), que é baseada em princípios humanísticos e refere-se a um processo avaliativo, interventivo, semiestruturado, colaborativo, breve e com fins terapêuticos (Finn, 2007/2017). Diferentemente do modelo tradicional de avaliação, que visa utilizar a aplicação de testes psicológicos primariamente para fins de diagnóstico, planejamento e entendimento do tratamento, um dos objetivos da AT é proporcionar uma mudança benéfica para o cliente<sup>2</sup> (Villemor-Amaral & Cardoso, 2023; Villemor-Amaral & Resende, 2016), e o desenvolvimento de narrativas mais coerentes sobre si mesmo e o mundo (Fantini et al., 2022; Finn, 2013). Além disso, proporciona uma intervenção de acordo com as demandas do cliente e busca compreender os resultados dos testes padronizados a partir da sua história de vida, considerando suas percepções acerca das informações obtidas (Villemor-Amaral, 2016).

Em uma busca de estudos sobre AT e luto na literatura nacional e internacional, encontrou-se apenas o estudo de Durosini et al. (2017). Os autores utilizaram a AT frente a demanda de luto e os resultados da pesquisa, Durosini et al. (2017) mostraram que o cliente obteve melhoras significativas nos sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e na redução de sintomas relacionados ao Transtorno Depressivo Maior (TDM). O TEPT se refere a uma situação traumática cujos sintomas envolvem a sensação de

---

<sup>2</sup> Na Avaliação Terapêutica, a pessoa avaliada é nomeada por “cliente” (Finn, 2007/2017).

experenciar de forma contínua uma situação já vivida, bem como a evitação, o entorpecimento e a excitabilidade aumentada (Sbardelloto et al., 2013). Já o TDM, é caracterizado pelo humor deprimido e/ou perda de interesse ou do prazer, por minimamente duas semanas, na maior parte do dia, quase todos os dias (American Psychological Association [APA], 2022). Em Durosini et al. (2017), observou-se que a AT foi um método eficaz para promover benefícios e mudanças significativas na vida do cliente, auxiliando-o em situação de perda traumática e luto complicado.

O resultado positivo do uso da AT diante de uma situação de luto por Durosini et al. (2017) corrobora com a perspectiva de que a AT seja uma avaliação condizente com a compressão do luto enquanto processo dinâmico e multidimensional, evitando generalizações da vivência do luto e diagnósticos precoces. Destaca-se, nesta perspectiva, o caráter colaborativo da AT, de o cliente ter um papel ativo no processo e na possibilidade de construção de novos significados. Ambientes acolhedores que possibilitem a expressão do luto (Feijoo & Noletto, 2022; Kreuz & Antoniassi, 2020; Noletto, 2022; Reis et al., 2024; Scavacini et al., 2019; Tavares, 2022) e promovem a manutenção de um vínculo saudável com o ente querido (Klass, 2006) podem contribuir para a construção de significado diante da perda (Neimeyer, 2000). Com base no exposto, esta pesquisa parte da seguinte questão: Quais mudanças podem ocorrer no luto materno a partir da Avaliação Terapêutica?”. Portanto, objetivou-se, por meio de um estudo de caso único, investigar as mudanças no luto materno a partir da Avaliação Terapêutica.

Para uma melhor compreensão do conteúdo desta pesquisa, preferiu-se estruturá-la a partir de dois capítulos teóricos, sendo o primeiro denominado “Luto e seus desdobramentos”, no qual aborda o luto considerando os aportes teóricos, tais como a definição, as teorias tradicionais e contemporâneas do luto, as implicações do luto materno, bem como uma discussão sobre a inserção da categoria nosológica de diagnóstico no Manual



Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). No segundo capítulo, intitulado “Avaliação Terapêutica”, foi apresentada a AT, relatando seu histórico de desenvolvimento, bem como explicou-se suas etapas e as produções científicas acerca da temática. Em seguida, foi exibido todo o percurso metodológico, sendo este de natureza qualitativa realizado a partir de um estudo de caso único. Os dados foram coletados mediante o processo de AT e examinados através da análise de conteúdo que resultou em categorias temáticas.

Os resultados e discussão foram organizados em quatro seções. Inicialmente, foi apresentado o caso atendido. Na segunda seção, foram discutidas as três categorias temáticas elencadas para análise, a saber, reações ao luto, (re)construindo significado e rede de apoio. Na sequência, foram apresentadas as repercussões do luto ocorridas na vida de Aurora. Na quarta seção, foram abordadas as mudanças ocorridas no processo de AT, a partir de discussões sobre a redução sintomatológica e a mudança na narrativa da cliente. E por último, nas considerações finais, os principais resultados da pesquisa foram retomados, bem como as limitações, contribuições e reflexões do estudo.

## **Fundamentação Teórica**

### **O luto e seus desdobramentos**

#### ***O desenvolvimento das teorias do luto***

Para melhor compreensão dos desdobramentos do luto, é necessário compreendê-lo desde antes dele ser nomeado, por meio da perspectiva histórica da morte. Outrora, podia se observar as demonstrações de pesar por meio das representações da morte na cultura ocidental, que se referem às diferentes formas de compreender e lidar com a morte de acordo

com as mudanças ocorridas ao longo do tempo. Uma das formas de analisar o contexto histórico das modificações acerca da compreensão da morte é por meio dos estudos do historiador Ariès (1977/2014, 1977/2017).

De acordo com Ariès (1977/2017), foi a partir do século XIX que o luto passou a ser observado como um fenômeno que requer cuidado psicológico. As demonstrações excessivas de luto apontavam que havia maior dificuldade de aceitação dos sobreviventes quando experienciavam a morte do outro, que passa a ser mais temida do que a própria morte (Ariès, 1977/2017). Por conta disso, nos séculos XIX e XX, os túmulos e cemitérios passaram a ter grande importância. Os túmulos representavam a presença do ente querido para além da morte, era uma resposta à afeição dos sobreviventes como recurso de aceitação ao desaparecimento do ente querido, havendo apego a seus restos.

Ao explicitar que as demonstrações de luto, que havia antigamente, modificaram-se no decorrer dos séculos, Ariès (1977/2014) aponta que na contemporaneidade há o rompimento com a familiaridade da morte, que passa a ser um tabu e o luto, um fenômeno, muitas vezes, não reconhecido. A partir do momento que se compreendeu que o luto necessitava de cuidados psicológicos, alguns estudiosos se dedicaram à compreensão de tal fenômeno.

O primeiro estudo sobre luto foi feito por Freud, no livro “Luto e Melancolia” que foi escrito em 1915, e publicado em 1917. Freud definiu luto como um processo de diminuição gradual da energia que liga a pessoa em luto ao ente querido. Considera-se que a pessoa em luto necessita enfrentar a realidade da perda e começar a se desvincular do ente querido. Para Freud, a principal tarefa do trabalho de luto é fazer com que a pessoa rompa totalmente os laços com o ente querido, pois só assim será possível confrontar sentimentos e emoções associados à perda, chorar a morte, expressar saudade e/ou tristeza. Em suma, o trabalho de Freud se baseava no enfrentamento adaptativo, ou seja, a pessoa em luto enfrenta a perda a

partir do colóquio entre seu desejo de reencontrar a pessoa falecida e a realidade, que evidencia a impossibilidade desse reencontro (Franco, 2021).

Depois disso, algumas teorias foram criadas com o intuito de compreender a elaboração do luto. Dentre as que mais ganharam destaque na literatura, tem-se os estágios do luto de Elisabeth Kubler-Ross (1969/2017), as fases do luto de Collin M. Parkes (1998) e as tarefas de William Worden (1982/2013). A começar pela proposta de Kubler-Ross (1969/2017), a autora caracterizou cinco estágios de vivência do luto, sendo negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

No estágio da negação, há o choque da notícia e, inicialmente, a recusa para aceitar a situação da perda. Na raiva, há um predomínio de ressentimentos e de sentimento de revolta, direcionados, muitas vezes, para os outros, tais como familiares, médicos, Deus e, até mesmo, ao ente querido por ter morrido. O estágio da barganha é caracterizado pela negociação consigo mesmo ou com Deus, o que resulta em promessas como ser uma pessoa melhor ou cuidar mais da pessoa que faleceu, na esperança de sair dessa situação de dor, almejando a realidade que era vivida antes da perda. Já no estágio da depressão, tem-se dois tipos de depressão descritos, a depressão reativa que diz respeito a uma resposta emocional a perdas ou a eventos passados, em que existe uma dificuldade na adaptação a partir dessa perda, podendo tornar-se um problema. E a depressão preparatória, que é compreendida como uma condição natural do luto, na qual existe sofrimento intenso, tristeza, medo de não conseguir superar a perda, relacionados a perdas futuras, por exemplo, pacientes em estado terminal ao perceberem a aproximação de sua finitude. O último estágio é a aceitação, momento em que a pessoa aceita a nova condição de viver com a ausência física do ente querido e volta a investir energia e dar atenção a sua rotina de vida. Não existe uma ordem de acontecimentos para esses estágios, nem um tempo determinado de duração entre eles (Kubler-Ross, 1969/2017).

Parkes (1998) também desenvolveu uma teoria na perspectiva de fases, em que propôs quatro fases do luto, a saber, o entorpecimento, a saudade ou procura, a desorganização e desespero, e a recuperação. O entorpecimento é vivenciado após receber a notícia da morte, não havendo um período de duração estabelecido. A fase de “saudade ou procura” se refere à urgência em encontrar a pessoa perdida, ocorre pela tomada de consciência do rompimento do vínculo, como se a saudade se intensificasse e gerasse o anseio de encontrar a pessoa perdida. Diante da tomada de consciência da irreversibilidade da perda, a pessoa se desorganiza e se desespera, sendo essa a terceira fase descrita, o que torna essa fase mais difícil e dolorosa e implica diretamente na reorganização da rotina de vida, agora sem a presença física da pessoa perdida. Por fim, a “recuperação” é a última fase descrita pelo autor, em que se tem a aceitação da nova realidade com a ausência do ente querido. É o momento no qual se percebem as mudanças que precisam ser realizadas em alguns âmbitos da vida. Contudo, cada fase tem suas características e se diferem consideravelmente de uma pessoa para outra, tanto em relação à duração quanto à forma em que ocorre (Parkes, 1998).

Apesar de bem-quistas para a compreensão e para o tratamento do luto, algumas críticas são direcionadas às fases/estágios do luto. Por exemplo, apresentar o luto em fases/estágios agrega uma ideia ilusória de aplicação de regras, de que toda pessoa em luto precisa passar por cada uma das fases e que ao chegar na última fase, o luto terá fim. Além disso, as pessoas não são compreendidas nas suas particularidades, pois existe a criação de uma expectativa a respeito do que seria um processo “normal” de luto, criando uma associação a um comportamento padrão para vivenciá-lo (Franco, 2021). Outras críticas apresentadas por Stroebe et al. (2017) referem-se à falta de fundamentação teórica e de evidência empírica diante das teorias de fases/estágios para o luto, não ocorrendo uma comprovação de que existe uma sequência a ser seguida. A confusão conceitual também é apontada por não haver clareza na descrição e na representação das fases/estágios, pois

alguns se referem a estados afetivos e outros a processos cognitivos e, por fim, por não auxiliarem na identificação de risco ou complicações no percurso do luto.

Afastando-se da perspectiva de fases para o luto, Worden (1982/2013) propõe as Tarefas do Luto. Convém compreender que o termo “tarefa” expressa a ideia de ação e que a pessoa em luto precisa ser ativa e fazer alguma coisa diante de seu luto (Worden, 1982/2013). Worden (1982/2013) definiu quatro tarefas do luto, a saber, 1) aceitar a realidade da perda, em que a pessoa precisa visualizar a nova realidade sem a presença do ente querido, pois a morte é algo irreversível; 2) processar a dor do luto, sendo necessário expressar os sentimentos inerentes à perda e 3) ajustar-se a um mundo sem a pessoa perdida, demandando adaptações ao funcionamento da própria vida, ao senso de si mesmo da pessoa e à percepção de como a morte afeta suas crenças, valores e suposições sobre o mundo. Por fim, a última tarefa é 4) encontrar conexão duradoura com a pessoa perdida em meio ao início de uma nova vida. As tarefas do luto podem ocorrer de forma simultânea e cada uma delas podem ser revividas.

A partir dos questionamentos sobre as fases do luto, surgiram novas investigações sobre a compreensão do processo de luto, visões para além dessa perspectiva de encerramento. Dentre elas, o processo dual do luto proposto por Stroebe e Schutz (1999/2010), os Vínculos Contínuos descrito por Klass et al. (1996) e a Construção de Significado por Neimeyer (2000), essas são as teorias que compreendem o luto como processo não linear.

### ***Percepções Contemporâneas sobre Luto***

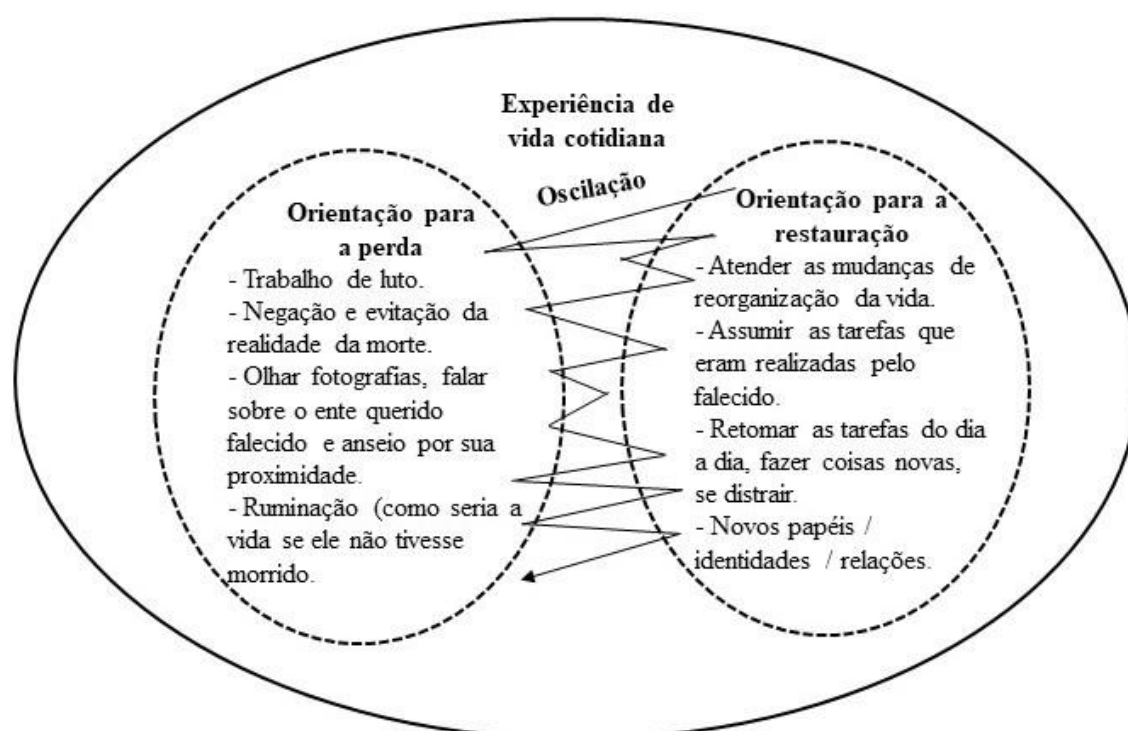
O processo dual do luto pauta-se em um modelo contínuo e a longo prazo. Este não se propõe a trabalhar com o conceito de fases, de tarefas ou de estágios, e sim com duas

direções, que seriam a orientação para a perda e para a restauração (Stroebe & Schut, 1999/2010). Stroebe e Schut (1999/2010) consideram os dois tipos de orientações como um processo dinâmico e de confronto entre ambas que possibilita um ajustamento a longo prazo.

A Figura 1 ilustra como o processo dual do luto se apresenta.

**Figura 1**

*Processo Dual do Luto*



*Nota.* Adaptado de Stroebe e Schut, (1999/2010).

Conforme apresentado na Figura 1, a orientação para a perda se refere aos aspectos da própria experiência de perda em relação à pessoa falecida, por exemplo, a busca dos laços afetivos com o ente querido, a evitação da realidade da morte, a saudade da pessoa amada, olhar fotografias e falar sobre o finado (Dahdah et al., 2019; Stroebe & Schut, 1999/2010). Já a orientação para a restauração diz respeito à forma de lidar com a nova configuração da vida, sem a presença física do ente querido. Assim, a orientação para a restauração está relacionada ao ajustamento às mudanças substanciais que são consequências secundárias da perda, como

retomar as atividades diárias, assumir atividades que antes eram exercidas pelo ente querido, fazer coisas novas, distrair-se sem culpa ou preocupação de estar fazendo algo de errado com o ente querido e desenvolver novas identidades (Dahdah et al., 2019; Stroebe & Schut, 1999/2010).

A oscilação entre as duas direções é o componente central do modelo dual do luto, pois permite que a pessoa em luto revise o vínculo rompido e o ressignifique ao longo de sua vida (Franco, 2021). Além do mais, é a partir da oscilação que as pessoas em luto podem vivenciar um enfrentamento à perda de forma saudável, uma vez que por meio desse movimento se permite a construção de novos significados. A falta de oscilação ou de permanência entre um dos dois tipos de orientações pode ocasionar complicações no percurso de luto e acarretar agravos para a saúde mental e física das pessoas em luto, como supressão de emoções negativas, hipertensão arterial e inibição do trauma (Stroebe & Schut, 1999/2010).

De acordo com Stroebe e Schut (1999/2010), a partir do processo dual do luto, é possível compreender o luto complicado, que seria como um “distúrbio de oscilação”, isto é, situações em que há ausência do processamento da oscilação orientada para a restauração. Segundo Stroebe e Schut (1999/2010), as mulheres estão mais propensas à orientação para a perda, enquanto os homens, orientados para a restauração. O contexto cultural impacta diretamente nas formas de manifestação do luto, pois é a partir de tais prescrições que o luto é vivenciado e entendido culturalmente. A perspectiva de Stroebe e Schut (1999/2010) possibilita uma compreensão para a ideia de vínculos contínuos, pois a revisitação ao vínculo rompido é permitida por meio da oscilação.

A fim de apresentar uma nova visão de interpretação do processo de luto, ao contrário das visões tradicionais que defendiam a necessidade do rompimento de vínculo com o ente querido para que a pessoa pudesse seguir sua rotina de vida, a ideia de vínculos contínuos se

dá pela compreensão do processo de luto no qual existe a possibilidade de permanência da relação entre a pessoa em luto e o ente querido, mas não da mesma forma que ocorria antes da morte (Franco, 2021).

Logo no início, quando surgiu a ideia de vínculos contínuos, houve uma confusão na compreensão do conceito. Muitos profissionais utilizavam o sentido de continuidade de vínculo como uma descrição de que era necessário após vivenciar a morte de um ente querido manter o vínculo com o ente querido (Klass, 2018).

Durante o século XX, os vínculos contínuos eram compreendidos como um indício de patologia no luto, já que a interação com os mortos era tida socialmente como anormal naquele período (Klass, 2018). A fim de romper com essa má interpretação, em 1996, os estudiosos Klass, Silverman e Nickman explicaram que para os vínculos contínuos serem saudáveis é imprescindível que a pessoa em luto seja consciente da morte, sendo possível reconstruir seu vínculo com o ente querido, sem que haja um impedimento na adaptação da pessoa à sua perda (Klass, 2018). Klass (2006) afirma que os critérios considerados para a saúde de um vínculo interpessoal são os mesmos, independente se o vínculo é entre pessoas vivas ou entre pessoas vivas e mortas. Assim, o que determina se o vínculo contínuo é adaptativo ou não, é o reconhecimento e a forma como a pessoa em luto integra a morte em sua vida após à perda (Franco, 2021).

Uma forma de estabelecimento de vínculos contínuos na contemporaneidade é relatada por Irwin (2018) que aponta as redes sociais como uma possibilidade de manutenção desses vínculos. As redes sociais podem ser consideradas um espaço público adequado para que a pessoa em luto possa expressar suas emoções, por meio das postagens, sendo possível manter o vínculo com o ente querido, percebendo que sua expressão sobre a perda é aceita e reconhecida (Franco, 2021). Considerando o avanço tecnológico, o uso das redes sociais pode ser utilizado para expressar vínculos contínuos e demonstrações de luto.



Muitas vezes, o luto está relacionado com a construção de significado, o que denota dizer que após a morte de um ente querido, a pessoa em luto busca um significado não só para sua perda, como para sua vida (Neimeyer, 2000). A construção de significado apresenta duas características importantes, sendo elas, criar sentido à perda e achar benefício a partir dessa perda (Silva, 2019; Neimeyer, 2000).

Em relação à primeira característica de criar sentido à perda, refere-se à elaboração de uma explicação para a perda, baseada nas crenças e na perspectiva de mundo da pessoa em luto (Lichtenthal et al., 2010). Essa construção acontece de forma subjetiva e surge como uma estratégia para lidar com o luto. Neimeyer (2000) aponta que focar as intervenções terapêuticas no processo de construção de significado após a perda é mais benéfico, sendo este o processo central do luto. Ademais, segundo Currier et al. (2006) e Lichtenthal et al. (2010) criar significado para a experiência de perda ajuda a pessoa a restabelecer um sentido de propósito no mundo sem a presença física do ente querido, o que pode ser terapêutico e reduzir o sofrimento.

No tocante à segunda característica mencionada, encontrar benefício a partir dessa perda, está relacionado ao valor de um evento ocorrido na vida de uma pessoa de forma global, que na maioria das vezes, envolve mudanças positivas, como uma maior apreciação da vida e uma melhora nos relacionamentos. São as consequências positivas que podem ocorrer após eventos estressores da vida (Lichtenthal et al., 2010).

Quanto à construção de significado, Lichtenthal et al. (2010) objetivaram identificar temas específicos de construção de significado, tanto de criar sentido à perda quanto a achar benefícios a partir dessa perda. Além disso, examinou a associação desses temas com a gravidade da sintomatologia do luto. Participaram do estudo 156 mães ou pais em luto e não houve uma especificação para as causas da morte dos filhos, havendo mortes naturais, por doenças, homicídios e suicídios. Os pais que relataram não conseguir compreender sua perda

ou não conseguir identificar benefícios relacionados a sua experiência apresentaram sintomas de luto mais grave. Os pais que conseguiram encontrar sentido após a morte de seus filhos apresentaram como temáticas mais comuns para construção de sentido, a espiritualidade e as crenças religiosas. Com relação aos benefícios, os temas mais prevalentes foram o aumento no desejo de ajudar outras pessoas e na compaixão pelo sofrimento dos outros (Lichtenthal et al., 2010). Esses resultados reforçam a ideia de Neimeyer (2000), dando ênfase à importância da construção de significado para redução do sofrimento de pessoas em luto, bem como a ressignificação da perda.

Com base nas diferentes teorias de compreensão do luto, é possível notar o avanço de estudos sobre o fenômeno. No início, as perspectivas tradicionais propunham que o afastamento do ente querido seria adaptativo, enquanto as ideias contemporâneas sobre o luto visam colocar a pessoa em luto como protagonista de seu percurso.

### ***Luto materno e suas implicações***

Para a compreensão do luto, alguns fatores determinantes são importantes de serem considerados, como o tipo de vínculo que se tinha com o ente querido, a idade dele, o gênero e o tipo de morte (Parkes, 1998). Rigonatti (2019) acrescenta que a religião, os aspectos familiares e culturais que interferem na expressão do luto, as redes de apoio e as experiências de perdas significativas anteriores também precisam ser levados em consideração. A morte pode ocorrer de diferentes maneiras e quando ocorre de modo inesperado e brusco, pode provocar desorganização, paralisação e impotência na pessoa em luto (Kovács, 2013).

Dentre as várias perdas sofridas ao longo da vida, a morte de um filho é considerada uma experiência atormentadora e dolorosa de se vivenciar (Parkes, 2009), pois representa o inverso dos acontecimentos do ciclo vital humano em que se espera que os filhos enterrem seus pais. Conforme ilustra Agnese et al. (2012, p.3), “a gramática classifica como ‘viúvo’ ou ‘viúva’ aquele que perde seu cônjuge, nomeia como ‘órfão’ aquele que perde seus pais, mas

não designa uma palavra para a inversão da ordem que classificaria os pais que perdem seus filhos”.

Atravessada por sentimentos como raiva, tristeza, culpa, solidão, sensação de vazio, desespero e ansiedade, a experiência de perder um filho retrata a perda de um modo de existir (Freitas & Michel, 2014). Isto é, após vivenciar uma perda, a pessoa sofre um abalo na vida e precisa ressignificá-la diante da ausência física do ente querido. Esse abalo costuma ser mais intenso quando o ente querido ocupava a maior parte do tempo no dia a dia da pessoa em luto, como no caso de um filho. É um processo de reassumir o papel materno, pois, diante dessa perda, vai-se um pouco daquela mãe, ocasionando várias outras perdas (Fukumitsu, 2022). Segundo Feijoo e Noleto (2022), muitas mães que perderam um filho relatam perder também o sentido de suas vidas, questionando-se frequentemente sobre sua existência. Assim, quando uma mãe perde um filho, o luto parece permanente, sendo vivido dia após dia (Feijoo & Noleto, 2022; Freitas & Michel, 2014).

Almeida et al. (2011) e Costa et al. (2017) apontam que algumas mães podem desenvolver TEPT e TDM, como também ocultar o sofrimento psíquico vivenciado após a morte de um filho, o que pode acarretar um quadro de depressão e de pensamentos suicidas. Pascoal (2012) comenta que a principal queixa de mães e mulheres que sofreram perdas por suicídio é relacionada ao sentimento de culpa e à procura constante por uma resposta para o ocorrido. Angústia e tristeza também foram sentimentos percebidos em mães e mulheres que vivenciaram a morte inesperada, mesmo quando haviam sofrido a perda há mais tempo. Ademais, em alguns casos, a morte de um filho pode suscitar para a mãe a compreensão de fracasso no seu papel materno (Andrade et al., 2017).

E quando a morte ocorre na infância, existe a desconstrução de expectativas relacionadas ao desenvolvimento e ao crescimento desse filho (Andrade et al., 2017). Os dilemas vivenciados logo após a morte de um filho na infância ou na adolescência são

difíceis de serem respondidos, como não saber qual destino dar aos brinquedos espalhados pela casa, experienciar a dificuldade em se alimentar diante do vazio de uma cadeira que antes era preenchida por uma vida, ou preocupar-se com o corpo do filho enterrado, caso sinta frio ou precise ser agasalhado (Fiuza, 2021).

São tantas as demandas e burocracias que se apresentam diante do fenômeno da morte, a organização do velório, a escolha das flores e da roupa que será usada pelo filho perdido, a mensagem e a foto para a confecção do santinho<sup>3</sup>, providenciar o atestado de óbito, o encerramento da matrícula na escola ou na faculdade, entre outras situações. Para muitas mães, esse pode ser o momento em que se precisa de auxílio dos familiares e de amigos para resolver essas questões, para outras, as escolhas fúnebres são importantes e fazem parte da maternidade, representando em muitos casos, um último feito para o filho (Fiuza, 2021).

De acordo com Franqueira et al. (2015), mães que perdem filhos adultos, geralmente vivenciam o processo de luto não reconhecido em detrimento do sofrimento da viúva e dos netos. O luto não reconhecido se refere a situações nas quais a sociedade inibe e nega a pessoa em luto o direito de sofrer tal perda, pois esta é considerada como insignificante (Casellato, 2015). Mulheres que sofrem a perda gestacional, muitas vezes, não têm o reconhecimento de seu luto, pois escutam que não precisam sofrer já que poderão gerar outros filhos ou que foi “melhor assim”, tornam-se discursos que não só inviabilizam o luto das mães, como minimiza e aniquila o sofrimento (Ignacio & Medeiros, 2023).

Com frequência, mães que perdem seus filhos decorrente de mortes violentas, como assassinato e homicídio, não têm seu luto reconhecido. Em muitos casos, diante dos homicídios de seus filhos, além de lidar com o sofrimento da perda, terminam sendo enquadradas em rótulos de “mães inadimplentes” (Sá et al., 2014) por não conseguirem suprir minimamente as necessidades de seus filhos. Logo, tendem a se culpabilizar e são

---

<sup>3</sup> São pequenos folhetos/cartões com a foto do ente querido e uma mensagem da família, para homenageá-lo. Geralmente, são entregues nos velórios ou nas celebrações de sétimo dia.

culpabilizadas pela morte de seus filhos por terceiros, o que as fazem acreditar na ideia de fracasso materno (Sá et al., 2014; Rodrigues & Sá, 2015). Dessa forma, Freitas e Michel (2014) apontam que após a morte de um filho, existe a necessidade de ressignificar o valor e o sentido da vida, dada a ausência física do filho perdido e da nova configuração de vida.

Quando a perda do filho ocorre concomitante a chegada da terceira idade, o luto é acompanhado por outras mortes simbólicas que ocorrem naturalmente no envelhecimento. As mudanças típicas vivenciadas durante o envelhecimento, tais como prejuízos na saúde e/ou capacidade física, na funcionalidade, aposentadoria, menor integração social, redução da cognição, perda da sensação de utilidade e da qualidade de vida (Carmona et al., 2014; Ribeiro et al., 2017), podem impactar no percurso de luto de mães, haja vista que durante o envelhecimento, as pessoas idosas já precisam lidar com as especificidades dessa fase do desenvolvimento. A aposentadoria pode, por exemplo, gerar sentimentos de inutilidade e sensação de não pertencimento social (Ribeiro et al., 2017), bem como a morte de pessoas em luto pode provocar sentimentos de solidão (Carmona et al., 2014), elevando a demanda de compartilhamento da dor.

É a partir da necessidade de compartilhar a dor que são criados grupos de apoios, coletivos<sup>4</sup> e movimentos voltados para mulheres que sofrem com a morte de um filho. O grupo de apoio surge como um espaço importante para mães em lutos (Feijoo & Noleto, 2022). Idealizados por mulheres que vivenciaram a dolorosa perda de um filho, os grupos podem ocorrer no formato presencial ou on-line, por meio de páginas criadas nas redes sociais. Um exemplo desses grupos é o “Mães Semnome” com o intuito de acolher mulheres que vivenciam a perda de um filho, proporcionando um espaço onde as mães possam falar abertamente sobre sua perda. Com a repercussão do grupo nas mídias, em 2015, foi fundado

---

<sup>4</sup> Grupos de pessoas que se reúnem e compartilham ou são motivadas por questões em comum.

o Instituto Mães Semnome, na Fundação Getúlio Vargas (Rio de Janeiro – RJ). Desde então, o instituto é uma rede referência de apoio a mães em luto (Noletto, 2022).

A Rede de Apoio a Perdas (Ir)reparáveis (Rede API) é um grupo de apoio, fundado em 1998, pela necessidade de espaços onde pais que perderam seus filhos pudessem ser acolhidos e falar sobre seu sofrimento (Tavares, 2022). A Rede API foi criada em Belo Horizonte, e segue fazendo um trabalho ininterrupto. Atualmente, expandiu-se e possui sede em diferentes lugares do Brasil, como Rio de Janeiro, Espírito Santo, São Paulo, entre outros.

Faz-se importante citar o “Movimento Mães de Maio” que surgiu em 2006, após vários homicídios ocorridos, inicialmente, em São Paulo e, logo em seguida, expandiu-se pelo país (Fundo Brasil de Direitos Humanos, 2011). Em Fortaleza-CE, existe o movimento “Mães do Curió”, representado por mães cujos filhos foram vítimas de uma chacina, sucedida no bairro da Grande Messejana, em 2015. A chacina do Curió vitimou cerca de 11 pessoas, a maioria jovens com idades entre 15 e 19 anos. Esses movimentos surgem em prol da busca por justiça e do compartilhamento dessa vivência dolorosa.

É a partir da união dessas mães que são construídos movimentos de acolhimentos para outras mulheres que compartilham da mesma experiência, transformando a dor singular em uma esfera social (Ignacio & Medeiros, 2023). Todos os exemplos citados foram criados por mães que vivenciaram a perda de um filho e a partir de suas experiências, decidiram acolher e compartilhar suas dores com outras mães.

Diante da dor e do sofrimento, a espiritualidade também é um recurso utilizado por muitas mulheres, o apego à divindade a qual acreditam, ajudam-nas a criar sentido à perda, além de possibilitar alívio nos momentos de dor e de sofrimento. Para as mães, é uma relação de conforto e de segurança (Esperandio & August, 2014). É no processo de reconstrução de si, que muitas mães buscam a força espiritual necessária para seguir em frente, pois a espiritualidade e a fé dão a essas mulheres conforto ao confiar que seus filhos estão em um

lugar divino e seguro. Estudos apontam que a religião é um dos principais meios de apoio para as mães, seja pela busca de respostas para a morte do filho ou pelo conforto que lhes é oferecido (Barbieri, 2019; Feijoo & Noletto, 2022). Adicionalmente, a religião também auxilia na construção de sentido na vida das mães em luto, independentemente do tipo de morte ou idade do filho perdido.

### ***Especificidades do Luto materno por suicídio***

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2024), o suicídio se refere ao ato deliberado de tirar a própria vida e é considerado um problema de saúde pública. São várias as causas do suicídio, dentre elas, fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e ambientais. Todavia, vale ressaltar que o principal fator de risco para o suicídio é uma tentativa anterior e suas principais consequências são, principalmente, sociais, emocionais e econômica, afetando profundamente os sobreviventes (OMS, 2024).

Botega (2015) define o suicídio de forma semelhante, sendo o ato de acabar com a própria vida, tendo relação com ideias periféricas, menos evidentes, referentes à motivação, à intencionalidade e à letalidade. Quanto aos fatores de risco, o autor acrescenta que transtorno bipolar, uso de outras drogas psicoativas, esquizofrenia e alguns transtornos de personalidade também predispõem o suicídio (Botega, 2015).

Na história do suicídio, Minois (2018) se refere ao fenômeno com o termo “morte voluntária” e revela que nos anos 1970 existia a ausência de análises sobre a morte por suicídio. As mortes voluntárias não eram registradas por serem consideradas crime e os entes queridos não possuíam o direito de sepultamento religioso. Nota-se que a reprovação social do suicídio é antiga, sendo considerado uma ofensa à Deus e à sociedade (Minois, 2018).

Ao observar o suicídio no âmbito social, Botega (2015) destaca que para cada ato consumado, no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao ente querido são afetadas

profundamente no âmbito social, emocional e econômico. Assim, após um suicídio, o luto materno envolve a quebra de expectativas a respeito do futuro do filho, confrontar-se com a realidade de não continuidade da vida, sentimento de culpa, impotência e vergonha (Feijoo, 2021; Serra & Freitas, 2020; Tochetto & Conte, 2022).

Adicionalmente, devido ao tabu existente por trás da morte por suicídio, a mãe que perde um filho, muitas vezes, acaba tendo o seu luto não reconhecido, não recebendo validação, apoio e o cuidado necessário para ressignificar sua perda (Tochetto & Conte, 2022). Segundo as autoras, o suicídio é associado a preconceitos e tabus, devido a não aceitação social desse tipo de morte.

Tratando-se do luto materno, socialmente, atribui-se às mulheres o papel de cuidado, de modo que, segundo a idealização social, a responsabilidade pelo filho recai sobre a mãe (Freitas & Michel, 2014). Por isso, quando há a morte de um filho, há intenso sentimento de culpa e cobranças, tanto sociais quanto pessoal concomitante a pensamentos de ter cometido erros na educação do filho (Serra & Freitas, 2020). Feijoo (2021) reitera essa ideia e acrescenta que existem também sentimentos de fracasso, questionamentos sobre erros na educação e explicações para a decisão do filho. As autoras Schlemm e Cremasco (2015) complementam que mães podem acreditar que poderiam ter feito algo para evitar o suicídio do filho, fortalecendo a culpa dessas mulheres.

Fukumitsu (2023) denomina de “culpa” o sentimento de responsabilidade por não ter impedido o suicídio e a sensação de que ele poderia ter sido evitado. Para a autora, na culpa existem muitos “deverias”, pensamentos do que poderia ter sido feito e pouco reconhecimento do que se fez para ajudar o ente querido. A culpa acaba sendo compreendida pelo familiar em luto como uma responsabilidade dele, negando a percepção de que suicídio é um ato e uma decisão única de quem o comete. “A culpa é, portanto, uma fantasia de que nossos erros acarretam o suicídio” (Fukumitsu, 2023, p. 48). Essa ideia de que



algo poderia ter sido feito para evitar o suicídio é comum em estudos que investigam o luto materno decorrente do suicídio (Feijoo, 2021; Reis et al., 2024; Schlemm & Cremasco, 2015; Serra & Freitas, 2020; Tochetto & Conte, 2022).

Tal ideia, suscita a vergonha, pois reforça a crença do fracasso materno diante de um suicídio, cuja perspectiva é reforçada socialmente. A vergonha implica na evitação da expressão do luto, por conta do tabu social em torno do suicídio (Freitas & Michel, 2014; Maple et al., 2010; Reis et al., 2024). O luto por suicídio acarreta uma vivência solitária, com expressões silenciadas e não reconhecidas (Tochetto & Conte, 2022) e com afastamento de amigos e familiares (Feijoo, 2021), sendo fatores que podem contribuir para dificultar a resignificação da perda.

Dada a escassez de apoio e acolhimento, as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por mães em luto por suicídio são a espiritualidade e os grupos de apoio (Serra & Freitas, 2020; Gonçalves & Bittar, 2016). A espiritualidade muitas vezes é utilizada para se referir a atos, crenças e doutrinas ligadas a religiões, sendo utilizada como importante rede de apoio (Serra & Freitas, 2020; Tochetto & Conte, 2022). Quanto aos grupos de apoio, estes surgem como estratégias de cuidado e promoção de saúde mental, possibilitando o compartilhamento de experiências entre pessoas em luto. O contato com outras pessoas que vivenciam experiências de perdas semelhantes, especificamente, de morte por suicídio, facilita a percepção comunitária do luto (Reis et al., 2024). Além do mais, Scavacini et al. (2019) apontam que o grupo de apoio para pessoas em luto por suicídio é um local seguro para a expressão e validação da perda. De acordo com Kreuz e Antoniassi (2020), é também um espaço para construção de sentidos para a perda e possibilita adaptação à contínua resignificação.

Independente do tipo de morte, outro recurso utilizado para lidar com o sofrimento da perda é a busca por atendimento na área da saúde mental. Alguns estudos, em diferentes

contextos, evidenciam que após vivenciar a perda do filho por morte súbita ou inesperada, algumas mães em luto procuram por psicólogos e/ou por psiquiatras (Almeida & Haas, 2011; Michel & Freitas, 2021). No entanto, é escassa a rede de apoio institucional para acolher mães e familiares em luto, principalmente, em contextos de violência (Domingues & Dessen, 2013; Domingues et al., 2015). Diante dessas dificuldades, surge a necessidade de compreender o luto em suas diferentes manifestações e quando ele pode se tornar patológico.

### ***Discussões sobre a inserção do luto em categorias nosológicas de diagnóstico***

O luto é um evento traumático e é necessário compreender quando ele pode ser patológico para que, assim, sejam desenvolvidas estratégias adequadas de cuidado (Parkes, 1998). Atualmente, o luto patológico é conhecido por outras nomenclaturas como: luto complicado, luto prolongado e Transtorno do Luto Complexo Persistente. Desde o final do século XX e início do século XXI, focou-se na construção de uma definição para luto complicado e luto prolongado (Franco, 2021). Dada a insuficiência de pesquisas que definissem e que elegessem critérios nosológicos para ambas as manifestações de luto, na sua quinta versão, o Manual Diagnóstico e Estatístico 5 (DSM-5) aborda o luto em duas sessões. O “luto sem complicações” está inserido na seção intitulada “Outras condições que podem ser foco da atenção clínica” e uma proposta diagnóstica denominada “Transtorno do Luto Complexo Persistente” é encontrada na seção de “Condições para estudos posteriores”.

O “luto sem complicações” é caracterizado como uma reação esperada à morte de um ente querido, na qual pessoas em luto podem apresentar sintomas característicos de um episódio depressivo maior, tais como insônia, apetite reduzido e perda de peso (APA, 2014). No manual, é abordada a dificuldade de estabelecer critérios e características para se considerar o luto como um transtorno, bem como aponta a necessidade de estudos que

permitam eleger tal categoria nosológica. Ainda assim, para diferenciar o luto saudável do Transtorno do Luto Complexo Persistente no DSM-5 levou-se em consideração apenas o tempo cronológico (Michel & Freitas, 2019). Segundo o DSM-5, se em 12 meses posteriores à morte do ente querido os sintomas elencados persistirem, é possível que a pessoa em luto seja diagnosticada com o transtorno do luto complexo persistente, pois entende-se que após esse período os sintomas estariam interferindo na capacidade funcional da pessoa em luto (Michel & Freitas, 2019).

Tendo em vista a vivência singular do luto, considerar apenas o tempo cronológico como critério de distinção entre as expressões de luto, parece-nos insuficiente. Outra questão apontada no DSM é a distinção entre luto e transtorno depressivo maior. No manual, ambos são considerados diagnósticos diferentes, mas podem apresentar sintomas semelhantes (Franco, 2021). Essa discussão rememora a polêmica sobre a exclusão do luto para o diagnóstico de depressão. Na edição anterior do manual, o DSM-IV, o luto aparecia como um critério de exclusão para o diagnóstico de depressão. Nesse caso, o diagnóstico desse transtorno não poderia ocorrer se a pessoa em luto tivesse vivenciado a morte de um ente querido no intervalo de dois meses (Michel & Freitas, 2019).

Existem duas vertentes a respeito dos critérios diagnósticos nosológicos de depressão, a primeira concorda com a permanência do luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão, já a outra questiona essa manutenção. Os argumentos utilizados para a permanência do luto como critério de exclusão envolvem a patologização do luto, pois existiria o receio de que reações esperadas frente a morte de um ente querido fosse considerada “anormal”, podendo até levar a medicalização desnecessária (Michel & Freitas, 2019). A oportunidade que essa perspectiva dava à indústria farmacêutica ampliou ainda mais essa preocupação, pois, por meio do investimento em grandes publicidades, seria possível

persuadir pessoas a buscarem por medicamentos para tratar sintomas dolorosos decorrentes da perda (Zachar, 2015).

Por outro lado, Michel e Freitas (2019) relataram que a retirada do luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão era questionada pelo fato de outros tipos de perda, como o término de um relacionamento não compor os critérios de exclusão diagnóstica. Também foi considerado que a permanência desse critério poderia interferir na possibilidade de pacientes com depressão receberem o tratamento adequado (Lemb et al., 2010). Todavia, o fato de o luto não ser critério de exclusão não levaria a medicalização de pessoas em luto, visto que nem todas apresentam os sintomas presentes no transtorno depressivo maior (Lamb et al., 2015; Michel & Freitas, 2019; Zachar, 2015).

No DSM-5, o diagnóstico de transtorno depressivo maior permaneceu sem adotar o luto como critério de exclusão. Na quinta edição, foi incluída uma descrição das reações características do luto, que foi caracterizado por sentimentos de vazio e perda. Já o episódio depressivo maior tem como característica predominante o humor deprimido persistente e a incapacidade de antecipar felicidade ou prazer (APA, 2014). Com a sua retirada como critério de exclusão para o transtorno depressivo maior, é considerada a possibilidade da co-ocorrência de luto e de depressão, necessitando de uma avaliação cautelosa dos aspectos psicossociais do paciente para distinguir cada caso (Zachar, 2015).

Ainda sobre a proposta de um diagnóstico nosológico para o luto, surgiu um questionamento a respeito da estigmatização, pois existia uma preocupação de que o diagnóstico nosológico relacionado a ele pudesse potencializar o estigma associado aos transtornos mentais (Breen et al., 2015). Pesquisas a respeito desse estigma deveriam auxiliar na decisão de incluir ou não uma categoria diagnóstica para o luto no DSM.

Nessa perspectiva, Breen et al. (2015) dirigiram um estudo que objetivava investigar as percepções das pessoas relacionadas ao luto. A amostra contou com participantes de vários

países, sendo composta por 348 adultos (222 mulheres e 126 homens), com faixa etária entre 18 e 80 anos de idade. A coleta de dados foi realizada por meio de dois questionamentos: “Você acha que certas expressões de luto poderiam ser consideradas um transtorno mental?”. Os participantes deveriam assinalar “sim” ou “não” e, após responderem essa pergunta, deveriam escrever por extenso os motivos de suas respostas e em quais circunstâncias eles acreditavam ser apropriado um diagnóstico para o luto. De acordo com os resultados, a maioria dos participantes acreditava que o luto pode ser considerado um transtorno mental ( $n = 283$ , 81,3%) e justificaram com as seguintes razões: 1) quando o luto é acompanhado por comprometimento do funcionamento, 2) quando persiste por um longo período de tempo (nenhum participante especificou período de tempo), 3) quando envolve risco de dano a si mesmo ou a outras pessoas, 4) quando envolve sofrimento generalizado e implacável, 5) quando as reações do luto transcendem as normas sociais, 6) quando o luto leva ou expõe a transtornos mentais subjacentes e 7) quando tem impactos negativos na saúde física e/ou bem-estar (Breen et al., 2015).

Apenas 18,7% ( $n = 65$ ) dos participantes concordaram que certas expressões do luto não podem ser consideradas um transtorno mental. As justificativas foram: 1) o luto ser uma reação normal, natural e universal à morte de um ente querido, 2) o luto ser transitório e os transtornos mentais serem tipicamente crônicos, 3) o luto ser uma resposta a uma situação, enquanto os transtornos mentais são de base biológica ou induzidos por drogas e requerem medicação, 4) o luto não pode ser um transtorno mental, mas acredita-se que um luto pode levar a, ou expor, transtornos mentais subjacentes e 5) categorizar o luto como um transtorno mental levará ao aumento da medicalização do luto, intervenções desnecessárias, estigmas em relação às pessoas em luto e definições que não se aplicariam (Breen et al., 2015).

Segundo Breen et al. (2015), a maior parte dos participantes concorda com a inserção do luto patológico na nosologia diagnóstica. Foi observado que os participantes de ambos os

conjuntos de respostas se baseavam na ideia de o luto ser vivido em fases, utilizando termos como “superar” e “deixar ir” fortalecendo a ideia de que o modelo de fases do luto ainda é propagado. Ainda foi percebido que há uma má compreensão sobre doença mental, sendo o luto tratado como “caso especial”, considerado temporário e reativo, e diferenciado dos transtornos mentais, por serem entendidos como permanentes e induzidos biológica ou quimicamente (Breen et al., 2015).

Ampliando o questionamento, Maciejewski et al. (2016) debatem que no DSM-5 o transtorno de luto complexo persistente é comparado a uma combinação entre o luto prolongado e o complicado. Não está evidente se o luto complexo persistente diz respeito ao transtorno de luto prolongado, complicado ou outra categoria diagnóstica. Segundo Maciejewski et al. (2016), o luto prolongado se caracteriza por sintomas esperados frente a morte de um ente querido, mas que permanecem intensos por muito tempo. Por esse ponto de vista, a característica analógica não está nos sintomas em si, mas sim no decorrer do tempo. Já o luto complicado é caracterizado pela existência de outros fatores além dele, cuja patologia é atribuída a esses outros fatores que podem ou não ser depressão ou trauma relacionados ao luto.

Nesse sentido, Maciejewski et al. (2016) criticaram a terminologia utilizada pelo DSM-5 “transtorno do luto complexo persistente”, uma vez que as características do transtorno são simples de serem entendidas e não complexas, referindo-se a pessoas que estão vivenciando um estado de luto intenso há muito tempo. Após investigarem as principais diferenças entre as nomenclaturas, os autores chegaram à conclusão de que a distinção entre transtorno de luto prolongado e luto complexo persistente é apenas semântica, já o luto complicado apresentou menor especificidade diagnóstica, necessitando de mais estudos sobre ele.

Após todas essas problematizações, no DSM-5-Revisado (DSM-5-RT), publicado em 2022, foi incluído o Transtorno de Luto Prolongado como uma nova categoria diagnóstica na seção “Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores” (APA, 2022). Nessa seção, estão inseridos transtornos nos quais houve exposição a um evento traumático ou estressante. No DSM-5-RT, é notável a adesão da terminologia de “transtorno de luto prolongado”, além da citação de algumas das modificações relacionadas aos critérios de diagnóstico nosológico propostos para o luto. Em comparação com a versão anterior, os critérios diagnósticos sofreram pequenas modificações que podem ser visualizadas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Critérios diagnósticos dos transtornos do luto complexo persistente e de luto prolongado*

<b>Transtorno do Luto Complexo Persistente (DSM-5 - APA, 2014)</b>	<b>Transtorno do Luto Prolongado (DSM-5-RT - APA, 2022)</b>
A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.	A. A morte, há pelo menos 12 meses, de uma pessoa próxima à pessoa enlutada individual (para crianças e adolescentes, há pelo menos 6 meses).
B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas: 1. Saudade persistente do falecido. Em crianças pequenas, a saudade pode ser expressa em brincadeiras e no comportamento, incluindo comportamentos que refletem ser separado de e também voltar a unir-se a um cuidador ou outra figura de apego. 2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte. 3. Preocupação com o falecido. 4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Em crianças, essa preocupação com o falecido pode ser expressa por meio dos temas de brincadeiras e comportamento e pode se estender à	B. Desde a morte, o desenvolvimento de uma resposta de luto persistente caracterizada por um ou ambos os sintomas a seguir, que estão presentes na maioria dos dias em um grau clinicamente significativo. Além disso, o(s) sintoma(s) ocorreu(m) quase todos os dias pelo menos no último mês: 1. Anseio/saudade intenso pela pessoa falecida. 2. Preocupação com pensamentos ou lembranças da pessoa falecida (em crianças e adolescentes, a preocupação pode se concentrar nas circunstâncias da morte).

<b>Transtorno do Luto Complexo Persistente (DSM-5 - APA, 2014)</b>	<b>Transtorno do Luto Prolongado (DSM-5-RT - APA, 2022)</b>
preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas.	
C. Desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos enlutados, e seis meses no caso de crianças enlutadas:	C. Desde a morte, pelo menos três dos seguintes sintomas estiveram presentes na maioria dos dias em grau clinicamente significativo. Além disso, os sintomas ocorreram quase todos os dias pelo menos no último mês:
Sofrimento reativo à morte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perturbação de identidade (por exemplo, sentir como se parte de si mesmo tivesse morrido) desde a morte.</li> <li>2. Sensação marcada de descrença sobre a morte.</li> <li>3. Evitar lembretes de que a pessoa está morta (em crianças e adolescentes, pode ser caracterizada por esforços para evitar lembretes).</li> <li>4. Dor emocional intensa (por exemplo, raiva, amargura, tristeza) relacionada à morte.</li> <li>5. Dificuldade em se reintegrar aos relacionamentos e atividades após a morte (por exemplo, problemas para se relacionar com amigos, buscar interesses ou planejar o futuro).</li> <li>6. Entorpecimento emocional (ausência ou redução acentuada da experiência emocional) como resultado da morte.</li> <li>7. Sentir que a vida não tem sentido por causa da morte.</li> <li>8. Solidão intensa como resultado da morte.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcada dificuldade em aceitar a morte. Em crianças, isso depende de sua capacidade de compreender o significado e a continuidade da morte.</li> <li>2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda.</li> <li>3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido.</li> <li>4. Amargura ou raiva relacionada à perda.</li> <li>5. Avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (p. ex., autoacusação).</li> <li>6. Evitação excessiva de lembranças da perda (p. ex., evitação de indivíduos, lugares ou situações associadas ao falecido; em crianças, isso pode incluir a evitação de pensamentos e sentimentos relacionados ao falecido).</li> </ol>	
Perturbação social/da identidade	
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido.</li> <li>8. Dificuldade de confiar em outros indivíduos desde a morte.</li> <li>9. Sentir-se sozinho ou isolado dos outros indivíduos desde a morte.</li> <li>10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.</li> <li>11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade (p. ex., sentir que uma parte de si morreu com o falecido).</li> </ol>	



<b>Transtorno do Luto Complexo Persistente (DSM-5 - APA, 2014)</b>	<b>Transtorno do Luto Prolongado (DSM-5-RT - APA, 2022)</b>
12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro (p. ex., amizades, atividades).	
D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.	E. A duração e a gravidade da reação de luto excedem claramente as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo.
<i>Especificar se:</i> Com luto traumático: Luto devido a homicídio ou suicídio com preocupações angustiantes persistentes referentes à natureza traumática da morte (frequentemente em resposta a lembranças da perda), incluindo os últimos momentos do falecido, grau de sofrimento e lesão mutiladora ou a natureza maldosa ou intencional da morte.	F. Os sintomas não são melhor explicados por outro transtorno mental, como transtorno depressivo maior ou transtorno de estresse pós-traumático, e não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicação, álcool) ou outra condição médica.
<i>Nota.</i> Adaptado de APA (2014, 2022).	

É importante ressaltar que o DSM-5-RT salienta que para o diagnóstico de Transtorno do Luto Prolongado é preciso considerar as diferenças entre os contextos culturais e as variações de manifestação do luto (APA, 2022). Com relação à cultura, Franco (2021) afirma que os aspectos culturais que diferem as respostas ao luto são importantes para uma classificação inerente a ele, evitando assim comparações a outros transtornos, principalmente ao transtorno depressivo maior. Dessa forma, é essencial reconhecer a diferença entre uma reação humana natural e aquela que necessita de intervenção psicossocial (Franco, 2021). Nesse caso, para além de considerar os critérios diagnósticos do DSM, é preciso considerar e respeitar a subjetividade de cada pessoa em luto, para que não se caia no ímpeto de classificar uma reação natural à perda como um transtorno psicopatológico, já que é recorrente a associação entre luto e transtornos psiquiátricos (Almeida et al., 2011; Costa et al., 2017;

Pascoal, 2012). Parkes (2009) afirma que os transtornos psiquiátricos só devem ser considerados quando há um prolongamento excessivo das reações frente ao luto, acarretando prejuízos significativos na vida da pessoa em luto.

A partir do exposto, é preciso um olhar crítico sobre as classificações diagnósticas do DSM, visto que existem estudos que refutam a temporalidade utilizada para o diagnóstico de luto. Brice (1991) critica que o critério para diferenciação entre luto saudável e patológico seja o tempo, há outros determinantes a serem considerados em tal classificação. O vínculo com o ente querido, a idade dele e o tipo de morte são importantes para a compreensão da vivência do luto (Parkes, 1998). Assim, os critérios do manual divergem com a perspectiva de percurso, de não linearidade, de subjetividade, fortalecendo as regras culturais sobre a forma de vivenciar o luto. Dessa forma, defende-se aqui que não tem como medir a dor ou classificar que tipo de perda é mais ou menos intensa. O luto tem, para cada um, seu tempo de elaboração e formas singulares de expressão.

A compreensão do luto como processo singular é essencial para a avaliação das expressões frente a perda, para que as intervenções sejam planejadas de acordo com as especificidades de cada caso, sem o ímpeto de generalizações ou de diagnósticos precipitados. Nesse sentido, a Avaliação Terapêutica (AT) pode servir como estratégia de cuidado para pessoas em luto, em especial, pela possibilidade de redução de sintomas como ansiedade, depressão e trauma (Durosini et al., 2017), bem como ajuda a promover mudanças positivas contínuas na vida dos clientes em um curto período. Além disso, o aspecto colaborador da AT permite que a pessoa em luto seja a protagonista da sua avaliação e de seu luto, viabilizando a construção de novos modos de ver o mundo.

### **Avaliação Terapêutica**

## **Histórico e etapas da Avaliação Terapêutica**

Desenvolvida por Stephen Finn e colaboradores, a AT surgiu no final da década de 1980, no Texas. Finn percebeu que a partir da sua condução de avaliações, alguns clientes experienciaram positivas mudanças em suas vidas (Finn & Tonsager, 2002). Esta descoberta aguçou a curiosidade de Finn sobre como seria possível aumentar os efeitos positivos da avaliação psicológica e como aumentar o número de clientes beneficiados, foi então que ele resolveu experienciar diferentes formas de conduzir avaliações, bem como observar os resultados junto com os clientes. O primeiro estudo controlado de AT foi dirigido por Mary E. Tonsager em 1990, para sua dissertação de mestrado. O estudo buscou demonstrar como a avaliação psicológica poderia proporcionar aspectos benéficos para os clientes (Finn & Tonsager, 2002).

Com base nisso, Finn e seus colaboradores perceberam que demonstrar uma postura empática, reduzir o desequilíbrio de poder entre cliente e avaliador e a possibilidade de dialogar com os clientes sobre os resultados dos testes, eram similares às práticas de base humanista (Finn, 2007/2017; Finn & Tonsager, 2002). Apesar de não estarem familiarizados com a psicologia humanista, eles resolveram estudar sobre a abordagem e descobriram escritos de alguns psicólogos que conduziam processos de avaliação psicológica a partir de uma estrutura humanística, o que os ajudou a utilizar e sistematizar práticas humanistas, já que estudos anteriores alcançaram resultados positivos (Finn, 2007/2017; Finn & Tonsager, 2002). A partir desses resultados, a semiestrutura da AT começou a ser desenvolvida, com base na abordagem humanista. Vale pontuar que os passos foram incorporados na estrutura de acordo com os avanços dos estudos e não na ordem seguida atualmente na avaliação.

As principais características da AT são realizar uma avaliação semiestruturada, colaborativa e interventiva durante o processo (Villemor-Amaral & Resende, 2018). O

aspecto colaborativo diz respeito a um dos objetivos da AT, que é engajar o cliente no processo, tornando-o mais ativo. Em outras palavras, o cliente é considerado colaborador essencial, sendo convidado e incentivado a participar ativamente do processo avaliativo (Finn & Tonsager, 1997).

Para que a avaliação seja considerada terapêutica, é necessário que seja planejada para tal finalidade. Dessa forma, para atingir seu objetivo e promover mudanças positivas na vida dos clientes, a AT segue uma semiestrutura que é dividida em seis passos, sendo eles, 1) sessões iniciais; 2) sessões de testes padronizados; 3) sessões de intervenção; 4) sessões de resumo e discussão; 5) a entrega da carta por escrito e 6) sessões de acompanhamento (Finn, 2007/2017).

O primeiro passo consiste na realização das sessões iniciais, em que o psicólogo e o cliente conversam sobre o objetivo da avaliação e sua estrutura. O cliente é convidado a apresentar dúvidas e questões sobre si mesmo e elaborar perguntas a partir disso (Finn, 2007/2017). De modo geral, existem dois objetivos a serem alcançados nessa etapa, a construção de uma relação terapêutica de confiança e a coleta de perguntas para a avaliação que orientarão o processo de AT (Fantini et al., 2022).

No que diz respeito à estrutura, inicialmente é necessário ajudar o cliente a se sentir acolhido e confortável, apresentando a sessão por meio de uma postura colaborativa. Deve-se explicar que a prioridade será os interesses do cliente, bem como explicitar os objetivos e etapas da AT e sanar todas as dúvidas. Nesse momento, a acolhida e escuta empática são muito importantes para que o cliente se sinta encorajado a participar colaborativamente do processo (Villemor-Amaral, 2016).

Em seguida, o cliente é convidado para pensar em perguntas sobre si ou aspectos relevantes da sua vida para as quais gostaria de encontrar resposta. Para Fantini et al. (2022), esse processo de elaboração de perguntas auxilia a reduzir a ansiedade sobre a avaliação e

ampliar a curiosidade acerca da AT, além de fornecer informações sobre as crenças dos clientes de si mesmo e sua história de vida. Posteriormente, o avaliador recolhe informações relevantes para a compreensão das perguntas. Cabe ressaltar que o objetivo não é coletar o histórico clínico, mas compreender a questão apresentada de forma detalhada e contextualizada por meio de aspectos que são significativos para o cliente (Fantini et al., 2022).

Após o levantamento das questões iniciais e suas compreensões, o segundo passo são as sessões de testes padronizados. Na AT, é necessária a utilização de testes projetivos e de autorrelato, pois acredita-se que os instrumentos podem ajudar no alcance dos objetivos da avaliação, de forma que eles são escolhidos de acordo com as questões elaboradas pelo cliente (Villemor-Amaral & Resende 2018). Os instrumentos de autorrelato apresentam objetividade, por meio de perguntas ou proposições, apreendem as necessidades explícitas das pessoas, ou seja, informações conscientes e de fácil acesso (Villemor-Amaral & Casado, 2006; Cardoso & Villemor-Amaral, 2017), o modo como pensam, sentem e se comportam diante de situações familiares ou cotidianas. Os métodos projetivos possibilitam acesso aos aspectos do funcionamento interno da pessoa, o modo de enfrentar e solucionar problemas, associando-os a experiências já vivenciadas (Cardoso & Villemor-Amaral, 2017). Por meio de materiais com estímulos pouco estruturados e instruções mais gerais e concisas ao cliente, os métodos projetivos permitem que a pessoa revele mais de si e de sua subjetividade, informações mais difíceis de serem acessadas de forma direta (Cardoso & Villemor-Amaral, 2017). Dessa forma, o uso conjunto desses instrumentos possibilita o acesso a informações mais detalhadas e complementares.

A escolha dos testes para a avaliação é baseada nas questões iniciais apresentadas pelo cliente (Finn, 2007/2017). No Brasil, também é considerado se o instrumento está com o parecer favorável para uso no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi). O

Satepsi é responsável por avaliar os aspectos técnicos e científicos dos instrumentos psicológicos, por meio da análise de requisitos como, por exemplo, estudos de normatização, de evidências de validade e de estimativas de precisão (CFP, 2022). Com a escolha dos instrumentos, o objetivo da sessão de testes padronizados é convidar o cliente para respondê-los, explicando-lhe a utilidade, o motivo da escolha e o conteúdo a ser avaliado, elucidando como o teste pode ajudar a responder a questão levantada por ele. O uso dos testes auxilia na descoberta dos pontos fortes e das dificuldades dos clientes, bem como são “amplificadores de empatia”, pois ajudam a identificar sintomas, histórias, defesas, estratégias de enfrentamento e os dilemas atuais que atravessam a vida do cliente (Fantini et al., 2022).

Quanto à estrutura, é recomendado que os primeiros testes a serem aplicados sejam os que abordam mais diretamente as questões trazidas pelo cliente (Fantini et al., 2022; Finn, 2007/2017). Assim, além de fortalecer o relacionamento colaborativo com o cliente, esta atitude proporciona redução da ansiedade. Após a aplicação dos testes, checka-se como foi a experiência do cliente com a tarefa e, em alguns testes, é interessante que seja realizado o inquérito estendido. O inquérito estendido fortalece a colaboração entre avaliador e cliente, pois revela o interesse genuíno sobre as experiências do cliente e tem-se os objetivos de 1) obter informações novas sobre o cliente, 2) testar hipóteses iniciais sobre os resultados prévios dos testes e 3) proporcionar ao cliente reflexão sobre seus comportamentos e as suas respostas (Fantini et al., 2022).

O passo seguinte são as sessões de intervenção, descritas por Finn (2007/2017) como o momento em que os problemas do cliente são trazidos para a sessão de forma que possam ser vivenciados com o intuito de observar, explorar e abordá-los com intervenções terapêuticas. Nesse momento, os resultados dos testes podem ser utilizados para auxiliar no planejamento de como intervir e evocar situações difíceis vivenciadas pelo cliente durante a sessão de intervenção, para que em seguida, sejam avaliadas e discutidas colaborativamente

(Villemor-Amaral, 2016). Recordar situações difíceis durante a sessão permite ao cliente compreender e assimilar novos conhecimentos alcançados durante a AT e, adicionalmente, auxiliam no desenvolvimento de empatia diante dos dilemas de mudanças dos clientes e proporcionam novas maneiras de lidar com eles (Finn, 2007/2017).

Com relação à estrutura da sessão, são descritos seis passos básicos para conduzir sessões de intervenção, são eles: 1) Planejar as sessões, com base nos resultados dos testes, selecionando um foco que esteja relacionado com as questões iniciais do cliente. É necessário também criar previamente estratégias para evocar as situações que serão exploradas. 2) Apresentar a sessão para o cliente, descrevendo os objetivos e foco a serem abordados. 3) Produzir, observar e identificar, sendo o momento em que se rememora a situação planejada, bem como se observa e se identifica o comportamento. É interessante que haja associações das situações abordadas com o contexto externo vivenciado pelo cliente, de modo que ele seja encorajado a perceber seus comportamentos em diferentes contextos. 4) Explorar o contexto que levou ao problema, se for possível, a depender do cliente, pode-se investigar outros fatores além do contexto, como o que reforça ou mantém o comportamento. 5) Imaginar possibilidades de comportamento e, se possível, experimentá-las durante a sessão. 6) Discutir com o cliente meios para implementar as soluções descobertas em seu cotidiano (Finn 2007/2017; Villemor-Amaral, 2016).

O quarto passo são as sessões de resumo e discussão nas quais são refletidas e discutidas com o cliente, de forma colaborativa, as informações encontradas por meio dos testes e durante as sessões anteriores (Fantini et al., 2022). O objetivo principal é responder as questões iniciais, sendo estruturadas a partir dos questionamentos dos clientes para maximizar sua abertura às novas informações.

A preparação para esse passo exige que as informações sejam organizadas em seus níveis corretos e apropriados, para que seja possível ajudar o cliente a desenvolver uma

narrativa mais útil e compassiva (Finn, 2007/2017). A fim de organizar as informações de maneira benéfica para os clientes, Finn (2007/2017) descobriu que a melhor forma de fazer isso era integrando-as em níveis, que ele classificou como: achados de Nível 1, achados de Nível 2 e achados de Nível 3. Os achados de Nível 1 confirmam informações que os clientes já pensam sobre si. Já no segundo nível, são apresentados os achados que possam formular ou ampliar as concepções a respeito de si mesmos. Nos achados de nível 3, contêm informações novas que conflitam com o modo como os clientes se percebem e tendem a ser rejeitadas por eles. Nesse caso, as informações de nível 3 não devem ser abordadas se o cliente não estiver pronto para integrá-las a sua concepção (Villemor-Amaral & Resende, 2018). Estas informações podem ser trabalhadas em um processo de psicoterapia posteriormente. Por isso, é importante que a sessão inicie com as confirmações da percepção do cliente sobre si e, de forma gradual, avance para as informações conflitantes (Finn, 2007/2017).

O passo seguinte é a entrega da carta por escrito, elaborada pelo psicólogo, baseando-se nas questões iniciais formuladas no início da AT. A carta por escrito tem como principais objetivos a captura da experiência do cliente, as respostas às suas perguntas e a promoção do seu crescimento (Fantini et al., 2022). No que diz respeito à estrutura, a carta é redigida pelo psicoterapeuta que se coloca em uma escrita em primeira pessoa, utilizando uma linguagem apropriada, além de considerar as singularidades do cliente para descrever as principais conclusões e recomendações decorrentes da avaliação (Villemor-Amaral & Resende, 2018). É necessário evitar jargões médicos, expressões de difícil compreensão ou equívocos que não foram avaliados durante o processo. No conteúdo da carta, deve conter apenas informações discutidas colaborativamente entre terapeuta e cliente (Finn, 2007/2017).

A carta é utilizada como uma ferramenta de fácil acesso para o cliente caso ele deseje revisitar informações discutidas durante a avaliação (Villemor-Amaral & Resende, 2018). Faz-se importante que, além da carta, o cliente também receba outra devolutiva por escrito, o



laudo psicológico. No Brasil, o laudo psicológico é o documento oficial decorrente dos processos de avaliações psicológicas (CFP, 2019) e, dessa forma, é importante que o cliente também receba este documento, conforme as orientações da Resolução nº 06/2019. A carta deve ser enviada ao cliente entre o intervalo de duas a seis semanas da sessão de resumo e discussão (Villemor-Amaral & Resende, 2018).

A sessão de acompanhamento é a etapa final da AT, ocorrendo dois ou três meses após as sessões de resumo e discussão. Durante essa sessão, são discutidos o processo em si da avaliação, dúvidas ou desenvolvimento que o cliente tenha vivido desde o último encontro e, se necessário, refinar as recomendações para possíveis tratamentos (Villemor-Amaral & Resende, 2018). Sobre esse passo, Finn (2007/2017) relata que surge como uma possibilidade razoável para acompanhar pessoas que não desejam iniciar a psicoterapia após terem participado de um processo de avaliação intensa. Visando responder os objetivos desta pesquisa, na sessão de acompanhamento, será solicitado à participante que responda novamente os instrumentos aplicados na entrevista prévia.

Com relação à semiestrutura da AT, Finn (2007/2017) ressalta e encoraja que, por vezes, é necessário fazer adaptações nessa estrutura para melhor atender determinado cliente. Logo, alguns contextos ou culturas também exigem uma semiestrutura adaptada, o que é possível dentro da proposta da AT desde que o terapeuta mantenha a atitude terapêutica e empática (Finn, 2007/2017). Com essa perspectiva, será possível realizar um processo de AT que produza benefícios aos clientes.

### **Principais contribuições da literatura sobre Avaliação Terapêutica**

Conforme mencionado, a AT promove mudanças positivas na vida dos clientes que a experienciam. Nessa perspectiva, alguns estudos têm mostrado a eficácia da AT em diferentes

contextos e demandas, tanto no âmbito nacional como no internacional. Pode-se citar a melhora da autoestima e aumento da esperança (Finn & Tonsager, 1992, 1997), redução da ansiedade (Aschieri & Smith, 2012), melhora do sofrimento psíquico (Smith et al., 2010), diminuição na sintomatologia de transtornos mentais (Finn & Tonsager, 1992; Durosini & Aschieri, 2021), redução da gravidade nos sintomas pós-traumáticos e de depressão em demandas de luto (Durosini et al., 2017) e melhora na expressão de sentimentos afetivos (Tarocchi et al., 2013).

Finn e Tonsager (1992) foram responsáveis pelo primeiro estudo sistematizado sobre AT, com o objetivo de investigar o impacto terapêutico de fornecer feedback do teste Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) para universitários que esperavam para serem atendidos no serviço de saúde mental. Participaram deste estudo 60 pessoas, divididas em dois grupos. O grupo um foi composto por 32 pessoas que receberam o feedback do teste MMPI-2, enquanto no grupo dois tinham 28 integrantes que apenas completaram as medidas de desfecho e receberam atenção do examinador. Os resultados indicaram que discutir os achados da avaliação com os clientes favorece efeitos benéficos e terapêuticos (Finn; Tonsager, 1992).

Aschieri e Smith (2012) realizaram um estudo de eficácia, buscando apresentar de forma detalhada as maneiras pelas quais a mudança ocorre durante uma AT. Foi feito um estudo de caso único, com uma mulher que se queixava de sentir debilitada pelas exigências acadêmicas e pelas expectativas de seus pais. Ela considerava quase impossível progredir em seus estudos, bem como tinha dificuldade em desenvolver e manter relacionamentos íntimos. Como resultado, os autores apresentam que houve melhora significativa na capacidade de expressar afeição e uma tendência à melhoria na ansiedade (Aschieri & Smith, 2012).

A primeira metanálise sobre a eficácia da AT foi desenvolvido por Durosini e Aschieri (2021) e objetivou analisar a eficácia da AT com clientes adultos. Foram investigadas

questões sobre a relação entre AT e as variáveis de aliança terapêutica, motivação para a mudança, redução da sintomatologia, autovalorização do cliente, o nível de confiança no tratamento e o tempo de constância. Os resultados apontaram que há impacto considerável da AT no aumento das questões citadas, além da redução de sintomatologia (Durosini & Aschieri, 2021). Os autores acrescentam que a filosofia e os valores subjacentes da AT são os aspectos mais importantes desse modelo de avaliação.

Durosini et al. (2017) desenvolveram uma pesquisa sobre a eficácia da AT frente a demanda de luto, a partir de um estudo de caso único. Participou deste estudo um homem com sintomas de Transtorno de Luto Complexo Persistente, associado a TDM e TEPT. O participante queixava-se de ter se desligado da realidade desde a perda de seus pais, perder o prazer em sua vida cotidiana, além de não ter conseguido superar os sentimentos relacionados à perda. Os resultados mostraram uma tendência estatística significativa de melhora quanto à gravidade dos sintomas no final da AT. Destaca-se também a utilidade e eficácia da AT para ajudar em casos de perdas traumáticas e lutos complicados (Durosini et al., 2017).

Tarocchi et al. (2013) realizaram um estudo de caso único com uma mulher com histórico de trauma interpessoal repetido, tendo ataques de pânico contínuos e ansiedade e depressão ao longo da vida. O estudo buscou apresentar o modelo da AT frente a demanda de trauma. Quanto aos resultados, evidenciam melhora estatisticamente significativa dos sintomas, como solidão, desespero e ansiedade (Tarocchi et al., 2013).

No que tange o contexto brasileiro, há alguns artigos como o de Villemor-Amaral (2016) que discute as principais diferenças entre as propostas de avaliação psicológica terapêutica no Brasil e da AT dos Estados Unidos. No estudo de Villemor-Amaral & Resende (2018), a AT é apresentada como um novo modelo de avaliação Psicológica (AP) a ser adotado no Brasil, expondo as características e a semiestrutura da AT. Já em Scaduto et al. (2019), são expostos os modelos interventivos-terapêuticos existentes no Brasil, a saber, o

Psicodiagnóstico Interventivo (PI), o Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica (PIOP) e a Avaliação Terapêutica (AT), discutindo-se as potencialidades e as limitações de cada um deles.

Dentre as publicações, é possível encontrar livros completos dedicados à AT, como “Pela Perspectiva do cliente - Teoria e técnica da Avaliação Terapêutica” (2017) é o principal livro da AT, escrito por Finn (2007) e traduzido para o Brasil revisado por Villemor-Amaral (2017). A obra apresenta a origem, o desenvolvimento e fundamentos da AT. Outro livro é o “Avaliação Terapêutica aplicada a procedimentos cirúrgicos” publicado por Vieira (2021). Neste livro, o autor apresenta casos clínicos atendidos na clínica particular sob a perspectiva da AT. Além disso, apresenta casos específicos de procedimentos cirúrgicos, como, bariátrica, afirmação de gênero e esterilizações, e ortognática.

Quanto aos estudos de casos brasileiros, Fernandes et al. (2021) avaliaram como o processo de AT apresentou consequências terapêuticas para a cliente, a saber, aumento do autoconhecimento e da autorreflexão, bem como mudanças na forma de lidar com situações difíceis. Em 2023, foi publicado o trabalho de Giasson et al., em que buscaram compreender o potencial do uso de testes psicológicos e da relação terapêutica no processo avaliativo. Os principais resultados dos estudos apontaram que a cliente ampliou sua autopercepção e desenvolveu mudanças em sua forma de agir em seus relacionamentos amorosos, além de refletir como ela e seus colegas de trabalho viam sua postura (Giasson et al., 2023).

Na literatura nacional, há também produções, como as dissertações de mestrado, predominantemente, com estudo de casos na perspectiva da AT que revelam mudanças positivas. Como exemplo, a dissertação de Fernandes (2019) teve como objetivo identificar as contribuições da AT como recurso ao processo de promoção da saúde mental em professores. Participaram desse estudo, duas professoras de escola municipal de Fortaleza - CE, uma das participantes estava aposentada quando ocorreu a pesquisa. A análise de dados

foi feita mediante à técnica de síntese cruzada de dados, em que foram realizadas três análises: a análise cruzada descritiva dos casos e a análise cruzada dos testes-retestes. Os principais resultados indicaram a redução de sintomas ansiosos e depressivos em professores, bem como mudanças no modo de lidar com situações difíceis.

A pesquisa de Giasson (2020) também foi realizada com professoras, tendo o objetivo de analisar como as estratégias da AT podem contribuir para o sofrimento psíquico de professores. Duas professoras participaram da pesquisa, uma lecionava em escola estadual e a outra era professora do ensino superior em uma instituição federal. O método utilizado para a análise de dados foi o estudo de caso. Os resultados indicaram que a AT contribuiu para o enfrentamento do sofrimento psíquico de professores e que a relação terapêutica é essencial para o sucesso do processo.

Já a dissertação de Moraes (2020) teve como objetivos avaliar as mudanças entre as narrativas iniciais e finais de clientes atendidos pela técnica de AT; identificar a complementariedade de dados dos testes e discutir fontes de Validade Incremental Clínica, e avaliar a experiência do cliente sobre o processo. Três clientes participaram deste estudo, os voluntários estavam na fila de espera de um serviço de clínica-escola, em uma universidade particular. Para as análises de dados, foram realizadas análises qualitativas e quantitativa. As análises qualitativas foram feitas por meio da Análise de Conteúdo e da Análise Comparativa, ambas propostas por Gibbs (2009). Já a análise quantitativa foi realizada através da Validade Incremental Clínica. Este estudo evidenciou que a AT possibilitou impactos benéficos na vida dos clientes, os participantes da pesquisa conseguiram ampliar a visão que tinham sobre si e aprofundar o conhecimento sobre suas características. Ademais, o estudo proporcionou a possibilidade de discussão das especificidades da técnica, como a colaboração do processo e o uso da avaliação multimétodos (Moraes, 2020).

Targino (2021) buscou analisar, a partir da perspectiva feminista, fenômenos expressos nas narrativas de mulheres atendidas em processos de AT. Este estudo contou com quatro participantes, também professoras. A coleta de dados foi feita mediante os atendimentos baseados na perspectiva da AT. A análise de dados foi orientada pelo Materialismo Histórico-Dialético, sendo realizada em três etapas: 1) Leitura flutuante e organização do material; 2) Construção dos núcleos de Significação e 3) Análise dos núcleos de significação. Como principal resultado, a autora pontua que a AT proporcionou a elaboração de conteúdos relevantes para as participantes.

A dissertação de Ribeiro (2021) teve como objetivo verificar como a AT pode influenciar a autoestima de mulheres que vivenciaram Violência por Parceiro Íntimo (VPI). Participaram da pesquisa três mulheres adultas heterossexuais divorciadas que vivenciaram VPI. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo de Bardin (1977/2016). Os resultados indicaram mudanças positivas na autoestima e nas estratégias de enfrentamento à violência por parceiros íntimos, redução dos sintomas de trauma e sofrimento psíquico, houve estimulação de fatores de mudança como participação ativa, reflexão e enfrentamento (Ribeiro, 2021).

Chicalski (2021) objetivou estudar o processo da AT frente à queixa de ansiedade. Foram realizados dois estudos de casos com duas mulheres que apresentavam queixa de ansiedade. Trata-se de uma pesquisa de método misto, isto é, a coleta e a análise de dados ocorreram de forma qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa foi baseada pela abordagem psicanalista, especificamente pelas teorias de Freud e Winnicott, já a quantitativa, buscou comparar os resultados dos testes pré e pós-intervenção. Como resultado, a pesquisa indicou que a AT possibilitou avaliar os modos de ansiedade de cada uma das participantes, o que influenciou a condução das sessões de intervenção, proporcionando o alinhamento às necessidades de cada participante. Outro resultado apontado foi a amenização da

sintomatologia de ansiedade em ambas as participantes. É importante ressaltar que apesar de a pesquisa se propor a estudar a AT, a mesma não segue algumas das orientações de Finn (2007/2017), por exemplo, os testes padronizados utilizados nos casos desta pesquisa foram escolhidos antes mesmo de conhecer a demanda das clientes. Além disso, foram usados testes psicológicos com o parecer desfavorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi).

Fernandes (2024) objetivou avaliar a efetividade da AT com adolescentes no contexto brasileiro, através de um desenho metodológico experimental de caso único com séries temporais. Participaram deste estudo 17 pessoas, sendo elas seis adolescentes e as demais, seus familiares. Foram realizadas análises estatísticas por meio dos softwares R e *Simulation Modeling Analysis*. Os resultados apontaram mudanças parciais nos índices de medidas diárias. Mesmo quando as mudanças não ocorriam após a sessão de intervenção, notou-se que quando iniciadas na linha de base persistiam até a sessão pós-intervenção, como ocorreu em um dos casos. Além disso, os participantes informaram estar satisfeitos ao participar do processo de AT.

Oliveira (2024) teve como objetivo analisar como o processo de AT pode promover mudanças nas demandas apresentadas por adolescentes que vivem em situação de acolhimento institucional. Duas adolescentes, de 12 e 14 anos de idade que viviam em uma instituição de acolhimento participaram do estudo. Foram realizadas a análise qualitativa dos relatórios das sessões, a comparação entre os resultados pré e pós-AT para avaliar possíveis mudanças, através do método Jacobson e Truax (método JT) e análise de mudança do Índice de Mudança Confiável (IMC). Os resultados indicaram mudanças nas demandas apresentadas pelas adolescentes, considerando a singularidade de cada caso, mas como exemplo, pode-se citar a redução da sintomatologia e cognições relacionadas à ansiedade e depressão, bem como proporcionou autoconhecimento para as participantes (Oliveira, 2024).

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

- Compreender as mudanças de uma mãe em luto em um processo de Avaliação Terapêutica (AT).

### **Objetivos específicos**

- Identificar as repercussões psicossociais após a morte do filho na vida de uma mãe em luto;
- Verificar os sintomas de ansiedade, de depressão e/ou de trauma em uma mãe em luto antes e após a AT;
- Descrever mudanças na narrativa de uma mãe em luto durante o processo de AT.



## **Método**

### **Delineamento da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, cujo método busca explorar e compreender o significado que as pessoas atribuem a um problema social (Creswell, 2014). Além de responder a questões particulares, esta modalidade investigativa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado e defende a necessidade de se trabalhar a complexidade, especificidade e as diferenças que os problemas e/ou objetos sociais apresentam (Minayo et al., 2002). Por meio da análise qualitativa, realizou-se a compreensão detalhada dos significados e das especificidades situacionais sobre o luto apresentadas pela mãe e buscou-se também fazer associações entre as variáveis (sintomas de depressão, de ansiedade e de trauma) investigadas na fase inicial e final da AT.

Como método de investigação, foi utilizado o estudo de caso único. De acordo com Yin (2015), o estudo de caso surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos e é adequado para investigar fenômenos contemporâneos em que os limites entre o fenômeno e o contexto não são nitidamente percebidos. A coleta de dados ocorreu por meio da AT, seguindo a semiestrutura por Finn (2007/2017), a saber, sessões iniciais, testes padronizados, intervenção, resumo e discussão, entrega da carta por escrito e acompanhamento.

### **Participante**

Participou desta pesquisa uma mãe em luto. Aurora é uma mulher de 64 anos, viúva, aposentada, autodeclarou-se branca e possui ensino superior completo. Aurora é mãe de três filhos, tendo o filho do meio Emanuel (nome fictício) cometido suicídio, há nove anos. Ela é integrante de um grupo de apoio a mães em luto que ocorre na instituição onde a pesquisadora entrou em contato para convidar mães para participarem da pesquisa.

Para a participação na pesquisa, foram previamente estabelecidos critérios de inclusão, sendo eles 1) ser mãe com idade superior a 18 anos; 2) ter vivenciado a morte de um filho ou filha há, no mínimo um ano, sem restrição da causa da morte; 3) enfrentar dificuldades ou sofrimento associados ao seu processo de luto decorrente da morte de um filho; 4) ter dificuldade na reintegração às atividades e/ou aos relacionamentos interpessoais após a morte do filho, bem como apresentar prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outra área importante de seu funcionamento; 5) ter ensino fundamental completo para poder responder todos os instrumentos previstos para uso na pesquisa e 6) consentir as gravações das sessões.

A determinação do tempo mínimo de um ano desde a morte do filho ou filha se deu por considerar que quando a perda é muito recente, a pessoa em luto pode apresentar acentuada desorganização e dificuldade para aceitar a realidade da perda, o que pode influenciar na compreensão das informações que forem obtidas a partir da avaliação (Franco et al., 2017). Além disso, as autoras citadas consideram que em casos de luto sem complicação, nos dois primeiros anos, as manifestações do luto estão mais presentes do que nos anos posteriores.

Aurora apresentou demandas relacionadas aos seus relacionamentos interpessoais, principalmente com a família. Além disso, a cliente relatou dificuldades quanto ao seu processo de luto, como a saudade constante que sente do filho, a oscilação vivenciada no seu cotidiano e problemas com relacionamentos amorosos. Ela foi convidada pela psicóloga que acompanha o grupo de mães para participar da pesquisa e decidiu aceitar por acreditar ser importante ter um espaço para falar sobre a perda de seu filho, acreditando que sua participação poderia ajudá-la a melhorar.

A participação na pesquisa só seria aceita através da concordância das gravações das sessões, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Apêndice A), no qual consta a informação sobre as gravações. Os critérios de exclusão elencados foram 1) apresentar risco de suicídio e/ou sintomas psicóticos; e 2) manifestar sofrimento emocional que a impedisse de colaborar com o processo.

### ***Psicóloga que conduziu o processo de AT***

A psicóloga que conduziu o processo de AT é a pesquisadora responsável por este estudo. A psicóloga e pesquisadora possui graduação em psicologia e é mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e integrante do Laboratório de Estudos e Práticas em Avaliação Psicológica (Leapsi) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

No Leapsi, a pesquisadora participa de um grupo de supervisão em AT. Por meio do grupo, a psicóloga acompanhou a supervisão de cinco processos de AT antes de conduzir este estudo. O grupo se reúne uma vez por semana para discutir os atendimentos e o planejamento dos casos, sendo um espaço importante para ampliar a perspectiva das pesquisadoras avaliadoras quanto aos casos. Os integrantes do grupo têm acesso às gravações e aos relatórios das sessões previamente ao encontro. Salienta-se que antes de ter acesso ao material, os membros do grupo de supervisão assinaram o Termo de Confidencialidade e de Sigilo (Apêndice C), resguardando a participante e garantindo o sigilo das informações.

### **Local dos atendimentos**

Os atendimentos ocorreram em um consultório de atendimento psicológico particular, alugado para realização das sessões, tratando-se de um ambiente acolhedor e confortável. Ressalta-se que o consultório possuía condições mínimas adequadas para os atendimentos, bem como para a aplicação de testes psicológicos, garantindo o sigilo das informações. O

consultório encontrava-se em uma localidade acessível, facilitando o deslocamento da participante.

## **Instrumentos**

Tratando-se de uma pesquisa, foi necessário conduzir uma entrevista prévia. Nesta, foram explicados os objetivos do estudo e como seria o processo avaliativo. Além disso, esse momento propiciou investigar junto à possível participante os critérios de inclusão e exclusão. Assim, a descrição dos instrumentos será exposta a partir de dois tópicos, a saber, “Instrumentos utilizados na entrevista prévia e na Sessão de Acompanhamento” e “Instrumentos utilizados durante o processo de AT”.

Importante ressaltar que os testes psicológicos citados estão com parecer favorável no Satepsi e as demais escalas e inventários possuem estudos que sustentam suas qualidades psicométricas, estando a maioria disponíveis para domínio público. Além dos instrumentos descritos, durante o processo de AT foram aplicados outros instrumentos escolhidos de acordo com a demanda da participante, seguindo as orientações de Finn (2007/2017) e da Resolução no 31/2022 do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

### ***Instrumentos usados na Entrevista Prévia e na Sessão de Acompanhamento***

Os instrumentos ora descritos foram utilizados na entrevista prévia e reaplicados ao final do processo de AT, visando atender aos objetivos específicos de identificar a existência de sintomas de ansiedade, depressão e/ou trauma em uma mãe em luto e de analisar se houve redução dos sintomas de ansiedade, depressão e/ou trauma, caso esses sintomas sejam identificados na fase inicial da pesquisa.

Durante a entrevista prévia, foram utilizados oito instrumentos, a saber, Questionário sociodemográfico, *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ – 20), *Magical Ideation Scale* (MIS), *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI), Escala de Desesperança Beck (BHS – 2023),

Escala de Ideação Suicida Beck (BSS – 2023), Escala de Ansiedade Beck (BAI – 2023), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II – 2023). Cada um desses instrumentos está descrito a seguir.

### ***Questionário sociodemográfico***

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) foi elaborado pela pesquisadora, contendo perguntas de múltipla escolha e discursivas. As questões investigaram aspectos referentes à idade, gênero, escolaridade, ocupação, estado civil e histórico prévio de atendimentos psicológicos e/ou psiquiátrico. O questionário foi utilizado com fins de caracterização da participante.

### ***Self-Reporting Questionnaire (SRQ – 20)***

O SRQ – 20 é uma escala de autorrelato que avalia o sofrimento psíquico, possibilitando a detecção precoce de sinais e sintomas que indicam comprometimento da saúde mental, como fadiga, insônia, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, dentre outros, mas que não satisfazem os critérios diagnósticos para doença mental (Santos et al., 2009). A escala é composta por 20 itens com as opções de resposta “sim” ou “não” (Santos et al., 2009) (Anexo A). Os escores variam de zero a 20, quanto mais próximo de zero é a pontuação, considera-se como um melhor estado de saúde e quanto mais próximo de 20, o estado de saúde é considerado pior, o que indica um maior sofrimento identificado. A nota de corte desse instrumento é igual ou superior a sete, para ambos os sexos (Santos et al., 2010).

O estudo de evidências de validade da SRQ – 20 contou com a participação de 3.190 pessoas a partir de 15 anos de idade selecionadas por amostragem aleatória por conglomerado (Santos et al., 2009). Foram identificados quatro fatores, a saber, Fator I – comportamento

ansioso e depressivo, Fator II – fator decréscimo de energia, Fator III – sintomas somáticos e Fator IV – humor depressivo. A consistência interna do Fator geral foi de 0,80, apresentando característica discriminante regular (Santos et al., 2009; Santos et al., 2010).

### ***Magical Ideation Scale (MIS)***

A escala foi desenvolvida por Eckblad e Chapman (1983), tendo sua versão brasileira adaptada e validada por Vieira et al. (2017). A *MIS* é uma escala de autorrelato que investiga a presença de sintomas psicóticos, como pensamentos mágicos (Anexo B). O pensamento mágico se refere a crenças distantes do pensamento coletivo, focada na possibilidade da ocorrência de determinados eventos, sem que tenha relação apropriada com a cultura (Vieira et al., 2017). A escala é composta por 30 itens para serem respondidos de maneira dicotômica entre “verdadeiro” ou “falso” (Viera et al., 2017).

Os estudos de tradução e adaptação contaram com a participação de 283 pessoas com faixa etária entre 18 e 68 anos de idade. Já para os estudos de evidências de validade, participaram 70 adultos, a maioria do sexo masculino, com faixa etária entre 19 e 64 anos de idade. Nessa etapa, os participantes foram divididos em grupos de pacientes (diagnosticados com esquizofrenia) e não pacientes, pareados conforme idade e escolaridade (Vieira et al., 2017). Os dois grupos de participantes foram comparados por meio do teste *t* de *Student* e a magnitude da diferença obtida se deu por meio do *d* de *Cohen*. Os achados apontam que pacientes com diagnóstico de esquizofrenia tendem a apresentar pontuação elevada nesta escala (Vieria et al., 2017). O uso da *MIS* justifica-se pela necessidade de verificar a gravidade do discurso da participante. Portanto, não se espera que haja mudanças clinicamente significativas.

### ***Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI – Brasil)***

O PTCI é um inventário autoaplicável que avalia o trauma por meio de uma escala *Likert* de sete pontos, variando de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente) (Sbardelloto, 2010). O instrumento possui 36 itens e foi desenvolvido por Foa et al. (1999) para auxiliar no diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) (Anexo C). Por meio do PTCI, é possível avaliar o trauma em três domínios relacionados à cognição pós-traumática, a saber, negativas sobre o self, negativas sobre o mundo e sobre autorresponsabilização (Sbardelloto, 2010).

O estudo de adaptação e validação de conteúdo para a versão brasileira foi desenvolvido por Sbardelloto (2010) que realizou o processo em cinco etapas: 1) tradução; 2) retradução; 3) correção e adaptação semântica; 4) validação do conteúdo e 5) avaliação da versão final por amostra de população-alvo. Na etapa de avaliação pela população-alvo, o inventário foi respondido por uma amostra de 45 pessoas adultas e apresentou resultados positivos no que diz respeito à compreensão dos itens (Sbardelloto, 2010).

Já para o processo de validação, participaram 60 pessoas com faixa etária entre 17 e 64 anos, que foram divididas em três grupos: a) o primeiro grupo foi composto por 20 pessoas que apresentaram diagnóstico de TEPT; b) o segundo grupo foi formado por 20 pessoas que não apresentaram diagnóstico atual de TEPT e c) o último grupo foi integrado por 20 pessoas sem histórico de trauma nos últimos três anos e sem diagnóstico atual de TEPT. A partir do estudo, foram encontrados resultados satisfatórios, sendo que o valor da consistência interna da escala total foi  $\alpha = 0,96$ ; já com relação aos domínios, cognições negativas sobre o self  $\alpha = 0,96$ ; cognições negativas sobre o mundo  $\alpha = 0,92$  e cognições sobre a autorresponsabilização  $\alpha = 0,83$  (Sbardelloto, 2010).

### ***Inventário de Depressão Beck (BDI-II)***

O Inventário de Depressão Beck (BDI - II) mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade (Gorenstein et al., 2011). O BDI-II é um instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, com quatro alternativas de respostas, variando de zero (ausência de sintoma) a três (presença do sintoma em maior intensidade). A partir da soma das pontuações dos itens, é possível obter a classificação da intensidade dos sintomas de depressão em mínimo, leve, moderada ou grave. Por se tratar de um teste psicológico, não será anexado no projeto.

Para os estudos das propriedades psicométricas do BDI-II, foram utilizadas amostras brasileiras geral ( $n = 8265$ ) e clínica ( $n = 334$ ), tendo a faixa etária de 10 a 60 anos de idade. Gorenstein et al. (2011) apontam que, de modo geral, o BDI-II possui elevada consistência interna ( $\alpha = 0,90$ ) para a amostra total. A avaliação da validade concorrente contou com a aplicação simultânea dos instrumentos SRQ-20, Escala Breve K10, Escala de Avaliação para Depressão (MADRS) e a Escala de Avaliação da Ansiedade (HAM-A). Os resultados indicam que a BDI-II apresenta alta correlação ( $r$ ) com todos os outros instrumentos SRQ-20 ( $r = 0,849$ ); K10 ( $r = -0,846$ ); MADRS ( $r = 0,748$ ); HAM-A ( $r = 0,663$ ). A MADRS e a HAM-A foram pontuadas apenas nas amostras de adultos de São Paulo ( $n = 182$ ) (Gorenstein et al., 2011).

### ***Inventário de Ansiedade Beck (BAI)***

O Inventário de Ansiedade Beck (BAI) busca medir a intensidade dos sintomas de ansiedade (Carvalho & Valim, 2023a). O uso do BAI é recomendado para pessoas com faixa etária de 18 a 90 anos de idade. O instrumento pode ser aplicado de forma não informatizada, por meio da folha de formulário impresso; informatizada, com a presença do examinador no local e o auxílio de tecnologias, pois a administração ocorre através da plataforma *Hogrefe Testsystem* (HTS) e remota, à distância, também pela plataforma HTS. O BAI consiste em



uma escala de autorrelato composta por 21 itens dispostos em uma escala Likert que varia de 1 (menor incidência do sintoma) a 4 (maior incidência do sintoma). O instrumento não será anexado, pois se trata de um teste psicológico.

Para os estudos das evidências de validade da versão brasileira do BAI, foram realizadas duas coletas de dados, separadamente. A primeira coleta foi realizada com a população geral, sendo composta por 2.198 adultos, com faixa etária entre 18 e 90 anos de idade. A coleta desse primeiro grupo ocorreu no formato informatizado on-line, através de uma plataforma digital. Já a segunda coleta contou com a participação de 19 pacientes psiquiátricos, com idades entre 20 e 62 anos (Carvalho & Valim, 2023a).

O estudo das evidências de validade com base na estrutura interna do BAI foi analisado através da análise paralela, a correlação item-total e o alfa de Cronbach. Os resultados indicam alta associação entre a correlação item-total, com consistência interna superior a 0,90 para a população geral ( $\alpha = 0,94$ ). Já a amostra de pacientes psiquiátricos teve achados similares, mas com valores um pouco inferiores ( $\alpha = 0,93$ ).

Também foram verificados os parâmetros dos itens do BAI, para isso, foi utilizado o parâmetro de Rasch, em suma, refere-se ao modelo de 1 parâmetro. Para essa verificação, foi utilizado o software Winsteps 3.69.1, a amostra da população geral e de pacientes psiquiátricos foram utilizadas. Os achados indicaram que o BAI é composto por um único fator, que os itens que compõem o instrumento estão associados e indicam bons níveis de consistência interna, e que os escores apresentaram estabilidade ao longo tempo. De acordo com Carvalho e Valim (2023a), a versão brasileira do BAI apresenta estimativas de fidedignidade adequadas.

Para as evidências de validade com base em relações com variáveis externas, foram realizadas correlações com medidas externas e comparações entre as médias da população geral e pacientes psiquiátricos. As medidas externas usadas foram as versões brasileiras dos

instrumentos a *Generalized Anxiety Disorder 7* (GAD-7) e o *Distress Tolerance Scale* (DTS), bem como os fatores “Preocupação ansiosa e Ansiosa”, e a dimensão “Instabilidade de humor” do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDGP-2). Os resultados mostraram correlações positivas, de moderadas a altas, GAD-7 ( $r = 0,68$ ); IDCP-2 Preocupação ansiosa ( $r = 0,56$ ); IDCP-2 Instabilidade de humor ( $r = 0,49$ ); IDCP-2 Ansiedade ( $r = 0,63$ ), exceto o DTS ( $r = - 0,63$ ), pois uma pontuação elevada nessa escala indica maior percepção de tolerância ao desconforto psicológico.

Vale ressaltar que as correlações foram feitas apenas com a população geral que respondeu o BAI. Já com relação à comparação entre as médias da população geral e pacientes psiquiátricos, o segundo grupo apresentou média mais elevada quando comparada ao grupo da população geral. Os resultados indicam que o BAI apresenta validade com base nas variáveis externas, considerando a coerência entre as associações das medidas externas e o BAI, e as diferenças nas médias entre os grupos participantes. Com relação à precisão teste-reteste, os resultados demonstram estabilidade dos escores obtidos pelo BAI, indicando que não há diferença significativa entre elas ( $p > 0.05$ ), as médias foram similares ( $M = 49,2$ ;  $DP = 9,6$  e  $M = 46,8$ ;  $DP = 8,2$ ), e a correlação foi alta ( $r = 0,83$ ) (Carvalho & Valim, 2023a).

### ***Escala de Desesperança Beck (BHS)***

A Escala de Desesperança Beck (BHS) é um instrumento que avalia o pessimismo, a desesperança e fornece indicativos do risco de suicídio em pessoas deprimidas ou que tenham histórico de tentativa de suicídio (Carvalho & Valim, 2023b). É recomendado que a BHS seja utilizada com pessoas de 18 a 90 anos de idade e pode ter administração não informatizada, feita através da folha de formulário impresso; informatizada, com a presença do avaliador e avaliado, fazendo uso de tecnologias; e remota, através de uma administração à distância, por chamada de vídeo, por meio da plataforma HTS. A escala é composta por 20 itens que

avaliam pensamentos sobre desesperança relacionados a situações futuras, como falta de esperança em relação ao futuro e a crença na falta de solução de problemas. Por se tratar de um teste psicológico, não será anexado. A BHS é uma escala dicotômica, cujas opções de respostas são, “correto”, se a pessoa concordar com o item, e “errado”, em caso de discordância.

Carvalho e Valim (2023b) realizaram um estudo para verificar a validade da BHS com base na estrutura interna, com uma amostra de 1.804 adultos, entre 18 e 19 anos, provenientes da população geral e 55 pessoas, entre 18 e 65 anos, com diagnóstico psiquiátrico. A análise paralela indica que a BHS possui a presença de um único fator, conforme esperado. A correlação item-total mostra que não só um valor esperado do alfa de Cronbach foi obtido, mas também indica uma associação suficiente entre os itens, tendo como resultado uma consistência interna de ( $\alpha = 0,89$ ) para a população geral e ( $\alpha = 0,88$ ) para pacientes psiquiátricos.

Para buscar evidências de validade com base em relações com variáveis externas, foram utilizadas as versões brasileiras do *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D), do *Distress Tolerance Scale* (DTS), o fator “Desesperança” e a dimensão “Instabilidade de humor” do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP-2). Os resultados alcançados revelam correlações positivas entre BHS e esses instrumentos, com magnitudes moderadas a altas (CES-D = 0,63; IDPC-2 Desesperança = 0,71; IDPC-2 Instabilidade de humor = 0,52). A exceção foi a correlação entre BHS e DTS ( $r = - 0,45$ ), uma vez que a alta pontuação nesse instrumento apresenta uma maior percepção de tolerância ao desconforto psicológico.

Realizou-se um estudo de evidências de validade concorrente, no qual comparou-se 55 pacientes com 1804 não pacientes, os quais responderam a BHS. Por meio do teste t com Bootstrapping, verificou-se maior média em pacientes ( $t = - 11,03$ ;  $M = 14,05$ ;  $p = 0,001$ ),

conforme o esperado. Referente à precisão teste-reteste, 99 pessoas do grupo da população geral responderam novamente a BHS, após duas semanas. As médias encontradas foram semelhantes ( $M = 44,8$ ;  $DP = 5,5$  e  $M = 44,5$ ;  $DP = 5,7$ ), não tendo diferença significativa entre elas ( $p > 0,05$ ), com efeito rente a zero e correlação alta ( $r = 0,76$ ) (Carvalho & Valim, 2023b).

### ***Escala de Ideação Suicida Beck (BSS)***

Por fim, a Escala de Ideação Suicida Beck (BSS) investiga a presença de ideação suicida, assim como a dimensão da motivação e a presença de planos para um comportamento suicida (Carvalho & Valim, 2023c). O uso da escala é indicado para adultos com idade entre 18 e 90 anos. A administração pode ocorrer de forma não informatizada, com formulário impresso; informatizada, com o uso de tecnologias e da plataforma HTS, na presença do aplicador ou remotamente, através da plataforma HTS. A BSS possui 21 itens, sendo os primeiros 19 itens com respostas variando de 1 (menor pontuação) a 3 (maior pontuação). Trata-se de um teste psicológico, portanto, não será anexado. Os dois últimos itens não são inclusos no escore, uma vez que eles são de caráter informativo e fornecem importantes subsídios sobre o número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer na última delas (Carvalho & Valim, 2023c).

A amostra dos estudos de evidências de validade da BSS foi composta por 1859 adultos, com idades entre 18 e 90 anos. Os participantes foram divididos em três grupos, sendo o primeiro composto por 1702 pessoas da população geral, o segundo com 102 pessoas da população geral que reportaram histórico de ideação suicida, ideação suicida atual e histórico de tentativa de suicídio, e o terceiro grupo foi formado por 55 pacientes psiquiátricos que possuíam o diagnóstico de transtorno depressivo maior ou transtorno misto (depressão e ansiedade).

Foram realizados estudos de evidências de validade da BSS com base na estrutura interna, a partir da análise paralela, para verificar a correlação item-total e o alfa de Cronbach. Os resultados oriundos dessa pesquisa demonstram que a BSS possui apenas um fator. A correlação item-total foi satisfatória para a população sem indicadores de ideação suicida ( $\alpha = 0,92$ ), para população geral com indicadores de ideação suicida e suicídio ( $\alpha = 0,88$ ), e para pacientes com diagnóstico psiquiátrico ( $\alpha = 0,91$ ), o que indica a existência de coesão entre os itens da escala para tal amostra (Carvalho & Valim, 2023c).

Também foram desenvolvidos estudos referentes a evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis, utilizando o Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D), o Distress Tolerance Scale (DTS) e o fator “Desesperança” e a dimensão “Instabilidade de humor” do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDCP-2) como variáveis externas. As correlações variaram entre moderadas e altas, CES-D ( $r = 0,46$ ), IDCP-2 Desesperança ( $r = 0,77$ ), IDCP-2 Instabilidade de humor ( $r = 0,57$ ), IDCP-2 Ansiedade ( $r = 0,63$ ), DTS, ( $r = -0,71$ ). Foi realizada também a correlação entre as médias da amostra, comparou-se 55 pacientes psiquiátricos, 1702 da população geral sem indicadores de ideação suicida e suicídio e 102 com indicadores de ideação suicida e suicídio. Através da ANOVA com *bootstrap*, pode-se observar que a maior média foi a da população geral com indicadores de ideação suicida e suicídio ( $M = 18,36$ ;  $p = 1,00$ ). Dessa forma, os resultados indicam que a BSS apresenta evidências de validade com base nas variáveis externas (Carvalho & Valim, 2023c).

Quanto à precisão teste-reteste, foi realizada com 99 pessoas da população geral, adotando intervalo de duas semanas. As médias encontradas foram semelhantes ( $M = 1,0$ ;  $DP = 2,6$  e  $M = 0,5$ ;  $DP = 2,3$ ), sem diferenças significativas ( $p > 0,05$ ), com efeito pequeno ( $d = 0,20$ ) e alta correlação ( $r = 0,71$ ).

## **Instrumentos utilizados durante o processo de AT**

### ***Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)***

A Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) é um teste psicológico desenvolvido a partir da Teoria dos Cinco Grandes Fatores que objetiva avaliar aspectos da personalidade. Composto por 126 itens em formato de escala do tipo Likert, variando a pontuação entre um (descreve-me muito mal) e sete (descreve-me muito bem) pontos. A escala é constituída por cinco fatores compostos por 17 facetas, sendo elas, Neuroticismo, Extroversão, Socialização, Realização e Abertura à experiência (Nunes; Hutz, & Nunes, 2013). O público-alvo deste instrumento são adolescentes e adultos, a partir do ensino fundamental, com idade entre 17 e 75 anos de idade. Quanto aos estudos, o instrumento apresenta consistência interna satisfatória para cada um dos seus cinco fatores a saber: Neuroticismo ( $\alpha=0,89$ ); Extroversão ( $\alpha=0,84$ ); Socialização ( $\alpha=0,85$ ); Realização ( $\alpha=0,83$ ) e Abertura à experiência ( $\alpha=0,74$ ). Trata-se de um teste psicológico comercializado, e portanto, não pode ser anexado.

### ***Método de Rorschach***

O instrumento avalia características da personalidade e do processamento cognitivo (Meyer et al., 2017). É composto por 10 pranchas, com manchas de tinta com estímulos ambíguos. A aplicação é feita em duas etapas, a primeira se refere à fase de resposta, na qual as pranchas são apresentadas ao avaliando, uma por vez, solicitando que ele diga com o que se parecem. Todas as respostas são anotadas pelo avaliador. Após apresentação das 10 pranchas, segue-se para a fase de esclarecimento, o examinador lê as respostas fornecidas pelo avaliado e questiona onde na mancha de tinta ele viu e o que fez parecer com o que ele disse. O sistema utilizado para aplicação, codificação e interpretação foi o *Rorschach*

*Performance Assessment System (R-PAS)*. A faixa etária para o uso deste instrumento é de 17 a 69 anos.

### ***Técnica de Apercepção para os Idosos (SAT)***

O instrumento tem como objetivo investigar problemas específicos do envelhecimento como solidão, problemas de saúde e baixa autoestima, bem como sentimentos positivos, tais quais alegria com a convivência com os netos e as interações sociais. Também investiga as atitudes e preocupações das pessoas idosas em relação às questões mais centrais da velhice, voltando-se para compreensão da singularidade da pessoa que o responde (Bellack & Abrams, 2012). O SAT é composto por 17 figuras, sendo recomendado o uso de um conjunto básico composto por oito ou dez figuras. No processo de Aurora, foram utilizadas as oito figuras do conjunto básico recomendado pelos autores, a saber, 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10 e 12, e adicionadas mais duas figuras, a 11 e a 13. A figura 11 tem temática sobre reuniões familiares e a figura 13 elicia temas relacionados ao idoso se sentir ignorado pelas pessoas e/ou por seu cônjuge. Para a interpretação, são consideradas as categorias de Percepção, de Motivação, de Sentimentos e de Perspectivas para o Futuro. O público-alvo são pessoas idosas a partir de 60 anos.

Quanto aos estudos psicométricos, o SAT possui estudos de evidências de validade e estimativas de fidedignidade, tendo sido ambos os estudos realizados com uma amostra de 42 pessoas. Em relação às evidências de validade, foi realizada uma correlação entre as categorias e subcategorias do SAT com o Teste de Apercepção Temática (TAT). Os resultados indicaram que todas as correlações entre SAT e TAT para Percepção, Motivação e Sentimentos foram significativas. Por sua vez, para a categoria Perspectiva para o Futuro, as correlações não foram significativas, o que pode ser explicado pela dificuldade dos participantes em relatar desfechos para as histórias (Bellack & Abrams, 2012). Os estudos de

estimativas de fidedignidade foram realizados por meio da avaliação de três juízes, considerando as categorias e as subcategorias do instrumento. Como resultado, o estudo apresentou alto grau de concordância entre os avaliadores, com valores das correlações variando de 0,808 até 1.

## **Procedimentos**

Esta pesquisa faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Avaliação Terapêutica em situações de vulnerabilidade social no contexto cearense” aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) (Parecer nº 6.027.023) (Anexo D). Para identificar a participante, a psicóloga e pesquisadora entrou em contato com instituições que trabalhavam com grupos voltados para pessoas em luto, bem como grupos de mães em luto que existem na cidade de Fortaleza. Aurora é integrante de um grupo de apoio para mães em luto, foi indicada pela psicóloga da instituição e prontamente aceitou participar de uma entrevista prévia.

Optou-se por realizar uma entrevista prévia para se certificar que Aurora atendia aos critérios de inclusão da pesquisa, em especial, se relacionava o sofrimento que vivenciava com a morte do filho e para checar também o real interesse de Aurora em participar, uma vez que, um dos princípios da AT é a colaboração e a participação ativa do cliente no processo. A entrevista prévia com Aurora ocorreu em março de 2024, utilizando-se de um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice D).

A entrevista prévia foi dividida em dois momentos. Primeiro foram apresentados os objetivos da pesquisa e explicado o funcionamento do processo da AT. Em seguida, buscou-se a compreensão da demanda bem como sanar as dúvidas da cliente sobre o processo e a pesquisa. Após explanar sobre o estudo, a pesquisadora apresentou à participante o TCLE (Apêndice A), que assegura os direitos dos participantes em pesquisa, conforme Resolução nº



510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para realizar pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 2016).

Foi comunicado que a participação é voluntária, não havendo remuneração para participar e/ou qualquer custo, bem como foram informados os benefícios e malefícios que poderiam advir da participação nesta pesquisa. Pode-se citar como benefícios participar de uma avaliação psicológica, a promoção de mudanças positivas na vida da cliente, a partir de intervenções voltadas para as dúvidas ou curiosidades da cliente sobre ela mesma. Quanto aos malefícios, pode ocorrer desconforto ao lembrar de momentos difíceis referentes ao percurso de luto e cansaço ou constrangimento durante as sessões, sendo necessário ressaltar que a pesquisa foi planejada para minimizar estes riscos. Foi garantido à participante o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa. Ademais, visando a proteção da participante, caso fosse necessário, ao término da pesquisa, a participante seria encaminhada para atendimento psicológico gratuito no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

No segundo momento, a participante foi convidada para responder os instrumentos previamente estabelecidos, a saber, o questionário sociodemográfico (Apêndice B), a SRQ-20 (Anexo A), a MIS – reduzida (Anexo B), o PTCI (Anexo C), a BAI, a BDI-II, a BHS e a BSS. Tais instrumentos ajudaram a avaliar variáveis importantes para responder os objetivos dessa pesquisa. Reitera-se que dada a escassez de instrumentos para avaliar diretamente o luto, foram adotadas algumas variáveis a fim de compreender o sofrimento da participante e não no intuito de reduzir ou definir o luto dessa mãe, uma vez que se entende que o percurso de luto é singular e multifacetado, não se restringindo apenas aos aspectos adotados. Além do mais, as variáveis ajudarão a analisar se a AT promove mudanças frente ao luto materno.

Logo após a entrevista prévia, foi iniciado o processo de AT seguindo os pressupostos de Finn (2007/2017) e sua semiestrutura de seis passos, quais sejam: 1) sessões iniciais; 2)

sessões de testes padronizados; 3) sessões de intervenção; 4) sessões de resumo e discussão; 5) entrega da carta por escrito e 6) sessões de acompanhamento. Ressalta-se que na sessão de acompanhamento serão reaplicados os instrumentos aplicados na entrevista prévia.

O processo de Aurora contou com duas sessões iniciais, três sessões de testes padronizados, uma de intervenção, uma de resumo e discussão e uma sessão de acompanhamento. As sessões ocorreram semanalmente, exceto quando a cliente precisou remarcar, e duraram em média 90 minutos cada.

As sessões foram gravadas, conforme orienta Finn (2007/2017). A participante foi informada antecipadamente sobre as gravações e que só teriam acesso aos vídeos, psicólogas e graduandos em psicologia que participavam do grupo de supervisão do qual a pesquisadora faz parte. Destaca-se que o grupo de supervisão faz parte da proposta da AT, auxiliando na conduta do processo, sendo composto por profissionais e estudantes que estejam implicados nos conhecimentos da AT.

Todas as sessões foram gravadas por uma câmera de vídeo e por um gravador de voz. Na Tabela 2, a seguir, contém um resumo sobre o desenvolvimento do processo de AT com Aurora, que serão descritas na seção de Resultados e Discussão.

**Tabela 2**

*Resumo do processo de AT com Aurora*

<b>Processo de AT com Aurora</b>			
<b>Nº da sessão</b>	<b>Passos da AT</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>	<b>Duração da sessão</b>
<b>01</b>	Sessões iniciais	Identificação de demandas e elaboração das perguntas para a avaliação.	81 minutos
<b>02</b>	Sessões iniciais	Finalizar as perguntas para a avaliação	83 minutos
<b>03</b>	Testes Padronizados	Aplicação da BFP	87 minutos
<b>04</b>	Testes Padronizados	Aplicação do SAT	75 minutos

<b>05</b>	Testes Padronizados	Aplicação do Rorschach	74 minutos
<b>06</b>	Sessão de intervenção	Construção de linha do tempo referente às situações nas quais a cliente se sentiu culpada	139 minutos
<b>07</b>	Resumo e Discussão	Discussão sobre os achados da avaliação, relacionando-os com as perguntas da cliente	93 minutos
-	Entrega da carta por escrito	Envio da carta para a cliente	-
<b>08</b>	Acompanhamento	Diálogo sobre dúvidas e reflexões do processo, e reaplicação dos instrumentos utilizados na entrevista prévia: SRQ-20, MIS, PTCI, BDI-II, BAI, BHS e BSS.	76 minutos

*Nota.* Elaborada pela autora.

### **Análise de dados**

Buscando responder aos objetivos propostos, serão realizados dois tipos de análises. A primeira corresponde à análise qualitativa, executada por meio da análise de conteúdo de Bardin (1977/2016), analisando-se a narrativa da cliente durante todo o processo de AT, sobre seu luto pela perda do filho. Dessa forma, seguiu-se as três fases propostas pela autora, a saber, 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados. A segunda se refere à análise quantitativa, realizada pelo método JT, cuja finalidade é analisar se as mudanças nos resultados pré e pós-AT são confiáveis. Cada uma dessas análises será melhor detalhada a seguir.

### **Análise de conteúdo**

Para a fase de pré-análise, foi utilizado o material audiovisual das sessões. Ao final do processo de AT, os vídeos foram reassistidos e todos os trechos que se relacionavam ao luto

foram identificados para serem posteriormente transcritos. Decidiu-se por realizar este recorte devido aos diferentes conteúdos explorados durante o processo de AT que não estavam diretamente relacionados ao percurso de luto da cliente.

A seleção dos trechos a serem transcritos foi realizada por duas juízas independentes, sendo uma delas a própria psicóloga pesquisadora e a outra uma integrante do grupo de AT que acompanhou as supervisões do caso. Optou-se por essa estratégia para minimizar possíveis vieses da psicóloga pesquisadora na seleção, bem como para verificar a confiabilidade dos trechos escolhidos. Para averiguar a concordância entre as avaliadoras, foi utilizado o coeficiente Kappa de Cohen, o qual mensura o grau de concordância entre juízes.

Para a classificação do Kappa, foram adotados os parâmetros de Landis e Koch (1977), cujo índices são considerados entre 0,81 e 1 como excelentes, entre 0,61 e 0,80 como bons, entre 0,41 e 0,60 como moderados, entre 0,21 e 0,40 como regulares, entre 0,00 e 0,21 como fracos e abaixo de zero como pobres. Para analisar o Kappa, foi utilizado o Jamovi versão 2.5.5.

Foram selecionados 76 trechos, sendo 11 horas, 50 minutos e 16 segundos de transcrição, resultando em 35 páginas de texto transcrito. As oito sessões foram assistidas separadamente pelas duas juízas. A tarefa de cada uma foi selecionar trechos nos quais a cliente falava sobre sua vivência de luto. Em seguida, os trechos selecionados pelas juízas foram armazenados em um banco de dados no Excel 2016. Cada trecho foi nomeado pela minutagem correspondente nas sessões. A primeira coluna foi preenchida com as minutagens, enquanto as demais foram preenchidas com o parecer das duas juízas. Atribuiu-se o código 0 para ausência de relato de luto e 1 para presença em cada um dos trechos.

Os critérios elencados para fazer a seleção foram: (1) selecionar trechos em que o termo luto tivesse sido explicitamente verbalizado; (2) considerar trechos que se relacionavam ao luto, ainda que esse termo não tivesse sido mencionado, mas que foram

identificados por se referir a expressões de sofrimento, de ressignificação da perda, as mudanças cotidianas, lembranças significativas e manifestações de saudade do filho perdido. Não foram considerados trechos que se referiam a outros assuntos, como sobre morte, culpa e relacionamentos interpessoais quando não estavam diretamente relacionados ao óbito do filho perdido, por fugirem do escopo desta dissertação. Também não houve categorias pré-estabelecidas para a seleção. Na Tabela 3, encontram-se os resultados dessa análise.

**Tabela 3**

*Grau de concordância dos trechos a serem transcrito à análise de conteúdo*

Sessão	Kappa	Interpretação	P
1	0,560	Moderado	0,002
2	0,851	Excelente	0,000
3	0,613	Bom	0,000
4	0,503	Moderado	0,011
5	0,737	Bom	0,000
6	0,798	Bom	0,001
7	0,83	Excelente	0,001
8	1	Excelente	0

*Nota.* Elaborada pela autora.

Inicialmente, houve concordância regular ( $\kappa=0,375$ ,  $p=0,001$  e  $\kappa=0,299$ ,  $p=0,022$ ) nas sessões seis e sete. Devido à inconsistência na seleção cujo Kappa foi abaixo de 0,60 (Landis & Koch, 1977), as juízas se reuniram para identificar pontos de discordâncias. Após a reunião, perceberam que a controvérsia ocorreu na tentativa de identificação se determinados trechos se relacionavam com o luto. A juíza um, que é a psicóloga pesquisadora, considerou trechos nos quais subentendia-se que a cliente estava relacionando ao seu percurso singular de luto, incluindo também, por exemplo, trechos em que a cliente fazia referência à história da morte, apenas com conteúdo informativo, sem necessariamente relacionar-se à experiência da perda. Já a segunda juíza havia assinalado trechos em que o termo luto foi explicitamente verbalizado ou que se relacionavam diretamente ao luto, como as diferentes reações vivenciadas pela cliente em seu percurso de luto.

Para a elegibilidade dos trechos, as juízas discutiram sobre a exclusão ou permanência de determinados trechos. Foram reavaliados 35 trechos, sendo 20 referentes à sessão seis e 15 relacionados à sessão sete. O material audiovisual das sessões seis e sete foram revisitados e a presença de conteúdo foi considerada nos trechos em que a cliente falava explicitamente sobre o luto ou quando era possível relacionar sua fala ao luto, ainda que o termo não fosse mencionado por ela. Tendo em vista os critérios de presença de conteúdo, as juízas entraram em consenso e após revisarem os trechos, 27 integraram o material selecionado, dos quais 16 pertencem à sessão seis e 11 à sessão sete. Ao final da seleção, foram transcritos 76 trechos, dos quais foram destacadas as unidades de registros que foram agrupadas a partir de suas semelhanças para definição das categorias.

As sessões seis e sete se referem, respectivamente, à intervenção e à sessão de resumo e discussão. A temática do luto permeou intensamente ambas as sessões. A intervenção realizada na sessão seis ocorreu um dia antes do aniversário de morte do filho de Aurora, cujo fato foi mencionado pela cliente logo nos minutos iniciais da sessão. Além disso, a atividade proposta para a intervenção permitiu que a cliente entrasse em contato com sua perda, que segundo Aurora, foi o momento no qual ela pôde contar a história de sua perda tal como ocorreu. Aurora narrou todos os momentos que vivenciou desde o instante em que recebeu a notícia da morte de seu filho até os dias atuais, a forma como vivencia seu luto. Datas significativas como o dia da morte de Emanuel costumam mobilizar emocionalmente Aurora.

No dia seguinte ao aniversário de morte do filho, Aurora vivenciou o falecimento de um primo muito próximo. A morte ocorreu entre o intervalo da intervenção e a sessão de resumo e discussão. Na sessão sete, referente ao resumo e discussão, a cliente relatou que o falecimento do primo fez com que ela sentisse que estava revivendo a morte do filho, de acordo com ela, não com a mesma intensidade, mas ainda assim, lembrando dos momentos dolorosos que vivenciou. Apesar do momento de dor, Aurora pôde perceber como conseguiu

utilizar sua experiência de perda para auxiliar seus familiares e amigos em demandas emocionais e burocráticas relacionadas à morte. Em relato, a cliente comentou que participou dos rituais fúnebres do primo até o momento final, fato que depois da morte do filho, não conseguia mais vivenciar. Adicionalmente, Aurora relatou sobre como foi importante para ela estar participando do processo de AT no momento em que seu primo faleceu, pois se sentiu mais “fortalecida” (sic) para lidar com a situação de perda. Acredita-se que em ambas as sessões, a cliente estava vivenciando momentos de perdas. Fosse revisitando a perda de seu filho ou experienciando uma nova situação diante do falecimento do primo.

Logo após calcular o Kappa, foi realizada a segunda fase da análise de conteúdo, que se refere à exploração do material transcrito. A partir da leitura flutuante, foram destacadas frases referentes às vivências, emoções, comportamentos, formas de lidar com a perda e o processo de luto da cliente. Desse modo, foram identificadas as unidades de registros para análise.

Por fim, no tratamento dos resultados, que se refere à última etapa da análise de conteúdo, as unidades de registros foram agrupadas de acordo com suas similaridades compondo-se as categorias. Nesse processo, foram criadas três categorias e nove temas: reações ao luto, (re)construindo significado e rede de apoio. Salienta-se que a apresentação e discussão das categorias serão apresentadas posteriormente, na seção “Categorias Temáticas para Análise”.

Durante a análise, também foram identificadas repercussões psicossociais que ocorreram na vida de Aurora após o suicídio de seu filho. Tais repercussões foram obtidas a partir da leitura dos trechos transcritos e dos relatórios das sessões, conforme serão subsequentemente apresentadas.

### ***Análise comparativa dos resultados – Método JT***

A segunda análise foi feita a partir dos resultados coletados por meio dos instrumentos, a saber, SRQ-20, MIS, PTCI, BAI, BDI-II, BHS e BSS administrados na entrevista prévia e reaplicados na sessão de acompanhamento. Escolheu-se utilizar o método JT proposto por Jacob e Traux, uma vez que permite analisar se a diferença dos resultados pré e pós avaliação são mudanças confiáveis (Del Prette & Del Prette, 2008). Para executar esse método, foram feitos dois processos complementares, 1) o cálculo da confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção, descrita no Índice de Mudança Confiável (IMC) e 2) a análise do significado clínico dessas alterações (Del Prette & Del Prette, 2008). Em suma, o IMC busca investigar se os ganhos do cliente foram além de uma oscilação (positiva ou negativa) decorrente de erro de medida e o significado clínico refere à condição final do cliente em relação aos escores de grupos não clínicos de referência.

Os resultados podem ser avaliados em Grau de Confiança (GC). O primeiro grau é relacionado à Ausência de Mudança (AM), que indica que não houve nenhuma mudança confiável nos resultados. O segundo é a Mudança Positiva Confiável (MPC), apontando que houve aumento estatisticamente significativo nos resultados da avaliação pós-intervenção. Por fim, a Mudança Negativa Confiável (MNC), que mostra redução estatisticamente significativa nos resultados do teste pós-intervenção (Del Prette & Del Prette, 2008). As tabelas com as comparações dos resultados pré e pós dos instrumentos e o resultado do IMC serão apresentadas na próxima seção.

## **Resultados e Discussão**

Este estudo teve como objetivo compreender as mudanças de uma mãe em luto em um processo de AT. Para isso, realizou-se um estudo de caso único, de abordagem



qualitativa, com análise de conteúdo das sessões e comparação entre os resultados dos instrumentos aplicados pré e pós-avaliação. Todo o processo de AT ocorreu seguindo as orientações e a semiestrutura propostas por Finn (2007/2017). Posto isso, iniciar-se-á essa descrição dos resultados e discussão com a apresentação do caso, posteriormente, das categorias para análises elencadas. Na sequência, apresentar-se-á as repercussões psicossociais do luto vivenciadas por Aurora após a morte do filho, bem como os resultados do comparativo entre as pontuações da cliente nos instrumentos aplicados pré e pós-avaliação. Por fim, serão explicitadas as mudanças ocorridas na narrativa de Aurora.

### **Apresentação do Caso: Avaliação Terapêutica com Aurora**

A escolha do nome Aurora (fictício)<sup>5</sup> se deu pela representação atribuída ao caso. Aurora significa “amanhecer”, “o nascer do sol”, “aquela que é como o sol.” Durante o processo, a cliente descreveu a oscilação de seu luto referindo a “preto e branco” quando fazia relatos sobre momentos difíceis, por exemplo, os primeiros anos após a morte de seu filho e “colorido” para mencionar ocasiões em que conseguia sentir esperança para ressignificar sua vida. Além disso, aurora possui o significado religioso de simbolizar a luz vencendo a escuridão, a esperança e o início de um novo dia. Dessa forma, representa também um movimento de oscilação, como no percurso do luto da cliente. Já o nome Emanuel (fictício) foi escolhido para representar o filho perdido de Aurora. Emanuel significa “Deus conosco” e a escolha do nome se deu por Aurora ser uma mulher católica e a religião ter sido uma das principais estratégias utilizadas por ela para lidar com a morte de seu filho.

Durante a entrevista inicial, Aurora expressou a importância que se deu a sua participação à pesquisa, já que “mães enlutadas” (sic) sentiam a perda todo dia e ter um

---

<sup>5</sup> Todas as informações potencialmente identificáveis foram modificadas para evitar a identificação da participante. Além disso, foram mencionadas apenas informações relevantes para a compreensão do caso.

espaço para falar sobre seu luto a ajudaria. Aurora definiu a perda de um filho como uma experiência muito dolorosa, repleta de altos e baixos. Relatou lembrar do filho todos os dias, com alegria em alguns e chorosa em outros, compartilhando, assim, muitas lembranças ao longo da sessão. Emanuel tinha 35 anos, era o filho do meio, tinha dois irmãos e mantinha uma boa relação com eles. Era pai de uma menina de oito anos, de quem tinha tutela, já que havia rompido o relacionamento amoroso com a mãe da criança. Ele e a filha moravam com Aurora. No período do suicídio, ele namorava com uma mulher e trabalhava como consultor de vendas. Aurora contou que no dia em que aconteceu o suicídio, buscou o filho no trabalho e tinham ido no centro da cidade resolver burocracias. Logo após, Aurora deixou o filho no apartamento de sua namorada, sendo este o último momento que vivenciou com ele.

Aurora destacou a falta de rede de apoio como uma das queixas relacionadas ao seu luto. Além de lidar com a perda de seu filho, Aurora teve que enfrentar os julgamentos e comentários da família e de amigos sobre sua forma de vivenciar o luto. A família de Aurora costumava cobrar uma superação, afirmando que a cliente deveria “levantar e viver a vida” (sic). Quando Aurora chorava, era questionada com frases como: “tu ainda está chorando?” (sic). Em contrapartida, quando seguia os conselhos de “levantar e viver a vida”, era alvo de comentários, como “perdeu o filho um dia desses e já está assim” (sic). Além disso, logo após a morte do filho, Aurora passou a ir ao cemitério com frequência, o que, mais uma vez, foi apontado pelos familiares como um comportamento excessivo. Por conta desses comentários, Aurora preferiu se isolar.

Lidar com o tabu sobre a morte e o suicídio foi um problema para Aurora. As pessoas, principalmente os familiares, não queriam sequer ouvir o nome de Emanuel, pois havia o medo de falar sobre o assunto. Não poder falar sobre o filho ou sobre o suicídio foi um fator que contribuiu para que Aurora se isolasse de suas relações interpessoais, bem como causou desconforto em tais relacionamentos.

A religião foi outro ponto importante. Aurora é uma mulher católica e a fé sempre fez parte de sua vida, entretanto, após a morte de seu filho, sua relação com a religião ficou abalada. Relatou que passou a sentir raiva, pois buscava uma resposta para o que aconteceu com o filho, porém, não encontrava. A busca por respostas a fez visitar outras religiões, mas nenhuma delas lhe trouxe a explicação que procurava.

Logo no primeiro ano de seu luto, Aurora buscou por acompanhamento psicológico e foi encaminhada para atendimento psiquiátrico, o qual frequentou por um ano. Por muito tempo, Aurora se sentiu culpada pela morte de Emanuel e reconhecia a sua necessidade de buscar por ajuda profissional. Nesse mesmo período, Aurora passou a frequentar um projeto audiovisual realizado por seu psicólogo, junto com outras mães que perderam filhos. As mães participantes desse projeto decidiram criar um grupo de apoio para mães em luto, criando um espaço onde elas se encontravam para compartilhar a dor, a saudade e o amor que sentiam pelos seus filhos. Atualmente, o grupo se reúne pelo menos uma vez por mês ou em datas comemorativas. Foi desse grupo que Aurora percebeu receber o principal apoio durante a sua perda do filho.

Foi no grupo que Aurora conseguiu falar sobre a morte do filho mesmo diante da culpa e da vergonha que sentia. Aurora foi acolhida pelas mães integrantes do grupo, que a encorajaram a falar apenas quando se sentisse confortável. Contou que chorava muito ao ouvir os relatos das demais mães, principalmente quando uma nova integrante relatava sua história. Para Aurora, o grupo representa um espaço para falar sobre seu filho com pessoas que a ouviam sem julgá-la e que compartilhavam da mesma experiência.

Ainda sobre rede de apoio, Aurora contou que seus outros dois filhos foram o principal motivo para que ela resignificasse sua vida após a morte de Emanuel. Atualmente, os filhos, a religião e o grupo de mães em luto são seus principais apoios. É importante pontuar que, apesar de o processo ter abrangido outras temáticas trazidas pela cliente, o foco

do resumo das sessões de AT se refere, principalmente, à temática do luto materno, pois as demais temáticas não cabem aos objetivos desta pesquisa.

O primeiro passo da AT ocorreu em duas sessões que buscaram a formação e o fortalecimento de vínculo com a cliente, bem como a elaboração das perguntas para a avaliação e a investigação para compreender o contexto de cada uma das perguntas. Importante ressaltar que a primeira sessão foi remarcada, devido ter sido agendada para o mesmo dia em que ocorreu o falecimento de Emanuel. Aurora pontuou não se sentir bem, pois nessa data sempre vivenciava um dia difícil, com sobrecarga emocional. Acolhendo o pedido de Aurora, a sessão foi remarcada.

Na primeira sessão, Aurora falou sobre a sua vida ser uma luta constante, tem dias que está bem e em outros nem tanto. Ela contou que todo mês, o dia em que Emanuel morreu, é uma data difícil e que acorda lembrando com muita saudade dele. Geralmente, Aurora costuma ir ao cemitério nesse dia, mas não apenas nele, pois é um local onde alega se sentir bem. Para ela, o cemitério é o local onde deixou a pessoa que, em suas palavras: “eu amei, que eu cuidei, que carreguei no colo, no ventre” (sic). Nas idas ao cemitério, Aurora costuma levar café para tomar com o filho, pois ele gostava muito. Comenta que tem momentos de conversa com o filho, mesmo compreendendo que ele não está ali, mas acreditando que de alguma maneira, ele a ouvia. Um familiar de Aurora que pratica o espiritismo sugeriu que ela plantasse algo para que pudesse conversar com a planta, da mesma forma que conversa com o filho. Assim Aurora fez, plantou flores e desde então, para ela, a planta representa uma forma de comunicação entre eles. Sempre que nasce uma flor, ela acredita ser uma mensagem de Emanuel, já que ela conversa cotidianamente com as flores. Aurora comentou que no domingo de páscoa e no dia das mães, nasceu uma flor e trouxe muita felicidade para ela.

Após acolher o relato de Aurora, iniciou-se uma investigação sobre as dúvidas e/ou curiosidades que a cliente tinha sobre si mesma. Aurora expôs vários incômodos referentes

aos seus relacionamentos interpessoais, principalmente sobre seus dois casamentos e um namoro que não deu certo (todos anteriores à morte de Emanuel). Costumava se culpar pelo fracasso dos casamentos, por nunca ter conseguido “segurar um marido” (sic), se questionava se tinha sido uma boa esposa, já que ambos os maridos morreram de infarto, após a separação. O seu último relacionamento amoroso, cujo término, segundo ela, foi traumático, a deixou sem ter vontade de se relacionar novamente e se sente bem sem ter um parceiro. No último relacionamento, Aurora descobriu que o namorado estava mantendo relações extraconjugais e resolveu romper o namoro, o que não foi fácil, pois o casal dividia empresas e o ex-namorado de Aurora não colaborou com o término, havendo a necessidade do envolvimento da justiça. Vale pontuar que o fim desse relacionamento ocorreu seis anos antes do suicídio de Emanuel. A partir desse contexto, Aurora formulou a primeira pergunta: “Será que eu não sei ceder nos relacionamentos?”.

A segunda pergunta se referia à insegurança de Aurora, de achar que estava sempre errando e se culpando pelas situações que não deram certo, principalmente nos relacionamentos e da sua dificuldade de lidar com esse questionamento, que está presente desde antes do suicídio do filho, mas que se intensificou após o ocorrido. Desde a infância, Aurora costumava se sentir diferente dos irmãos, tanto em características físicas, como em condições financeiras e em comportamento social, disse que sempre se preocupou com o bem-estar das pessoas ao seu redor, ao contrário de seus irmãos. Por conta disso, costumava se questionar por que eventos/situações ruins só aconteciam com ela, bem como sobre suas atitudes e tomadas de decisões. Além disso, Aurora pontuou que não consegue se visualizar cuidando de si. Dessa forma, a segunda pergunta elaborada foi “Como posso me ajudar?”. Considerando esse mesmo contexto, a terceira pergunta foi construída “Por que será que não consigo me relacionar bem com as pessoas?”.

Ao final da sessão, elas revisaram as perguntas e foi pontuado para a cliente que nenhuma pergunta se referia ao luto, temática central da pesquisa a qual estava participando, foi perguntado à Aurora se teria algo relacionado ao luto que ela quisesse saber. A cliente respondeu que a pergunta sobre relacionamentos (terceira pergunta) estava associada com seu processo de luto. A culpa que Aurora sentia era em relação a sua perda, por achar que não soube orientar o filho ou tirá-lo da “doença” (sic), referindo-se ao suicídio como uma doença. A cliente costumava se questionar se faltou diálogo, mais compreensão ou apoio de sua parte. O tabu sobre o suicídio a fazia se sentir culpada, julgamentos de que o filho “iria para o inferno” (sic) ou questionamentos sobre a forma como tinha o educado, tudo isso foi relacionado à pergunta.

Ao longo da segunda sessão, Aurora pontuou novamente sobre a culpa que sentia e por achar que estava sempre errada nos eventos/situações ruins que ocorriam em sua vida. Foi pontuado que quando Aurora percebe fazer algo que chateia as pessoas, tende a se culpar. Essa queixa foi recorrente durante toda a sessão, o que levou a elaboração de mais uma pergunta “O que me faz sentir que estou sempre errada?”. Quando questionada, Aurora comentou que a pior resposta que poderia ouvir ao final da avaliação era que a culpa de tudo que aconteceu em sua história de vida fosse sua.

Na etapa de testes padronizados, foram administrados três instrumentos, um de autorrelato, a BFP, e dois métodos projetivos, o SAT e o Método de Rorschach. A escolha dos testes se deu mediante às perguntas elaboradas para a avaliação, a BFP foi utilizada com o objetivo de compreender o funcionamento da personalidade da cliente, a partir da perspectiva dela mesma. Por sua vez, por meio do SAT foi possível apreender melhor questões específicas do envelhecimento, além de atitudes e preocupações de Aurora, relacionadas ao envelhecimento e demandas específicas como relacionamentos interpessoais, amorosos e se ela se sente ignorada pelas pessoas. E por fim, o Método de Rorschach que

também buscou investigar aspectos da personalidade de Aurora, através de seu funcionamento psíquico.

Nas informações obtidas a partir dos testes, destacaram-se as dificuldades de Aurora para manter-se produtiva diante de situações emocionalmente estimulantes, o que a fazia iniciar uma tarefa e não concluir (informação de nível 2) e para reconhecer as suas capacidades e atributos favoráveis, mesmo que sejam evidentes (informação de nível 1). Além disso, apontaram que Aurora compreende as relações como algo bom (informação de nível 1), mas que tende a imaginar as pessoas tentando prejudicá-la em diferentes contextos, o que dificulta para o estabelecimento de relações de intimidade com outras pessoas, podendo refletir na restrição de poucos amigos ou de pessoas significativas (informação de nível 2).

Confirmando o relato de Aurora, os achados indicavam que a cliente tendia a experienciar de forma intensa eventos negativos, dando pouco destaque aos pontos positivos das situações, sugerindo intenso sofrimento psicológico, instabilidade emocional e vulnerabilidade com indícios de baixa autoestima (informação de nível 2). Em suas relações interpessoais, Aurora apresentava medo de ser abandonada por pessoas importantes em decorrência de seus erros, podendo, inclusive, apresentar insegurança, dependência de pessoas próximas e dificuldades em tomar decisões, mesmo em situações triviais (informação de nível 2). Adicionalmente, Aurora também tendia a se culpar quando não correspondia à expectativa das pessoas ou quando não consegue dizer “não” (informação de nível 2).

Durante a sessão de intervenção, objetivou-se possibilitar que a cliente entrasse em contato consigo mesma e com o sentimento de culpa, que conforme relato dela, atravessava as suas quatro perguntas. Para isso, foram levados materiais de papelaria para desenho ou atividades de recorte e cola, tais como revistas, tesoura, cola, lápis de cor, canetinhas coloridas e cartolina, e propôs para Aurora que montasse uma linha do tempo de sua vida com os principais acontecimentos que fizeram ela se sentir culpada. As situações que

constavam na linha do tempo de Aurora eram o suicídio de seu filho e o fim de um relacionamento amoroso, que segundo ela, foi traumático e trouxe consequências que repercutiram em sua vida por muitos anos.

Na intervenção, a cliente se permitiu entrar em contato com as situações difíceis em que o sentimento de culpa esteve presente e relatá-las para a psicóloga avaliadora. Aurora desenvolveu a atividade inteira em silêncio e de forma atenciosa, primeiro fez recortes relacionados ao fim do relacionamento e colou, em seguida, fez o mesmo procedimento para a morte do filho. Ao finalizar, Aurora sinalizou e explicou cada uma das imagens que tinha colado, seguindo a mesma ordem dos acontecimentos e que montou sua linha do tempo, primeiro falou sobre o fim traumático do relacionamento e em seguida, sobre o suicídio do filho. No tocante ao fim do relacionamento, Aurora contou sobre a história do casal e sobre a relação extraconjugal do namorado, cujo aprofundamento não cabe na discussão desta dissertação, pois não tem relação com o luto relacionado ao filho.

Durante seu relato, Aurora se mostrou vulnerável, chorou bastante enquanto contava as situações, mas se permitiu falar sobre elas e refletir acerca do sentimento de culpa. Ao falar sobre o suicídio do filho, Aurora iniciou contando que Emanuel sempre foi uma criança alegre e divertida, adorava viagens, praia, esportes radicais e natureza. Ela pontuou que dos filhos, Emanuel é o que mais se parece com ela, tanto fisicamente como de personalidade. Segundo ela, Aurora e Emanuel tinham uma relação próxima, ele era muito carinhoso e cuidadoso com a mãe, os irmãos e a família como um todo, representava a alegria da família, nunca apresentou nenhum problema quando criança ou na adolescência. Porém, no início da vida adulta, Emanuel passou a fazer uso de álcool e drogas. Quando descobriu que o filho era usuário de drogas, Aurora prontamente buscou por ajuda, clínicas de reabilitação, psicólogos, psiquiatras, mas Emanuel nunca concluía os tratamentos, alegava para a mãe que já estava bem e pedia para parar.



Aurora sempre foi suporte para Emanuel, na criação da neta, nas demandas financeiras e de afeto. Emanuel nunca havia tentado suicídio anteriormente e não deixou carta de despedida. No dia do suicídio, conforme mencionado anteriormente, Aurora passou o dia com o filho resolvendo questões burocráticas. Logo após, Aurora continuou com sua rotina, buscou a neta na escola e foi para casa. À noite, ela foi surpreendida com um telefonema de um familiar, avisando que a buscaria em casa para dar uma volta na cidade e a levou até o local onde ocorreu o suicídio de Emanuel. Ao chegar no local, o filho mais novo de Aurora já estava lá e deu suporte para a mãe, que se deparou com o corpo de Emanuel sem vida.

O relato de Aurora foi feito com muito choro, entre pausas e suspiros, voz embargada e goles de água. Ela comentou que nunca havia contado a história da morte do filho em detalhes, da forma como aconteceu, tanto por não conseguir verbalizar quanto pela falta de interesse das pessoas em ouvi-la. Falou que depois da morte do filho, por muito tempo sua vida ficou sem cor, sentiu-se perdida e aos poucos, começou a ver a vida colorida novamente, igual às imagens que havia colado. Aurora fez um único recorte e cola para falar sobre o fechamento de ambas as situações, afirmando que as figuras se referiam a recomeços. Ela pontuou que era o que estava buscando, um recomeço. A sessão de intervenção ocorreu um dia antes do aniversário de nove anos de falecimento de Emanuel, ao final da sessão Aurora pontuou que estava se sentindo mais aliviada e que apesar de saber que o dia seguinte seria difícil, sentia que iria vivê-lo de uma forma mais calma por ter compartilhado sua dor durante a sessão.

Posteriormente, na sessão de resumo e discussão, foram discutidos com Aurora os resultados advindos da avaliação, a partir de suas perguntas e de acordo com os níveis de informações propostos por Finn (2007/2017), a saber, primeiro foram discutidas as informações de nível 1 e em seguida, as informações de nível 2, conforme apresentadas anteriormente. Ao se deparar com as informações, Aurora se reconheceu em tais

informações, dialogando durante a sessão e por meio de exemplos de situações vivenciadas. Em suma, nesse encontro, foi conversado com Aurora a respeito de suas emoções e sobre seus relacionamentos interpessoais.

Aurora pontuou sobre a relevância de ter acessado os resultados de sua avaliação, pois possibilitou a compreensão de seu funcionamento, de inquietações sobre seus relacionamentos interpessoais e o sentimento de culpa que sentia, bem como teve novas perspectivas de pensamento e de comportamento. Destacou ainda se sentir mais aliviada e encorajada a cuidar de si. Aurora percebeu mudanças positivas em seus relacionamentos interpessoais, principalmente com a família, compartilhando o quanto tem se sentido satisfeita com isso.

Cabe comentar que no ínterim entre as sessões de intervenção e de resumo e discussão, Aurora vivenciou o falecimento de um primo com quem tinha um vínculo muito próximo. Ao final da sessão de resumo e discussão, Aurora agradeceu dizendo que foi uma ajuda bem generosa e que ter vivenciado a perda no meio do processo, para ela, foi gratificante, pois podia perceber a maneira que conseguiu lidar com a situação, “foi a maneira que eu tratei esse luto, como eu vi como eu cresci, como eu estava mais forte” (sic). Para Aurora, ter vivenciado um processo de AT, a fez se sentir mais forte mesmo diante de outra perda, mais fortalecida, além de sentir que pôde utilizar a sua experiência de luto para amparar as pessoas que estavam vivenciando aquela dor. Por fim, Aurora expôs sentir-se profundamente grata por ter conseguido conversar sobre suas dificuldades, pois nunca havia conversado com ninguém com tanta nitidez. A carta foi entregue dois meses após a sessão de resumo e discussão. Aurora preferiu receber a carta em sua casa, para isso, foi contratado o serviço de entrega. Dessa forma, o documento foi enviado em envelope lacrado e, posteriormente, ocorreu a sessão de acompanhamento.

A sessão de acompanhamento ocorreu vinte e quatro dias após a entrega da carta.

Aurora relatou estar se sentindo bem melhor, pensando mais em si e afirma que o processo de AT a ajudou muito, ultimamente, fez atividades que a faz se sentir bem, sem fazer nada que a incomode ou a deixe com medo de dizer não. A cliente disse que aprendeu no processo de AT a reduzir as sobrecargas de responsabilidades familiares e sociais que antes atribuía a si, e continua ajudando as pessoas, mas sem ultrapassar seus limites. Aurora compartilhou que conseguiu ter uma conversa firme com seus irmãos para resolverem juntos questões familiares e abordou pontos que desejava, como o cuidado com uma de suas irmãs que não é compartilhado entre os irmãos.

Aurora comentou que, para ela, o momento da intervenção foi a oportunidade que teve de expressar os acontecimentos da forma que ocorreu, a realidade de como aconteceu, sobre a dor de perder o filho, que mesmo depois de nove anos, é muito presente e a voz ainda embarga quando fala sobre. Conseguiu colocar no papel tudo aquilo que não queria falar, ou não gostava ou ninguém perguntava. Aurora comentou que apenas no grupo de mães em luto consegue falar sobre o filho, pois ninguém mais quer falar sobre. Na intervenção, ela pode expressar todo o seu sentimento, a dor e a saudade. Ao final da sessão, Aurora relatou que participar da AT foi gratificante e que conseguiu externalizar dez anos de dificuldades, em um processo breve. Afirma se sentir tranquila e mais preparada para lidar com as adversidades que surgirão em sua vida.

Durante todo o processo, Aurora se manteve engajada. Notou-se que ao relatar as lembranças do filho, Aurora sempre fechava os olhos e geralmente sorria, e, por vezes, algumas dessas lembranças deixavam-na com a voz embargada ou até mesmo não a permitiam completar uma frase ou palavra. Aurora expressava sua dor não apenas em suas falas, mas externalizava por meio de comportamentos não verbais, como os suspiros recorrentes, as pausas prolongadas na fala, as mudanças na postura corporal e na expressão

facial, e até mesmo, no silêncio. Sempre que fazia um relato difícil, além de se emocionar, Aurora recorria às almofadas que ficavam ao seu lado no sofá ou ao braço de apoio do próprio sofá, onde deslizava sua mão até concluir seu relato. A partir dos relatos de Aurora, foram elencadas categorias temáticas para análise. A seguir, as categorias são apresentadas e discutidas.

### **Categorias Temáticas para Análise**

O processo de luto de Aurora foi atravessado por fatores complicadores como o tipo de morte de seu filho, o suicídio e o vínculo estabelecido, nesse caso, tratando-se de mãe e filho cuja relação e convívio eram próximos. O suicídio de Emanuel repercutiu em várias áreas da vida de Aurora, sendo no âmbito social, cognitivo, emocional, cultural e espiritual. Essas áreas usualmente são afetadas em casos de luto (Parkes, 1998).

No âmbito social e cultural, Aurora vivenciou um período de isolamento, dado que as pessoas costumavam não validar o seu luto, tanto pelo tabu relacionado ao suicídio quanto por questões culturais e suas regras sociais sobre a maneira de vivenciar o luto (Serra & Freitas, 2020; Tochetto & Conte, 2022). As pessoas ao seu redor tentavam definir por quanto tempo Aurora poderia expressar sua dor e julgavam inadequadas suas visitas ao cemitério.

No âmbito cognitivo e emocional, os pensamentos de Aurora sobre a culpa, os quais já eram recorrentes em sua vida, intensificaram-se. Inicialmente direcionados a situações adversas que enfrentava, esses pensamentos passaram a incluir também a responsabilização pela morte de seu filho, Emanuel, após seu suicídio. Além disso, os pensamentos de “poderia”, “deveria” e “se” eram recorrentes, em busca de uma resposta para o ato cometido pelo filho. Tais pensamentos sustentavam ou nutriam as emoções de Aurora, que passou muito tempo vivenciando tristeza e raiva pela morte de Emanuel. Desde então, a cliente relatava vivenciar inconstâncias em suas emoções, experienciando dias alegres e dias tristes.

Já no âmbito espiritual, Aurora foi fortemente atravessada por suas crenças religiosas fundamentadas na igreja católica, cujas crenças são seguidas desde sua infância, fortalecendo-se na vida adulta e perdurando até os dias atuais. Dessa forma, a cliente enfrentou impasses, pois ora questionava e culpava Deus por ter deixado acontecer o suicídio de seu filho, ora a religião era sua principal estratégia de enfrentamento à perda.

Notou-se que o luto vivenciado por Aurora manifestou repercussões em diversas esferas de sua vida. Ao longo das sessões, certos aspectos foram enfatizados, como sua rotina, seus sentimentos de culpa, sua maternidade e sua rede de apoio, evidenciando sua relevância para a experiência da cliente. A partir desses aspectos recorrentes, foram identificadas três categorias que os englobam, possibilitando uma análise do conteúdo narrado pela cliente em relação ao seu luto. Esta seção apresenta a análise de conteúdo realizada a partir da narrativa da cliente, estruturada em três categorias principais, a saber, reações ao luto, rede de apoio e (re)construindo significado. Tais categorias contribuíram para a compreensão do luto de Aurora, além de auxiliar a responder de forma satisfatória aos objetivos desta dissertação. A seguir, na Tabela 4, consta a apresentação das categorias e seus respectivos temas.

**Tabela 4**

*Apresentação das categorias e temas elencados*

<b>Categorias</b>	<b>Temas</b>
<b>Reações ao luto</b>	- Cotidiano
	- Datas significativas
	- Sentir-se culpada
<b>(Re)construindo significado</b>	- Ressignificando a perda
	- Autocuidado
<b>Rede de apoio</b>	- Religião
	- Família e amigos

---

- Ajuda profissional

- Grupo de apoio

---

*Nota.* Elaborada pela autora.

Na sequência, está apresentada a discussão detalhada de cada uma das categorias, cujas temáticas perpassam os âmbitos social, cognitivo, emocional, cultural e espiritual, discutindo-os quando presentes no discurso de Aurora sobre seu luto. Todas as categorias serão exemplificadas com trechos de frases relatadas pela cliente durante o processo de AT.

Para melhor compreensão do luto de Aurora, as duas primeiras categorias, a saber, “reações ao luto” e “(re)construindo significado” serão analisadas na perspectiva do modelo do processo dual do luto (Stroebe & Schut, 1999/2010). Faz-se importante ressaltar que, há um período de 9 anos de luto sendo narrados por Aurora, pode-se observar nos trechos narrados por Aurora que há movimentos para a perda e para a restauração ocorridos durante os 9 anos de luto, bem como durante o processo de AT. Desta forma, a apresentação dos trechos nas duas categorias está organizada de acordo com as movimentações propostas, a saber, a orientação para a perda e a orientação para a restauração (Stroebe & Schut, 1999/2010).

### ***Reações ao luto***

A categoria “Reações ao luto” aborda as reações emocionais, psicológicas e comportamentais de Aurora durante o seu luto. Esta foi uma temática recorrente no relato da cliente durante o processo de AT. Discute também sobre a intensa saudade que Aurora sente do filho perdido, principalmente em algumas datas específicas como no dia de aniversário de morte dele, dia das mães e o Natal. Adicionalmente, versa sobre a narrativa que Aurora contava para si mesma, culpando-se pelo suicídio do filho e se questionando sobre sua forma de exercer a maternidade, acreditando na ideia de ter falhado como mãe. Dessa forma, essa

categoria é composta pelos temas do cotidiano, datas significativas e o sentir-se culpada, que serão discutidos a seguir e ilustrados com os relatos da cliente.

**Orientação para a perda.** Desde a entrevista prévia, Aurora mencionava que estava na “luta constante” (sic) quando era perguntada sobre como se sentia. Logo após a afirmativa, expressava que vivenciava dias bons e ruins durante sua semana, pois constantemente a saudade do filho era intensa, muitas vezes, impedindo-a de falar sobre a morte de Emanuel, conforme o exemplo abaixo.

“É uma luta constante, né? A gente tenta ficar bem, né, pra cima. E eu acredito que seja sempre assim agora.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“[...] então assim, é muito difícil, sabe. Saudade a gente sente todo dia.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“Eu não conseguia falar abertamente da morte do meu filho, sabe. Eu começava a falar, eu já começava a chorar, não conseguia prosseguir.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 2).

Emanuel era presente na rotina de Aurora e no período em que ocorreu o suicídio, ele morava com a mãe, ainda que costumasse dormir no apartamento da namorada. Além disso, ele era pai de uma criança e dividia as responsabilidades das atividades diárias da filha com Aurora, como deslocamento, alimentação, consultas médicas de rotina e demais ocupações da criança. A cliente também auxiliava o filho em suas atividades diárias, tal como o deslocamento para o trabalho. Dessa forma, Emanuel estava presente na rotina de sua mãe, pois além das responsabilidades, o afeto era tecido nessa relação. Aurora comentava que seu filho era cuidadoso e carinhoso, por exemplo, sempre que ia se despedir da mãe pedia a bênção, a abraçava, beijava e dizia, “fica bem tá mãe, já tô indo, qualquer coisa é só me ligar” (sic).

Aurora teve dificuldades para conviver com a saudade diária do filho, o que a fez buscar formas de amenizar essa saudade. Foi assim que ela descobriu o alívio que sentia em ir ao cemitério. Para a cliente, as idas representam uma forma de visitar o filho perdido e de manter um vínculo ressignificado com ele. Aurora compreende o cemitério como o espaço onde teve o último contato com Emanuel e mesmo entendendo que apenas o corpo físico do filho está ali, para ela, é o local onde deixou “a pessoa que eu amei, que eu cuidei, que carreguei no colo, no ventre (sic)”. De acordo com Aurora, ir ao cemitério faz com que ela se sinta aliviada, pois sente que o filho está ali, ouvindo-a.

Tal comportamento de Aurora é semelhante ao que ocorre desde o século XIX, conforme descrito por Ariès (1977/2017). O autor descreve que nesse período, os cemitérios e os túmulos passaram a ter grande importância social, pouco se importava com a própria morte, não existia mais o medo de morrer, mas sim, de perder um ente querido. Dessa forma, passou a haver a necessidade de continuidade de vínculo, sendo o cemitério a possibilidade disponível para tal ideia. Assim, os cemitérios passaram a serem cultuados como importantes e considerados um lugar para visita, logo, os túmulos representavam a presença do ente querido para além da morte (Ariès, 1977/2017). Nos relatos de Aurora, pode-se observar esse modo de conceber o cemitério, conforme trechos que seguem:

“Eu já lhe falei, apesar de saber que ele não está lá né, só a matéria, o corpo físico, mas assim, foi lá que eu deixei o corpo físico, a pessoa que eu amei, que eu peguei, que eu carreguei no colo, carreguei no ventre, né. Então ali foi o último lugar que eu tive contato com ele, então eu ainda acho assim, muito forte.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“Não tenho dia, não tenho hora pra ir ao cemitério sabe, assim, no dia que me dá vontade, eu vou e me sinto bem”. (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).



A cliente também expressou o quanto é importante para ela manter, de alguma forma, o vínculo com o filho. Klass (2006) apontou que a continuidade do vínculo com o ente querido pode ser saudável, desde que a pessoa em luto esteja consciente da morte. Tal continuidade de vínculo pode ser adaptativa, como no caso de Aurora que buscou formas para nutrir uma relação com o filho de maneira ressignificada. As visitas ao túmulo de Emanuel é uma das formas de manutenção utilizadas pela cliente, que também costuma utilizar suas redes sociais para expressar o amor, a dor e a saudade que sente do filho. De acordo com Irwin (2018), as redes sociais são potentes estratégias de manutenção de vínculo com um ente querido, pois possibilita a expressão do luto e é uma forma de manter vivo o vínculo e a lembrança.

“Eu me lembro dele assim, toda hora, qualquer hora, eu fazendo meu cafezinho eu lembro, quando eu tô fazendo uma comida eu lembro, ele gostava muito de andar só com aqueles “shortzão” de tãtel, camiseta no ombro, se eu passar no meio da rua e vê, eu para o carro e fico olhando até a pessoa sumir assim de vista.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

As lembranças que Aurora tem de seu filho fazem parte de seu cotidiano, de suas tarefas diárias, como podemos observar através de seu relato. Para além de sua rotina, algumas datas significativas são inesquecíveis e, frequentemente, mobilizam emocionalmente Aurora, dias em que a saudade se intensifica e a dor da perda é revisitada. Ressalta-se que a primeira sessão com Aurora foi remarcada a pedido da cliente, pois havia sido programada para o dia da morte de Emanuel. Aurora não avisou que faltaria ao encontro, mas um pouco depois do horário marcado, mandou mensagem explicando que não tinha condições emocionais para ir, pois não estava se sentindo bem e pediu que remarcássemos. Os trechos a seguir referem-se aos relatos de Aurora sobre como se sentia na data de morte do filho.

“Eu acordo tentando... assim, lembrando com aquela saudade, aquela coisa tudo, né.

Aí, eu fui no cemitério, no finalzinho da tarde, aí eu fico lá um tempo sentadinha, conversando com ele.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“É uma coisa que é impossível a gente esquecer, como eu te falei naquele dia, todo dia 9 pra mim assim, é bem (não completa a frase)... mas, eu acredito que seja assim a nossa vida agora, nessa constante. Tem dias que você tá bem, bem, mas esquecer, jamais.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

Todo mês, no dia em que ocorreu a morte, Aurora costuma reviver sua perda e, sempre que pode, vai ao cemitério visitar o filho. Outra data que costuma mobilizar Aurora são as festas de fim de ano, principalmente o Natal. A cliente e o filho tinham o hábito de organizarem juntos tal festividade, a saber, os enfeites na casa e a montagem da árvore eram atividades que Emanuel adorava fazer e, após seu suicídio, Aurora passou a evitar comemorar o Natal, inclusive o ato de organizar sua casa.

“Na época de... no Natal, ele chegava cedo lá em casa pra gente começar a arrumar a árvore. Eu passei um tempão sem colocar, peguei e dei tudo que eu tinha de Natal.

Naquele tempo, eu não queria saber, chegava Natal eu ainda ia para a missa, chegava, me deitava numa rede, pronto, e ali eu ficava.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

Pode-se observar que algumas datas influenciam a experiência do luto de Aurora. O aniversário de morte de Emanuel ocorreu durante o período em que a cliente estava vivenciando o processo de AT. Ela relatou o quanto o mês inteiro em que se completa ano é angustiante e não só o dia da morte em si.

“... meia ruim (refere-se há como estava se sentindo), amanhã... nove anos da partida do meu filho, dia 9 né, então, assim, a gente... respira fundo e tenta deixar, né. Assim, os primeiros dias de maio tudinho assim né, no começo a gente já vai né, aquele processo já bem ruinzinho... e amanhã, com certeza, não é um dia fácil. Mas... com a

bênção de Deus e a providência divina a gente vai seguindo, porque precisa né, não tem como parar.” (Aurora, passo 3 – intervenção).

Outro fator presente no cotidiano de Aurora seria a culpa. Durante muito tempo, ela se sentiu culpada pelo suicídio do filho, questionando-se, sobretudo, com relação a sua maternidade e a forma como criou Emanuel.

“Os primeiros momentos foi assim, eu me sentia altamente culpada, eu também achava que quem deveria ter morrido era eu, que eu que tinha que estar naquele lugar, aquela coisa tudo, sabe. Aí era tudo em cima disso, nessa foi que disse assim, onde foi que eu errei, fui eu que não soube cuidar do meu filho, sabe, então, é... eu acho que ela (3ª pergunta elaborada para a avaliação) se encaixa aí nessa como não consegui me relacionar, porque eu achava que a culpa da morte do meu filho era minha, que eu que não soube orientá-lo, que não soube, né, tirá-lo desta crise, né, porque você sabe, que hoje em dia é uma doença (suicídio), é tratado como uma doença, né.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“Aí eu me questiono também, meu Deus, será que eu errei como mãe, falhei como mãe, né, porque deixei acontecer, a culpa é minha.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“Eu questiono a mim mesma sabe, assim no começo a gente carrega muita culpa, por muito tempo. Podia ter feito mais, podia ter ajudado mais, aquela, ah se eu tivesse, ah se, né... Então leva bastante tempo pra gente tirar esse peso. É um peso muito grande que a gente carrega por bastante tempo, né, assim. É muito tempo pra conseguir tirar um pouco essa carga.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

O luto é um processo gradual, não linear e subjetivo (Franco, 2021). Conforme vimos nos relatos, o cotidiano de Aurora esteve, ao longo dos anos, permeado pelas repercussões de sua perda, que causam tristeza e a fazia revisitar a dor da morte de seu filho. Ainda que seja

doloroso, durante o percurso do luto, é necessário permitir-se sentir a dor, a tristeza e os demais sentimentos que a atravessam. Construir significado, elaborar e ressignificar não se refere a dar fim ao luto, mas expressar seu pesar diante de uma perda sempre que necessário. Consiste na forma como a dor é administrada e na adaptação à vida sem a presença do ente querido. Segundo Stroebe e Schut (1999/2010), para a construção de significado, é importante que a pessoa em luto possa oscilar entre a orientação para a perda, que se refere à dor do luto, e a orientação para a restauração, que reflete a forma de lidar com a nova configuração de vida.

Oscilar entre os movimentos é confrontá-los e, a partir disso, construir um significado. Dentro desse modelo, não se espera que a pessoa em luto fique estagnada em apenas uma orientação, mas que ela possa revisitar sua perda sempre que precisar e movimentar-se novamente para a restauração em seguida (Stroebe & Schut, 1999/2010), como similar ao movimento de um pêndulo. A movimentação permite que a pessoa em luto possa ir reajustando a intensidade da sua dor sempre que for revisitar sua perda. É possível observar a oscilação de Aurora no seu percurso, ora seu movimento pende para a perda (ex.: saudade do filho nas datas que são significativas para ela e nas lembranças cotidianas), ora ela se movimentava para a restauração (ex.: fazer as tarefas do dia a dia, se divertir sem culpa ou preocupação de estar fazendo algo de errado com o filho).

**Orientação para a restauração.** Todos os trechos relatados a seguir representam a movimentação para a restauração e são usados para ilustrar com a fala da cliente o modelo dual de seu luto. Ao oscilar entre as orientações, Aurora foi construindo significado para sua perda e para sua vida.

A morte de Emanuel, que antes era um assunto doloroso e silenciado por Aurora, passou a ser mais aceito por ela. A cliente relatou que participou de todos os rituais, o velório, missa de corpo presente e o enterro, mas disse não lembrar de nada, apenas de precisar de

auxílio de outras pessoas para se locomover, de ter se debruçado chorando copiosamente sobre o caixão do filho, e após isso, o padre pediu que acelerassem o enterro, pois quanto mais tempo o corpo permanecesse ali, pior seria para ela. Depois disso, por um longo período, Aurora tinha dificuldade de entrar em contato com esse assunto, por trazer lembranças dolorosas para ela.

Com o tempo, Aurora conseguiu entrar em contato com a história da morte de Emanuel e relembrar daquele dia com a ajuda dos outros filhos. Desde então, a cliente compartilhou que consegue ver a morte como um fenômeno universal e natural, não sendo mais uma temática de teor macabro ou inacessível para ela. Apesar de lembrar dos momentos pós-morte do filho, Aurora prefere preservar as recordações boas, de alegria de Emanuel, tal qual como ele era em vida. A partir dessa resignificação, Aurora compreendeu que seguir sua vida não significava não sentir dor, saudade ou amar menos o filho, mas sim que era possível aprender a conviver com ela. Além disso, a cliente também encontrou formas de se relacionar com o filho perdido, sendo um aspecto saudável para o percurso de seu luto.

“A morte do meu filho, que é... constante e diária a saudade que a gente sente, né. Ainda embarga a voz quando fala, ainda. Mas, a gente tá sabendo, né, eu não digo superar, porque eu acredito que a gente não supere nunca, né. Mas convivendo com ela, guardando aquela dorzinha aqui dentro (coloca a mão no peito esquerdo), mas sabendo também colocar aquele remedinho, aquela dose de amor. Aquela saudade quando vem, eu vou na minha florzinha. E... muito gratificante sabe, assim, bem... eu acredito que eu tenha evoluído bastante nessa parte.” (Aurora, passo 6 – sessão de acompanhamento).

“Amanhã, eu sei que vou chegar lá (cemitério) cedinho, vou conversar com ele... é muito gratificante! O de hoje (sessão) pra mim foi maravilhoso, assim, porque eu me senti mais aliviada de conseguir (falar) né. Amanhã eu sei que vou chegar lá com ele

bem calma, bem tranquila, de manhãzinha cedo, levar as flores pra ele. Eu levo uma garrafa de café, porque eu me sento, que eu fico lá, sento, converso com ele... aí rezo, aí depois é que eu vou embora. E assim é que eu vivo, se é loucura, quem quiser achar que ache, quem achar que é besteira, que ache, pra mim não interessa. Interessa que eu faço, me sinto bem e pra mim faz bem. Ali, é o que eu sempre digo, aquele lugar ali, eu sei que ele não está, eu sei, mas representa pra mim o último contato que tive com meu filho foi naquele lugar. Então não me faz mal nenhum, pelo contrário, faz é bem.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

“A lembrança que eu tenho do meu filho é essa, sabe, assim, de um jovem alegre, uma criança sempre muito alegre, muito... muito divertida, onde ele estava era diversão. Então, essa é a lembrança que eu guardo dentro do meu coração.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

“Eu tenho que estar bem, mostrar pra ele que eu estou bem, mas mostrar também que eu amo e que eu tô com saudade, que não esqueci dele.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

Nas primeiras sessões, Aurora não conseguia falar que o filho havia se suicidado. A morte dele era uma temática que a mobilizava, fazendo se sentir emocionada, e por vezes, a silenciava. Ao longo da AT, a cliente foi se sentindo confortável para expressar seu pesar. Por muito tempo, seu luto não foi reconhecido e foi atravessado por julgamentos sociais, impedindo-a de expressar seu pesar pela morte do filho e vivenciá-lo plenamente. Ainda assim, desde o início da AT, notou-se que seus relatos evidenciavam um movimento em direção à restauração. Aurora passou a compreender que fez tudo o que estava ao seu alcance pelo filho e, sobretudo, que conseguir falar sobre ele ou recordá-lo sem chorar ou sentir pesar não significa que o esqueceu ou deixou de amá-lo. Pelo contrário, essa mudança reflete a

construção de um novo significado para sua vida, sua perda, sua culpa e seu vínculo com Emanuel.

“E hoje eu já consigo falar, né, eu já consigo contar, outro dia alguém me perguntou alguns detalhezinhos que eu não falava, eu já falo... Foto, álbum dele assim de pequenininho já folheio, sabe.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 2).

A flor que a cliente citou levar para Emanuel envolve uma das formas que ela encontrou para dar continuidade ao vínculo com o filho perdido. Após o suicídio de Emanuel, Aurora plantou uma flor, conforme a orientação de um familiar adepto do espiritismo. Esse ato tinha o propósito de oferecer um meio simbólico de conexão com o filho, ao mesmo tempo em que buscava reduzir a frequência de suas visitas ao cemitério, sendo um espaço alternativo para a expressão do luto. No ano em que ocorreu o processo de AT, a flor desabrochou no domingo de páscoa e no dia das mães, o que fez Aurora se sentir muito feliz. Apesar de parecer uma ideia fantasiosa da cliente, tal crença é pautada na prática do espiritismo<sup>6</sup>. Aurora é consciente da morte do filho e a estratégia utilizada por ela não apresenta impedimento em sua adaptação à perda, aparentando assim ser adaptativo manter um vínculo contínuo ressignificado com o filho perdido (Klass, 2006).

As visitas ao cemitério também representam uma forma de manutenção do vínculo com o filho. Mesmo sendo um local onde Aurora afirma se sentir bem, ainda havia pesar ao visitar o túmulo do filho. Com o passar dos anos, a cliente vem construindo significado para as visitas a Emanuel, principalmente nos dias do aniversário de morte.

“Hoje eu vou no cemitério, nesse dia, dia 9, eu vou, mas eu não vou com aquele desespero como quando eu ia no começo, sabe. Já vou rezando, vou conversando com ele, aí quando chega lá, eu converso. A impressão que dá é que tá assim, eu dizendo

---

<sup>6</sup> Em suas visitas aos Centros Espíritas e nas conversas com seus parentes praticantes de tal crença religiosa, Aurora aprendeu e acredita que é possível a comunicação com pessoas falecidas através de sinais, como a flor que nasce em seu jarro.

uma coisa, não vejo assim, fisicamente igual eu tô vendo você, mas eu tenho a sensação de que ele está presente ali perto de mim, sabe assim... Eu tenho um banquinho mais ou menos, tipo esse daí, só que de madeira, aí eu levo esse banquinho e fico sentada. E aquilo assim, aquilo a gente vai botando pra fora como se fosse descarregando sabe, aí vou embora bem em paz.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“Fui cedinho, como eu sempre faço né, vou, levo flores, levo minha cadeirinha, levo uma garrafa com água, garrafa de café e fui, fiquei lá, fui pela manhã, né e à noite fui pra missa, participei da missa. Foi assim, foi bem... vamos dizer assim, já bem... calma, né. Calma que eu digo, num (riso)... mas consegui, fui pro cemitério, rezei, levei água, levei um cafezinho que eu sempre levo e tomo conversando com ele e... boto uma xicarazinha de café e um copo lá e tomo café com ele. Fiz o mesmo que eu sempre faço que... apesar de saber né, que não, que ele não está lá, mas eu tenho certeza que ele tá me ouvindo, que ele está... de onde ele estiver, de qualquer jeito, ele tá vendo, tá me ouvindo né, aquele carinho que eu mando pra ele, aquela conversa que eu tenho com ele. Tenho certeza que ele tá me ouvindo... a maior certeza que eu tenho é essa, sabe.” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

Outro momento importante que Aurora relatou e que envolve sua movimentação de orientação à restauração foi no período natalino. Após passar anos sem comemorar as festividades de Natal ou de cumprir com as tradições familiares, Aurora resolveu montar sua árvore de Natal novamente. Tal movimentação ocorreu antes dela iniciar AT e explicita o processo dual do luto.

“Mas aí, o ano passado, ano trasado, eu já decidi, digo: ‘ah, vou arrumar minha casa pra Natal de novo, meu filho gostava muito de arrumar’. Ele chegava, ali em casa e já... Comprei uma outra árvore, comprei uns enfeites e consegui, sabe. Achei tão



bonito quando eu enchi minha casa de luz de novo, né, ano trasado. Ano passado já coloquei de novo...” (Aurora, passo 1 – sessão inicial).

A orientação para a restauração está relacionada com o ajustamento à perda, como retomar as atividades, fazer coisas novas, se distrair, lidar com a nova configuração de vida sem a presença do ente querido sem sentir que está fazendo algo de errado (Stroebe & Schut, 1999/2010). Ainda que fosse doloroso não ter a presença do filho para comemorar ou seguir com as tradições familiares, Aurora resolveu dar continuidade com as tradições que construiu com o filho como uma forma de manter viva a memória dele e de tê-lo presente, mesmo estando ausente fisicamente. Para Aurora, fez sentido ver sua casa iluminada outra vez e, desde então, segue organizando sua casa para o Natal.

Muitas vezes, as datas significativas, as lembranças e a saudade cotidiana vêm acompanhada com o sentimento de culpa. Em casos de pessoas em luto por suicídio, em sua maioria, é comum a ideia de que poderia ter evitado ou que poderia ter feito mais pelo ente querido (Fukumitsu, 2023). Para a autora citada, essa é, na verdade, a definição de culpa. Tal ideia é um forte reforçador para o sentimento de culpa durante o percurso do luto e para Aurora não foi diferente. A cliente revelou que durante muito tempo carregou a culpa pelo suicídio do filho e que vem buscando ressignificar o sentimento. Durante a AT, Aurora pôde conversar abertamente sobre como se sentia e, nos encontros finais, compartilhou como se sentia.

“E em cima desse ‘se’, desse ‘eu podia’, eu fui vendo e dizendo assim, que eu não podia ter feito nada, assim, mais do que já fiz. O que eu podia ter feito, eu tenho certeza que eu fiz.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

“Não é porque eu perdi meu filho, a dor é grande, a dor, assim... mas, eu ainda tô viva, né. Eu ainda preciso, né... tenho meus filhos, tenho meus netos, então eu preciso

me fortalecer a cada dia, né. Não deixando meu filho de lado, pelo contrário, a cada dia, né...” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

A partir desses relatos de Aurora, percebe-se que a cliente pôde reorganizar sua narrativa sobre a culpa que sentia pelo suicídio do filho. Trabalhar a culpa com pessoas em luto por suicídio é ressignificar as crenças distorcidas de que o ato foi consequência de erros cometidos por ela e os sentimentos de autorresponsabilização, desconsiderando os cuidados que foram ofertados para o ente querido (Fukumitsu, 2023). Ressignificar a culpa é uma tarefa árdua e que requer tempo. Aurora por muito tempo se sentiu culpada, achando que a morte do filho era um castigo divino em decorrência de seus erros ou que ela é quem deveria ter morrido. Com o tempo, a cliente percebeu que fez o que pôde para ajudar o filho e compreendeu o quanto é importante cuidar de si.

Neimeyer (2000) propõe que a construção de significado consiste em duas características importantes, a criação de sentido e achar um benefício, ambos relacionados à perda. Aurora conseguiu criar um sentido para a sua perda, sendo este utilizar a sua experiência de perda para ajudar outras pessoas que perdem um ente querido. Quanto a achar um benefício, para a cliente, foi aprender a cuidar de si mesma. Aurora também relatou maior apreciação da vida, principalmente voltada para o seu envelhecimento e melhora em seus relacionamentos familiares e interpessoais, corroborando com o estudo de Lichtenthal et al. (2010).

### ***(Re)construindo significado***

A categoria “(Re)construindo significado”, refere-se às ressignificações ocorridas durante o processo de AT, em que Aurora compreendeu o quanto é importante cuidar de si e refletiu que faz parte do seu movimento de reelaborações e de recomeços. A categoria trata sobre as mudanças ocorridas, apontadas principalmente pelo discurso de Aurora, indicando movimentos para a restauração. Para isso, a categoria é composta pelos temas ressignificando

a perda e autocuidado. Os primeiros trechos apresentados se referem aos movimentos de orientação para a perda e, em seguida, as movimentações relacionadas para a restauração.

**Orientação para a perda.** Nesta categoria, pode-se observar que a oscilação de Aurora entre a orientação para a perda e para a restauração, ajudou-a a construir significado para o seu luto. Durante o processo de AT, em diferentes passos, Aurora compartilhou em seus relatos a dificuldade que sentia para ressignificar sua vida após o suicídio de Emanuel.

Os relatos de Aurora apresentam a sua adaptação à perda, os momentos nos quais a cliente expressa saudade do filho, através do choro e seus esforços para ressignificar sua vida. Mendes (2024) afirma que é normal sentir saudade e vontade de chorar, mesmo depois de muito tempo em que ocorreu a morte. Após nove anos do suicídio de Emanuel, ao revisitar sua perda, Aurora expressa sua dor e é ao acessar sua perda que é possível a construção de significado.

“Não é fácil sabe, assim, a gente... vai seguindo, a vida continua e você tem que ressignificar, né, a gente... sempre converso que a nossa vida ela tem duas etapas, né, aquela etapa até coisa e... antes do filho da gente morrer e depois assim, que é tudo... a gente tem que... realmente ressignificar a vida da gente, sabe, a gente... muda muita coisa. E “vamo” aí seguindo na luta”. (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“Essa maneira do luto, que eu só tinha duas maneiras, ou eu morria junto com ele e me enterrava junto com ele, ou eu aprendia a conviver com essa dor.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“Hoje, assim, saudade é a mesma assim, sabe, choro ainda, fico triste, muita saudade sabe, assim, a gente sente uma coisa assim bem...” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

De acordo o DSM-5-RT (APA, 2022), no que diz respeito à duração do luto, o manual aponta que ter vivenciado a morte de alguém próximo há, pelo menos, 12 meses, é um dos critérios para transtorno do luto prolongado. Tal afirmativa vai ao encontro das teorias do

luto que afirmam que alguns determinantes como o vínculo/relação com o ente querido, a idade dele e o tipo de morte influenciam na vivência do luto (Parkes, 1998).

O luto materno não pode ser entendido como uma doença e não pode ser determinado pelo tempo, principalmente em casos de perda de um filho (Brice, 1991), o luto é eterno, não passa e é vivido a cada dia (Brice, 1991; Feijoo & Noleto, 2022). Dessa forma, é necessária uma avaliação adequada para evitar diagnósticos precipitados, bem como para o fornecimento de cuidados apropriados, uma vez que as expressões do luto são singulares (Casellato, 2015) e sua vivência é intersubjetiva, gradual, não linear (Franco, 2021). É preciso considerar as particularidades de cada trajetória de luto.

Quanto à idade, a morte de um ente querido acarreta mudanças na vida dos familiares que ficam, a morte de pessoas jovens suscita sentimento de inversão na ordem natural da vida e a perda tende a ser mais dolorosa (Parkes, 1998). Em conformidade com o autor, Agnese et al. (2012) apontam que não há termos classificatórios que definam pais que perdem um filho. Em seus relatos, Aurora compartilhava sobre esses apontamentos. A cliente mencionou que a morte foi inesperada, tanto por ser suicídio quanto pelo fato de que uma mãe nunca está preparada para perder um filho, conforme o relato a seguir.

“Uma mãe não tá preparada pra enterrar um filho... né. O normal seria a gente ficar bem velhinha e os filhos ir pra... mas não é assim... e ninguém tá preparado.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 2).

As repercussões que o luto traz consigo são diversas, Aurora passou muito tempo sentindo que sua vida era “escura” (sic), sentindo-se perdida e sem interesse em suas atividades que antes eram prazerosas. A perda de sentido é comum nos relatos de mães que perdem um filho, como apontado em Feijoo e Noleto (2022) e Freitas e Michel (2014). Após a morte, há a necessidade da resignificação de valores e do sentido da vida, diante da ausência física e da nova configuração de vida (Freitas & Michel, 2014). O suicídio de

Emanuel deixou a vida de sua mãe vazia de tal forma que Aurora se imaginou sendo enterrada junto com o filho, pois não via mais sentido em sua vida, conforme relatos abaixo.

“No começo é como se tudo tivesse, tudo pra você tivesse escuro, tivesse ruim, tivesse sujeira, coisa tudo lá.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 2).

“Depois desse dia aqui, minha vida ficou assim, tudo era preto, tudo era totalmente... nada, nada valia, nada, nada interessava, não tinha vontade de nada, não sentia vontade de nada. Pra mim, a vida tinha acabado também, ali, naquele dia. Pra mim, a partir daquele dia, era... como a vida acabou, a partir do dia que eu enterrei meu filho, quando eu vi, né, ele ali... também me imaginei ali. Isso foi por muito tempo né, assim, bastante tempo, muito tempo.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

“É o sentimento que eu trago pra dentro de mim, como luto, que quando meu filho foi, a vida pra mim não tinha mais sentido, eu via tudo cinzento, tudo preto, não era nem cinzento não, era tudo preto, tudo escuro, não via... não achava saída, não... achava que eu não tinha mais forças, tudo, era tudo... nada tinha sentido, nada tinha cor mais na minha vida.” (Aurora, sessão de teste padronizado 3).

Essa percepção de Aurora repercutiu em seu autocuidado, por muito tempo, a culpa, os julgamentos sociais e a falta de apoio fizeram com que a cliente negligenciasse os cuidados consigo mesma. Coisas simples como ir ao salão de beleza, à manicure e arrumar-se, eram atividades que Aurora gostava muito de fazer, por ser bastante vaidosa, mas que deixou de fazer depois do suicídio de seu filho, em partes, por causa dos julgamentos sociais. Além de ter perdido o sentido para a sua vida, a cliente acreditava que não resignificaria a perda do filho.

“Na fase do luto do meu filho, que era uma coisa que eu achava que eu não ia superar, sabe, eu achava que nunca mais eu ia voltar a... que eu nunca mais ia sair nem de casa. Pensei até em morrer, aí tem uma coisa assim muito... que eu digo assim, eu

acho que... eu nunca tive vontade de tirar minha própria vida, de me matar, eu não tive. Mas assim, eu não tinha mais vontade de viver, eu entendi como coisas diferentes... porque eu não tinha jamais coragem de tirar minha própria vida, não sei o que, não, isso eu não tinha.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 2).

“Chegou um tempo que eu não tinha mais vontade de viver, logo no começo né. Não tinha essa história de dizer que eu não tinha vontade de sair, de não sei o que. Não tinha vontade, vou ficar só deitadinha na minha rede e como diz a música do Raul Seixas e esperar a morte chegar, né.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 2).

“Teve um tempo que eu ficava assim não queria nem saber se a casa tava arrumada ou se não tava. Como se eu estivesse... tô nem aí pra nada mesmo né, tanto faz se eu morrer, se eu não morrer.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 1).

Aurora explicou que, para ela, existe diferença entre não sentir vontade de viver e sentir vontade de tirar a própria vida. Estudos apontam que perder um ente querido é fator de risco para os sobreviventes e que no caso de mães é comum que elas sintam vontade de cometer suicídio após a morte voluntária do filho (Kreuz & Antoniassi, 2020; Freitas & Michel, 2014; Serra & Freitas, 2020; Tochetto & Conte, 2022). Outros estudos, apontam ainda que o ocultamento do sofrimento psíquico, experienciado após a morte de um filho, pode desencadear sintomas de depressão e pensamentos suicidas (Almeida et al., 2011; Costa et al., 2017).

Diferente dos achados, Aurora relatou que nunca sentiu vontade de cometer suicídio, explicou que por muito tempo ficou apenas esperando a morte chegar, pois não via mais sentido na vida. A cliente contou que após o suicídio do filho, nada mais importava, por isso não sentia vontade de viver, apenas de ficar deitada em sua rede vendo o tempo passar. Logo no início, Aurora comentou que não se importava mais nem com o fato de a casa estar

bagunçada, ela sentia muita dificuldade em realizar atividades cotidianas e de cuidar de si mesma. Por muito tempo, Aurora sentia-se como se estivesse morta também.

“Quando a gente enterra um filho, quando baixa aquela, bota aquela tampa que vai jogando tudo, ali, a gente também vai morrendo ali dentro. Ali, cada parte nossa vai ali também, cada vez, a gente vai morrendo. Quando a gente sai dali a gente sai morta. Você sai do cemitério, você sai... praticamente morta também.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizados 3).

“Deixaram marcas profundas, de desânimo, de falta de coragem, assim, eu achava até que eu não ia nem conseguir sair desse... dessa escuridão, desse poço profundo, dessa... do fundo do poço, do fundo da rede, fundo de tudo (risos). Eu até, às vezes, cheguei a duvidar de mim mesma, sabe... da minha capacidade de conseguir.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

Diante de um emaranhado de dor, sofrimento, culpa e dúvidas, Aurora não acreditava em sua capacidade de seguir a vida sem o filho perdido. Para ela, depois do suicídio de Emanuel, seus dias estavam programados apenas para ver o tempo passar. Como vimos nos trechos acima, Aurora teve muita dificuldade para conseguir reconstruir significado para a sua vida e para sua perda. Entretanto, ao oscilar entre orientação para a perda e para a restauração, Aurora foi ressignificando sua perda e construindo significado, conforme os trechos relatados adiante.

**Orientação para a restauração.** Ao vivenciar sua trajetória de luto, Aurora enfrentou algumas situações difíceis, em que precisou do auxílio de seus recursos de enfrentamento para movimentar-se para a orientação e para a restauração. Os trechos de Aurora indicam as novas narrativas que a cliente foi construindo ao longo do processo de AT.

Aurora, que apresentava dificuldade em falar sobre o suicídio do filho nas primeiras sessões, pôde ressignificar seus pensamentos sobre seu luto, sua perda e aprendeu o quanto é

importante cuidar de si. Para a cliente, compartilhar sobre a sua perda possibilitou a construção de novos modos de pensar, especialmente sobre sua trajetória de luto. Assim, percebe-se que a partir do processo de AT foi possível compreender demandas relacionadas ao luto e possibilitar mudanças, conforme sugerem Durosini et al. (2017).

“Hoje eu vejo que assim, não tem explicação. É só mesmo a força de cada um, né, cada situação, que cada um busca superar de uma maneira, né.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 2).

“Depois que a gente fala, parece que né... vai saindo, aí você vai ficando mais leve, sempre mais. Vai aliviando.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

“E o que eu sempre quero é isso aqui, é recomeçar, é o que eu estou tentando fazer. Refazer, reescrever a minha história. Apagar, isso aqui (término traumático do relacionamento) eu quero apagar da minha vida, isso aqui (suicídio de Emanuel) jamais eu vou apagar, porque um filho nunca... nove anos já, mas assim, a lembrança dele, a cara dele que eu vejo é tudo isso aqui, tudo... se for pra praia, uma coisa, assim, mas a lembrança, viva que tem dentro de mim, do meu filho, é isso aqui ó, é alegria.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

No decorrer das sessões, Aurora foi se sentindo segura para falar sobre sua perda e compreender a AT como um espaço de cuidado para si, em que podia expressar todo seu pesar. A cliente compreendeu que não haveria explicações quanto ao suicídio de Emanuel, pois ninguém poderia lhe dar uma resposta. Fukumitsu (2023) aponta que após a ressignificação da culpa, a pessoa em luto compreende que a resposta para o ato se foi junto com o ente querido.

A morte que antes era entendida por Aurora como um evento anormal, atualmente é vista como um fenômeno que integra o ciclo vital humano. Aurora pôde também ressignificar as lembranças que tem do filho, optando por deixar viva na memória lembranças felizes,



representando a alegria que ele sempre tinha. Além disso, Aurora conseguiu ressignificar a sua relação consigo mesma, voltou a fazer com mais frequência as atividades que gostava, mas que tinha deixado de fazer. Aurora contou que sempre foi uma mulher vaidosa, porém, com o julgamento das pessoas e a falta de sentido na vida, ela perdeu o gosto de se arrumar. Os pensamentos de antes, que deveria ter morrido ou a negligência do autocuidado, foram mudanças ocorridas durante o processo de Aurora, percebidas não só nos relatos da cliente, mas também na forma que ela passou a se apresentar durante as sessões, a postura, as vestimentas, o cuidado consigo era visível.

“Só a gente é que sabe dessa dor, dessa... do tamanho da, da... uma coisa assim, né. É o que eu digo, ela tá guardadinha, mas, assim, eu também não posso deixar ela tomar conta de mim por inteiro, né. Ela tá aqui guardadinha, converso com ela, com essa dor, mas... firme e forte. E ele (Emanuel) me entende, ele sabe que eu nunca vou esquecer (risos).” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

“É que eu vejo muito assim... eu mesma tenho que me ajudar, né, por exemplo, por mais que ao meu redor, né, eu sempre coisa assim, mas eu acho que a minha força, eu tenho que buscar dentro de mim mesma. Porque essa força, essa coisa, sou eu que tenho que ter. Uma ajuda com um profissional, vamos dizer assim, abre os olhos, uma coisa, mas se eu não me ajudar, eu mesma, por mim mesma, não posso ficar... eu digo assim, sabe, eu não posso ficar só aqui parada, sentada, pensando, pensando, por que vai ajudar em que? Vai me entristecer cada vez mais, vai me enfraquecer, tanto fisicamente como espiritualmente e mentalmente, né. Quero ficar só na tristeza não. Me levanto, aí eu mesma digo assim, te levanta dessa rede (riso), sabe. Já estou fazendo isso constantemente, com mais frequência ainda, sabe. É arrumar um guarda-roupa, uma coisa, digo, aí, agora eu vou deixar meu guarda-roupa todo arrumadinho, todo bonitinho. Eu já tirei assim, um lado todinho, aí dobrei tudo igualzinho, quando

eu disse, aí aqui tá tão lindo, agora eu vou fazer do outro lado (risos). Eu acho que é bom pra mim, eu fazer essas coisas que me dão prazer, de... de, né, ver aquela coisa tudo. Me fortalece cada vez mais. (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

“Eu sinto que a minha dor, me ajuda a ajudar uma outra pessoa que está passando por aquela dor, né. Foi o aprendizado que eu tirei dessa... realmente no primeiro momento, aquele de você achar que não vai suportar, que não vai aguentar aquele, aquela dor. Aí eu digo, como é que eu suportei, como foi, que foi que me fez... então, em cima disso que eu vou ajudar, né. Então, assim, eu procuro sempre estar bem pra isso, né, pra... demonstrar que eu estou bem.” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

Conforme os relatos, Aurora pôde ressignificar sua narrativa sobre seu luto. Ela retomou a ideia de dar continuidade a sua vida ainda que sem a presença de Emanuel. Aurora compreendeu que se divertir, momentos de lazer, arrumar-se, cuidar de si, não vai afetar o seu relacionamento com seu filho perdido, tampouco o amor que ela sente por ele. Relatos similares são encontrados no estudo de Feijoo e Noleto (2022), apontando que o amor resiste, mesmo que não haja mais a vida do filho perdido e que o afeto viverá enquanto a mãe existir. Pode-se perceber que, conforme apontado por Stroebe e Schut (1999/2010), ao oscilar entre a orientação para a perda e para a restauração, a cliente pôde criar sentido para a perda e achar benefício a partir dela, como já mencionado anteriormente.

### ***Rede de apoio***

Na terceira e última categoria intitulada “Rede de apoio”, discutem-se os principais meios de apoio utilizados por Aurora para enfrentar seu luto, bem como os momentos em que houve ausência de apoio. A religião foi um conteúdo que estava sempre presente na narrativa de Aurora, logo, essa categoria abordará discussões sobre as formas como a religião perpassou o luto da cliente. Após o suicídio do filho, Aurora contou com o apoio de algumas

pessoas, embora tenha sido escasso no início, foi se alargando no decorrer de seu trajeto em busca de ressignificar sua perda, podendo contar com a ajuda de familiares e amigos.

Reconhecendo que não estava conseguindo lidar com a dor e com o sofrimento sozinha, ela resolveu buscar apoio profissional no primeiro ano da perda de seu filho. Nesse percurso, Aurora encontrou outras mães que, assim como ela, experienciaram a imensurável dor de perder um filho e que até hoje integram a sua rede de apoio. Nesta categoria, integram os temas religião, família e amigos, ajuda profissional e grupo de apoio. Para melhor compreensão da discussão, ressalta-se que serão apresentados trechos nos quais Aurora relatou tanto a ausência quanto a presença de rede de apoio, iniciando com as falas que alegam ausência de rede de apoio.

**Ausência de rede de apoio.** Na trajetória de seu luto, Aurora passou por momentos nos quais se sentiu sem rede de apoio, sentindo-se desamparada pela sua religião, amigos e familiares. A cliente demonstrou ter uma fé em Deus muito forte, sua relação com a religião se fez presente em muitas de suas falas, estando em muitos momentos de sua vida. A sua crença sempre foi e ainda é, na sua vida atual, uma estratégia de enfrentamento utilizada pela cliente. No entanto, logo após o suicídio de Emanuel, Aurora relatou que sentiu muita raiva e não entendeu o porquê Deus deixou acontecer com seu filho. No início, a cliente sentia-se desesperada em busca por respostas para o suicídio do filho, no momento de dor e ao perceber que a sua religião não traria respostas, Aurora decidiu ir além do catolicismo em busca de porquês. O estudo de Feijoo e Noleto (2022) também aponta comportamento semelhante ao utilizar a religião em busca de respostas.

“... até que quando eu busquei em tudo que era canto, uma explicação, também que eu acho que era outra fase né, não aceitação. Eu comecei a aceitar. Não, mas eu quero saber porque, eu vou buscar, aí sai procurando né... cartomante, mesa branca,

macumba, é... a igreja dos evangélicos, tudo de coisa assim eu sai buscando, feito maluca né, querendo saber, uma explicação.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

O desamparo que Aurora sentia pela religião foi desenvolvido pela sua interpretação de que Deus não tinha protegido o filho dela. A cliente considerava-se como uma pessoa boa e, portanto, não merecedora de sofrimento, tal como as crenças de sua religião.

Adicionalmente, os tabus sociais por trás do suicídio alegavam que Aurora estava sendo castigada por Deus, ou seja, que a morte de Emanuel ocorreu em decorrência de seus erros. Fukumitsu (2023) explica que a culpa é uma fantasia de que os erros da pessoa em luto acarretam no suicídio.

Dessa forma, os comentários proferidos por amigos e familiares reforçavam a culpa e o desamparo que Aurora sentia não mais só pela religião, mas também pela falta de apoio vindo de pessoas próximas. Por muito tempo, a ideia de castigo causou muito sofrimento em Aurora, uma mulher católica praticante que, por meio de sua fé, buscava forças para ressignificar sua vida. Tal perspectiva reforçou para ela a culpa que sentia pelo suicídio do filho, sendo a religião, mais uma vez, reforçadora de sofrimento na cliente.

“Essa história do castigo, né, ‘ah, teu filho só é castigo, é porque você fez alguma coisa de errado e Deus te castigou e levou teu filho.’ [...] e por ser católica, tem essa história do castigo né, quando a gente é pequenininho e tudo: ‘Deus vai te castigar’, então isso fica na cabeça da gente. Aí eu passei um tempo, será?” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“É fatalidade? Tinha que ser assim? Aquelas coisas que a gente escuta né, quando falece uma pessoa: ‘ah, é assim mesmo, porque Deus quis.’ Não concordo com essa coisa de porque Deus quis, sabe, então... Aprendi até assim, no começo a gente fica chateada sabe, no comecinho que aquelas pessoas chegam ‘mulher se conforma, foi

porque Deus quis'. Lógico que não é Deus que quis, né. Ele é tão bom que ele dá o livre arbítrio né, então"... (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

“No começo eu até me chateei, pessoas tipo assim do meu convívio sabiam e não chegaram pra me dizer, bem no começo, né. Aí quando eu fui saber, que era verdade, pra tomar providências, aquela coisa toda, já estava bastante avançado.” (Aurora, passo 1– sessão inicial 1).

É comum que a religião seja o primeiro recurso procurado para encontrar respostas ou conforto, assim como nos estudos de Barbieri (2019) e Feijoo e Noleto (2022). Resultados convergentes aparecem em Bezerra et al. (2022), ainda que trate do luto materno pela morte de crianças, a religião aparece como principal fator de conforto e amparo, bem como algo que auxilia a dar sentido na vida das mães.

Dentre as palavras de conforto que Aurora recebeu das pessoas, ouvir que o suicídio do filho foi uma fatalidade ou que era um desejo/permissão divina que acontecesse, causaram dor e revolta na cliente. Aurora não acreditava em um Deus que castiga, mas que deixa seus filhos fazerem suas próprias escolhas. Adicionalmente, para fortalecer sua crença, Aurora menciona evidências de que Deus cuidava de Emanuel, livrando-o várias vezes da morte.

Aurora também compartilhou que se sentiu chateada por alguns de seus amigos saberem que Emanuel estava usando drogas e não terem comunicado a ela, pois quando descobriu, o filho já usava com frequência. Ainda assim, ela buscou por tratamentos e profissionais. Emanuel foi a psicólogos e psiquiatras, bem como foi internado algumas vezes em clínicas de reabilitação, mas nunca fez o tratamento até o fim, alegando que estava bem e prometendo não usar mais drogas e/ou álcool. Percebe-se que a rede de apoio mais ausente foram os amigos. Quanto à religião, Aurora apresentou sentimentos de ambivalência, pois apesar de se sentir desamparada no início, posteriormente, a religião tornou-se a principal estratégia de enfrentamento da cliente.

Os resultados desta análise corroboram com os apontamentos de Feijoo (2021), o qual denuncia que amigos e familiares de mães em luto se afastam após a morte de um filho. Barbieri (2019) reforça a afirmativa com resultados semelhantes, apontando para o afastamento, principalmente, de familiares. Sendo a religião a principal rede de apoio dessas mães.

**Presença de rede de apoio.** Depois de algum tempo visitando diferentes religiões, Aurora percebeu que ninguém iria lhe fornecer respostas para o suicídio de Emanuel. Ao se deparar com essa realidade, a cliente tomou a sua religião de base, o catolicismo, como estratégia de enfrentamento para lidar com sua perda. Aos poucos, o desamparo que Aurora sentia foi se transformando em refúgio para lidar com a dor. O apego à divindade ao qual se acredita reforça a criação de sentido à perda, além de possibilitar alívio nos momentos de dor, pela crença de que os filhos perdidos estão em um lugar seguro (Esperandio & August, 2014).

“Até que eu vi e disse, não tem uma explicação, ninguém vai me dizer ‘olha, teu filho fez isso por isso e assim, assim, assim, assim assado’. Aí foi quando eu mesma me conscientizei e disse não, essa explicação eu não vou ter. Eu tenho que me apegar no que eu acredito que eu sempre... sou católica, acredito aí, né, fui, fui. Aí aquilo, eu me apeguei, foi quando eu fui começar a fase de aceitar, não é... eu não chamo nem de aceitar não, é... eu dou um outro nomezinho (ressignificar).” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“No começo né, eu fiquei assim meia perturbada, mas assim, exatamente por isso o meu dizer que Deus não castiga ninguém, que Deus é tão bom que ele foi o que me botou para o livre arbítrio do meu filho, né, que eu digo. Porque teve chance, ele fez tratamento, ele fez tudo, tudo assim que estava ao meu alcance, né. Outros livramentos Deus deu, de acidentes, dessas coisas pra ele. Mas chegou a hora, que

Deus é tão bom que Deus diz assim: ‘não, vou deixar, meu filho... deixar, mas eu tô aqui, qualquer coisa que precisar, né.’” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“Mas realmente, é uma dor imensurável. Tem até um livro: “a dor que não tem nome”... é de uma mãe que perdeu um filho, ela tem esse livro... que ela diz, quando você perde a mãe, você fica órfã, quando você perde o marido, você fica viúva, né, quando você perde um filho... não tem... nem tem explicação, não tem... só Deus que nos deixa prosseguir, pra contar a história.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 2).

“Com a bênção de Deus e a providência divina a gente vai seguindo, porque precisa né, não tem como parar.” (Aurora, passo 3 – intervenção).

Em seu relato, Aurora mencionou sobre compreender o seu luto em fases, como usualmente é interpretado pelo senso comum. A cliente contou que reconheceu vivenciar a fase de não aceitação, da raiva e, ao final, nomeou a última fase como ressignificação<sup>7</sup>. As fases citadas por Aurora dizem respeito aos estágios do luto, desenvolvidos por Kubler-Ross (1969/2017), sendo eles, negação, raiva, barganha depressão e aceitação. Aurora não fez menção aos estágios de barganha e depressão, nem nos seus relatos e nem que havia reconhecido vivenciá-los. Compartilhou que experienciou a não aceitação por muito tempo e, devido a isso, buscou por respostas na religião. Apesar desta dissertação não compreender o luto em uma perspectiva de fases ou estágios, por conotação de finalidade, pode-se observar, a partir dos relatos, que Aurora vivenciou a negação, a raiva e movimenta-se, nos dias atuais, para a restauração, que se refere a construir significado para a sua perda (Stroebe e Schut, 1999/2010).

Aurora recebeu apoio de seus familiares, ainda que escasso no começo. Um exemplo disso é uma tia que lhe sugeriu plantar alguma flor em casa, ajudando-a a criar estratégias

---

<sup>7</sup> Essa fase se refere ao estágio de aceitação (Kubler-Ross, 1969/2017).

para a continuidade do vínculo com o filho, reconstruindo um significado para a relação com o filho perdido (Klass, 2006). A flor citada no trecho se refere à história relatada anteriormente.

“Tenho uma tia que ela é espírita, mora em São Luís, te falei também, né? E na época, assim, ela me ligava todo dia, perguntava... E eles têm aquela linha diferente da nossa católica, né e ela pediu pra mim plantar flores, uma planta, qualquer coisa...” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“Aí quando nasceu (uma flor), mandei pra ele (filho), pois olha aqui de quem eu ganhei, aí ele faz aquela festa, aí que linda, não sei o que e manda beijo, aquela coisa toda.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 3).

“Graças a Deus, os meus (filhos) são muito próximos, sou muito grata, porque eles estão muito presentes, sabe, na minha vida. [...] então, eles (filhos) estão sempre assim, muito presente, sabe”. (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 3).

Observa-se que os familiares foram o suporte emocional e de amparo para Aurora.

Além da tia, a cliente também recebeu apoio principalmente de seus filhos. No entanto, apesar de receber apoio da família e de ter encontrado refúgio na religião, no primeiro ano de seu luto, Aurora percebeu que não estava conseguindo lidar com seu sofrimento, decidindo buscar por ajuda profissional para enfrentar a perda de seu filho.

“Ir conversar com uma profissional, uma pessoa que entende, que nos entende é muito bom. Exatamente porque a gente consegue né, dar aquele chorinho... Pessoa que a gente sabe que não nos critica...” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“...eu achava que eu, sozinha, conseguia. E assim, com o tempo a gente percebe que o profissional é a pessoa indicada pra cuidar do nosso sentimento.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 3).



“Esses dias eu tô... era pra mim estar pior, mas graças a estar vindo aqui com você, estar conseguindo compartilhar isso, já me fortalece mais, sabe. Eu tenho certeza que quando chegar dia 09 de maio, eu vou estar mais fortalecida, sabe, assim. Vou visitá-lo, vou chorar, vou conversar, levar café pra tomar com ele, mas assim, já... né, digamos assim, não é mais alegre né, mas assim, eu chamo mais fortalecida.” (Aurora, passo 3 – sessão de intervenção).

“Mas, assim, foi a maneira que eu tratei esse luto, como eu vi como eu cresci, como eu estava mais forte, né. Aquela semana que eu passei do meu filho, foi por estar, com você (AT). Sabe, aquele momento... por exemplo, um dia eu te compartilhei o vídeo do meu filho, aquela coisa, no outro dia, foi o falecimento do meu primo, né. Quer dizer, eu vi que eu estava mais fortalecida, né. Por exemplo, passar de novo pela mesma dor, lógico que não é a mesma né, a gente diz assim, mas que é o sentimento, a coisa, a profundidade é totalmente diferente, né.” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

Os dois últimos trechos referem-se à participação de Aurora no processo de AT, como já mencionado anteriormente, os atendimentos ocorreram no período de aniversário de morte de Emanuel e ao final do processo, a cliente vivenciou a morte de um primo muito próximo. Aurora compartilhou o quanto estar vivenciando a AT durante esses dois ocorridos a ajudou a enfrentar tais situações de perdas, relatando reconhecer as mudanças que já vinham ocorrendo em sua vida.

Além disso, em sua trajetória de dor, Aurora encontrou algumas pessoas que de fato compreendiam o seu sofrimento e falavam a sua “mesma língua” (sic) ao se referir ao luto. No primeiro ano de seu luto, a cliente integrou em um grupo de apoio para mães em luto, sendo uma das suas principais redes de apoio até os dias atuais.

Quando Aurora integrou ao grupo de mães em luto, ainda tinha dificuldades de falar sobre o suicídio de Emanuel, pois sentia vergonha e culpa. A cliente relatou ter sido acolhida e encorajada pelas outras mães em luto para falar apenas quando se sentisse à vontade. Noletto (2022) e Tavares (2022) apontam para a necessidade de espaços e grupos de apoio para pais e mães em luto para que sejam acolhidos e possam falar sobre seu sofrimento sem julgamento, é a partir dessa necessidade que surgem os grupos de apoio, muitas vezes idealizados pelas próprias mães em luto.

“A caminhada é grande, mas tem pessoas que aparecem na vida da gente né e que... a fé que a gente traz... aquela certeza que a gente que não está só, né e... no começo assim, a gente pensa que é a única pessoa no mundo, eu achava que era a única mãe que tinha perdido um filho assim, né.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 1).

“Eu não falava na morte dele, sabe no começo do grupo eu não falava, não conseguia falar. Passava, passei muito tempo, quando chegava na minha vez de falar, te falei, né, que era aquela roda, eu não falava. Eu só chorava, só chorava.” (Aurora, passo 1 – sessão inicial 2).

“A gente tem o grupo do WhatsApp, quando a gente está mais triste, às vezes não sei que horas, a gente manda uma mensagem, aí uma outra fortalece.” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 3).

“Nesse grupo que a gente tem de mães, que é o que é da (nome), é o único local que a gente consegue falar, conversar, cada uma fala da saudade dos seus filhos, a gente fala de uma maneira que todo mundo entende. A gente diz assim, que só nós lá que entendemos a nossa língua. É o único linguajar que todas as mães compartilham, por que? Porque todas elas sabem o que é a dor de perder um filho, né. Então, assim, é por isso que é o único local que a gente se sente bem...” (Aurora, passo 2 – sessão de teste padronizado 3).

“Esse grupo de mães da gente, a gente tem essa vantagem, às vezes a gente tá triste, né, assim, seja que horas for, dez, onze horas da noite, a gente vai lá no grupo, sempre tem uma acordada né, conversando. Então, é bacana, é legal, porque a pessoa que entende, a gente até diz, que fala a nossa língua, né... que naquele momento, por exemplo, esses dias tudin, essa semana, todas elas mandaram muitas mensagens, essa mesma coisa, né.” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

“Então são pessoas que te entendem, que falam e deixam você falar à vontade, que te escutam, né, que hoje em dia a gente tem dificuldade das pessoas escutarem a gente, né.” (Aurora, passo 4 – sessão de resumo e discussão).

Muitos estudos apontam que um grupo de apoio é um espaço importante para mães em lutos, principalmente se tratando de suicídio (Feijoo & Noleto, 2022; Serra & Freitas, 2020; Scavacini et al., 2019; Tochetto & Conte, 2022). Quando há o suicídio é comum que mães tenham o pensamento de serem as únicas a perder um filho dessa forma, e integrar um grupo com outras pessoas, principalmente se também forem mães, ajuda no sentimento de pertencimento à comunidade (Reis et al., 2024). Permite também o compartilhamento de experiência e a construção de sentido para a vida (Kreuz & Antoniassi, 2020).

O grupo de mães em luto é o local onde Aurora se sente segura e acolhida para compartilhar suas dores e a saudade que sente do filho. Foi no grupo que a cliente percebeu que não era a única mãe que havia perdido um filho, principalmente por suicídio. Geralmente, costuma-se dizer que apenas uma mãe que perde um filho sabe o sofrimento indescritível que é, talvez por isso, até então, não se tenha definido um nome para mães que perdem um filho (Agnese et al., 2012).

## **Repercussões do luto na vida de Aurora**

Por meio da apresentação do caso e das discussões das categorias, é possível observar que o percurso de Aurora após a perda de seu filho foi marcado profundamente por repercussões psicossociais singulares, que não podem ser compreendidas por meio de generalizações. Embora o luto seja um fenômeno universal, a forma como cada pessoa vivencia é única e atravessada por sua história, vínculos e contexto social. No caso de Aurora, a dor da perda se entrelaça com aspectos específicos de sua vida, como a relação que tinha com Emanuel, a constante ausência de rede de apoio e a pressão social para retomar sua rotina sem que tenha tido espaço e tempo para vivenciar seu luto. Esses fatores contribuíram para que Aurora vivenciasse momentos de isolamento, sentimento de culpa e um sofrimento que, por vezes, parecia não encontrar acolhimento.

Dentre as repercussões que permearam o percurso de luto da cliente, a culpa se destacou como um sentimento persistente. Aurora passou muito tempo se sentindo culpada por acreditar que poderia ter feito algo para impedir o suicídio do filho. A cliente relatou repetidas vezes sobre a sensação de que poderia ter feito algo diferente a ponto de mudar o desfecho do suicídio de seu filho. Mesmo reconhecendo, racionalmente, que fez tudo o que podia para ajudá-lo, tinha dificuldade para se desvencilhar da sensação de que havia falhado e de que não protegeu seu filho.

A culpa reverberou diretamente em sua identidade materna, pois fazia com que ela acreditasse que não havia sido uma boa mãe. A perspectiva subjetiva de ter falhado como mãe intensificou seu sofrimento, complicando seu percurso de luto e instigando-a a procurar por justificativas para o suicídio do filho. Foi buscando por respostas que Aurora se deparou com sentimentos de raiva e tristeza por sentir-se desamparada. Ainda que nos dias atuais o suicídio seja compreendido como problema social, sua carga histórica ainda recai sobre as pessoas que perdem um ente querido por esse tipo de morte (Minois, 2018). No caso de

Aurora, a carga foi sentida de forma direta e dolorosa. Ao vivenciar o suicídio de Emanuel, a cliente teve que lidar não só com a falta de acolhimento, mas também com o julgamento das pessoas.

O tabu por traz do suicídio fez com que Aurora tivesse seu luto invisibilizado, não reconhecido pela sociedade, e era recorrentemente cobrada por uma superação. A cliente não podia falar o nome de seu filho perdido, porque familiares e amigos não queriam se quer ouvir o nome dele, referiam-se ao assunto como se fosse uma doença ou algo negativo. Dessa forma, a família evitava falar sobre Emanuel, amigos próximos começaram a se afastar, e a religião, que antes era um lugar de conforto, passou a ser um ambiente onde ela se sentia desamparada.

Por conta disso, a cliente preferiu se isolar. Vivendo em um emaranhado de dor, raiva e desamparo. No primeiro ano de seu luto, Aurora passou a evitar o convívio social com seus familiares e amigos. Mesmo recebendo convites para sair, ela recusava, pois sabia que não poderia falar sobre seu filho, nem se quer sobre as recordações boas dele, e para ela era importante manter viva a lembrança de Emanuel e sentia alegria ao recordar dele. No luto de Aurora, havia dois fatores que pesavam no julgamento social, o luto de uma mãe, que por si só já é considerado devastador (Linchental et al., 2010), e o tipo de morte, no caso, o suicídio.

Além dessas questões, dentre as mudanças ocorridas na vida após a perda do filho, Aurora teve que lidar também com os declínios naturais associados ao envelhecimento. A cliente era viúva, tendo sofrido a perda de dois maridos, antes mesmo do suicídio de Emanuel e relatava não sentir solidão, alegando que gostava de vivenciar sua vida da forma como queria e compreendia não estar sozinha, por hoje ter uma rede de apoio consolidada. A aposentadoria é outro aspecto comum ao envelhecimento, frequentemente associada a mudanças na identidade e no propósito de vida (Ribeiro et al., 2017). Mesmo não exercendo mais nenhuma atividade de trabalho remunerada, Aurora ocupava seu tempo com

compromissos de sua igreja e revendia alguns produtos de decoração para casa. Essas foram estratégias elaboradas pela cliente para ajudá-la a manter-se em interação social, diminuindo os sentimentos de inutilidade e que ajudavam a lidar com a saudade diária que sentia pelo filho.

Geralmente, a sensação de inutilidade também é atrelada ao envelhecimento e à aposentadoria, pois quando esta ocorre de forma não desejada, a pessoa idosa pode não se sentir mais útil, devido ao fato de não trabalhar mais (Ribeiro et al., 2017). Nesse caso, além do envelhecimento, estava entrelaçado com o papel materno. Ainda que Emanuel fosse adulto, Aurora seguia com os cuidados maternos como, auxiliar o filho na rotina, caronas e muito afeto. Portanto, quando Emanuel se suicidou, a cliente não perdeu apenas o filho, mas também uma de suas principais referências de utilidade no mundo, já que Emanuel morava com ela e demandava do seu tempo mais do que os demais filhos.

Ao observar as repercussões da perda do filho na vida de Aurora, é possível perceber o quanto o luto é multifacetado. Muitos estudos associam o luto de mães a transtornos mentais, como o TDM, o TEPT, a ansiedade (Almeida et al., 2011; Costa et al., 2017; Pascoal, 2012) e ao luto prologando (APA, 2022). Em contrapartida, alguns autores criticam a ideia de enquadrar o luto enquanto transtorno diagnóstico (Barbieri, 2019), defendendo a necessidade de mais estudos para que tal decisão tenha respaldo, bem como alertam para os questionamentos sobre a estigmatização (Breen et al., 2015).

Há ainda, defensores da ideia de que o luto materno não tem fim, é eterno (Feijoo & Noleto, 2022). Brice (1991), por exemplo, enfatizou que o percurso de uma mãe que perde um filho não pode ser determinado pelo tempo, tampouco considerado como uma doença. Esses achados, aparentam estar de acordo com as teorias que afirmam que o luto é não linear, mas dinâmico (Franco, 2021; Stroebe & Schut, 1999/2010) e ainda que, ao se considerar o

vínculo e o tipo de morte, estes são determinantes para o percurso do luto (Parkes, 1998; Rigonatti, 2019).

Considerando o exposto, ao analisar o caso de Aurora, observa-se que existem dois fatores que são considerados complicadores do luto, sendo eles, o vínculo, por se tratar da perda de um filho e o tipo de morte, inesperada, o suicídio. O luto de Aurora foi atravessado não só por esses fatores, mas, conforme Parkes (1998), estes são importantes determinantes para se considerar na compreensão da perda. Com isso, pode-se observar que no luto de Aurora há fatores indicadores de que a cliente possa ter vivenciado luto complicado. Importante frisar que este se refere a uma má adaptação ao ter que viver sem a presença do ente querido, apresentando as mesmas expressões do luto saudável, porém, de forma prolongada e intensa (Shear et al., 2005), bem como sofrimento psíquico (Pallottino et al., 2019).

A partir disso, nota-se que para além de considerar o tempo de duração do luto, é preciso investigar as repercussões psicossociais, pois elas impactam na forma como a experiência é vivenciada. Considerar os aspectos individuais de cada pessoa em luto, é necessário. Aurora, por exemplo, além das repercussões que lhe causaram sofrimento, vivenciou também repercussões positivas, aprendizados. Com o tempo, a cliente começou a perceber que a dor não diminui, mas com rede de apoio e estratégias para lidar com ela, poderia ressignificá-la. Aurora compreendeu que não deixou de ser mãe e que nos silêncios da rotina, nas fotografias antigas e nos objetos do filho que guardava com carinho, podia resgatar a presença de Emanuel. Ela relatou que sua experiência de perda lhe possibilita auxiliar outras pessoas que perderam um ente querido, sendo esta uma das mudanças percebidas ao longo do processo de AT, conforme veremos nas discussões adiante.

## Mudanças ocorridas no processo de AT de Aurora

Um dos objetivos da AT é proporcionar mudanças positivas na vida dos clientes que participam do processo (Finn, 2007/2017) e, em demandas de luto, mostrou-se eficaz para os clientes a processar perdas traumáticas e lutos complicados (Durosini et al., 2017). Dessa forma, serão apresentadas as mudanças ocorridas no caso de Aurora. Para melhor organização, estão divididas em duas seções, a primeira apresentará a comparação entre os resultados dos instrumentos aplicados pré e pós AT. E a segunda descreverá as mudanças referentes a seu luto na narrativa de Aurora.

### *Comparando Mudanças pré e pós AT*

Para verificar se houve possíveis mudanças nos sintomas de ansiedade, depressão e/ou trauma na cliente, foram aplicados antes e após o processo de AT os instrumentos SRQ-20, MIS, PTCI, BAI, BDI-II, BHS e BSS. Na tabela 5, são apresentados os resultados dos instrumentos pré e pós-avaliação, assim como a nota de corte, fator avaliado, a pontuação, o IMC e o GC da cliente em cada um dos instrumentos utilizados.

**Tabela 5**

*Comparativo dos resultados pré e pós-avaliação e do IMC no caso Aurora*

Instrumentos	Fator	Nota de Corte <sup>8</sup>	Resultados			
			Pré	Pós	IMC	GC
SRQ-20	Sofrimento Psíquico	A partir de 7	10	07	-1,48	AM
MIS	Pensamentos Mágicos	Homem: 19 Mulher: 20	07	06	-0,4	AM
PTCI	Episódio pós-traumático	Mín.: 36 Máx.: 252	130	114	-4,8	MNC
BDI-II	Depressão	Leve (14-19) Grave (29-63)	31	14	-2,85	MNC
BAI	Ansiedade	Mínimo (0-10)	11	06	-1,6	AM

<sup>8</sup> As notas de corte apresentadas se referem apenas aos intervalos em que se encontram os resultados de Aurora.



		Leve (11-19)				
BHS	Desesperança	Mínimo (0-4)	10	02	-2,96	MNC
		Moderado (9-14)				
BSS	Suicídio	-	1	0	-0,78	AM

*Nota.* Elaborada pela autora.

Legenda: IMC - Índice de Mudança Confiável, GC - Grau de Confiança, AM - Ausência de Mudança e MNC - Mudança Negativa Confiável.

Na tabela 5, nota-se que Aurora apresentou redução nas pontuações de todos os instrumentos. Na aplicação pré-avaliação, a cliente apresentou pontuação acima da nota de corte na SRQ-20 (10 pontos), o que indica que há indícios de sofrimento psíquico e após a AT (7 pontos), essa pontuação baixou, apesar de permanecer sendo indicativo de sofrimento psíquico. No PTCI (130 pontos), foi orientado para Aurora que pensasse em uma situação na qual ela considerasse a mais traumática para responder e ao final da aplicação, compartilhasse a situação que ela utilizou como base para suas respostas. Aurora informou que respondeu o PTCI com base em seu último relacionamento amoroso, ocorrido antes da morte de seu filho. Segundo Aurora, o término do relacionamento foi a situação mais traumática que vivenciou em sua vida. Portanto, as pontuações do PTCI não se referem ao luto pelo suicídio do filho. O resultado do PTCI após AT, também apresentou diminuição, com mudança de 130 para 114 pontos.

É possível observar também que houve redução na pontuação de Aurora na BDI-II, que antes da AT era de 31 pontos e após a AT passou a ser 14 pontos, havendo mudança na classificação, passando de grave para leve, indicando diminuição nos sintomas depressivos. Os demais instrumentos MIS (07 pontos), BAI (11 pontos – mínimo), BHS (10 pontos – leve) e BSS (1 ponto) apresentaram pontuação abaixo das notas de corte antes da AT, bem como apresentaram redução nas pontuações pós AT e permaneceram com pontuação abaixo da nota de corte, a saber, MIS (06 pontos), BAI (06 pontos – mínimo), BHS (02 pontos – mínimo) e BSS (zero).

Para verificar se houve mudanças confiáveis nos resultados de Aurora após a avaliação, apresentados na Tabela 5, foi realizada a comparação dos resultados pré e pós AT. A classificação dos resultados se deu conforme o Grau de Confiança (GC), que pode apresentar Ausência de Mudança (AM), Mudança Positiva Confiável (MPC) ou Mudança Negativa Confiável (MNC). Na Tabela 5, pode-se observar o GC de cada instrumento.

A partir dos resultados apresentados na Tabela 5, constata-se que Aurora apresentou Ausência de Mudança (AM) significativa nos fatores sofrimento psíquico, ansiedade e suicídio, apesar disso, teve redução da pontuação pré e pós-avaliação. Já no fator desesperança, depressão e trauma houve Mudança Negativa Confiável (MNC), o que indica que houve uma redução estatisticamente significativa nas pontuações após a AT. Conforme apontam Jacobson e Truax (1991), em situações com variáveis dependentes em que se espera desempenho menor na pós-avaliação do que na pré-avaliação, tem-se que a Mudança Negativa Confiável (MNC) é considerada como resultado favorável para confirmar a hipótese de pesquisa.

Nesse sentido, os resultados deste estudo se assemelham aos de outras pesquisas que evidenciam mudanças positivas na vida do cliente que participa de um processo de AT. Por exemplo, a redução dos sintomas de trauma, como apontado por Tarocchi et al. (2013) e reafirmado por Durosini et al. (2017) que acrescentam a utilidade e eficácia da AT em ajudar clientes a processar perdas traumáticas e lutos complicados, bem como a redução de sintomas de depressão. Este estudo de caso também apontou redução nos sintomas de desesperança. Além das mudanças apresentadas estatisticamente para agregar aos resultados, apresenta-se a seguir as mudanças ocorridas na narrativa de Aurora.

### ***Mudanças ocorridas na narrativa de Aurora durante o processo de AT***

A partir dos resultados apresentados através das categorias temáticas elencadas, foi possível observar além da redução sintomatológica, as mudanças ocorridas na narrativa de

Aurora durante o processo de AT. A avaliação possibilitou um espaço para a cliente refletir sobre suas dificuldades e demandas, principalmente relacionadas ao luto. A semiestrutura auxiliou em tal processo. Nos primeiros passos da AT, mencionava que seu cotidiano era recorrentemente atravessado pelas repercussões do suicídio de Emanuel, demonstrando a sua orientação para a perda. Na sessão de intervenção, Aurora se debruçou sobre as emoções e a culpa referente a sua perda, compartilhando a história de seu luto e demonstrou-se aberta para ressignificar sua trajetória de luto. Na sessão de resumo e discussão e de acompanhamento, a cliente compartilhou sua perspectiva sobre as mudanças.

A narrativa é entendida como uma história internalizada, de construção pessoal, criada individualmente para dar sentido à vida (Fantini et al., 2022). Geralmente, são elaboradas na infância, mas é uma construção contínua, havendo a possibilidade de desenvolvimento de narrativas sem autocompaixão. Estas dizem respeito a histórias nas quais a pessoa atribui o problema à causa pessoal ou global (Fantini et al., 2022), culpando-se pelo ocorrido. Dessa forma, a AT busca ajudar os clientes no desenvolvimento de histórias mais coerentes, precisas, compassivas e úteis sobre si mesmo e o mundo (Finn, 2007/2017; Finn, 2013). Finn (2013) aponta que as mudanças de narrativa podem ocorrer, quando 1) o cliente se sente emocionalmente apoiado e respeitado pelo avaliador, tendendo a criar novas formas de pensar; 2) ter confirmação sobre sua perspectiva de si mesmo, ficando mais aberto para revisar outros aspectos de sua história; 3) acredita que mudanças podem ajudar a alcançar seus objetivos de vida, propende a ser mais receptiva a elas; 4) os achados dos testes psicológicos fornecem informações para reflexão e 5) o cliente é estimulado a participar ativamente da avaliação, possibilita para ele, pensar sobre suas narrativas e analisá-las (Finn, 2013).

Considerando o exposto, faz-se relevante discutir sobre as mudanças diretas na narrativa de Aurora, construídas ao longo do processo, durante um curto espaço de tempo,

conforme propõe a AT (Villemor-Amaral & Cardoso, 2023; Villemor-Amaral & Resende, 2016). A cliente apresentou novas perspectivas sobre seus relacionamentos interpessoais, culpa e autocuidado. Desde o início do processo, Aurora expressava a sua visão de si e do mundo sempre sem autocompaixão, culpando-se sobre todo problema que ocorria em sua vida.

Aurora compartilhou que havia percebido melhora nos seus relacionamentos interpessoais, que estava conseguindo se comunicar melhor com as pessoas, principalmente com sua família, o que era um desejo seu. No início do processo, a cliente relatava bastante dificuldade em dizer não, tendendo a fazer sempre o que os outros queriam, mesmo que ela não quisesse/pudesse fazer. Com relação a sua família, ela sempre tomava a frente para resolver as demandas, poupando seus irmãos e demais parentes de problemas, que por muitas vezes tinha dificuldade de resolver sozinha. Na sessão de acompanhamento, Aurora falou que seu propósito é continuar ajudando as pessoas, mas sem se sobrecarregar e fazendo apenas o que estiver ao seu alcance. No âmbito familiar, conseguiu pedir ajuda quando precisou e passou a dividir as responsabilidades com seus parentes dialogando mais com eles.

Vale ressaltar que as mudanças foram ocorrendo e percebidas ao longo do processo, e na sessão de acompanhamento, Aurora compartilhou como estava mantendo suas novas perspectivas. A título de exemplo, pode-se citar um fato ocorrido na terceira sessão de testes padronizados. A cliente contou que havia recebido a visita de uma prima com quem tinha se desentendido há alguns anos e pediu para conversar com ela. Após o diálogo, elas se entenderam e Aurora pontuou que em outro momento, teria sido diferente, talvez não tivesse conseguido conversar/perdoar a prima, mas reconhece que estar vivenciando o processo de AT, tem lhe ajudado a pensar sobre seus comportamentos e atitudes. Na AT, busca-se compreender os achados dos testes padronizados a partir da história do cliente, considerando

suas percepções acerca das informações obtidas (Villemor-Amaral, 2016), validando a experiência singular da cliente.

Quanto à culpa, Aurora apontou no início da avaliação sobre se sentir responsável pelas adversidades que ocorriam em sua vida, logo, tendia a pensar que o fracasso nos seus relacionamentos tanto amorosos quanto interpessoais tinha haver com erros dela e associava o suicídio do filho ao fato de ter falhado como mãe. Em sua nova narrativa, a cliente compreendeu que não podia atribuir apenas para si a culpa dos relacionamentos não terem dado certo, bem como reconheceu que fez tudo que podia pelo filho e que não podia mudar a escolha dele de se suicidar. Além disso, diminuiu o sentimento de culpa por não poder resolver um problema sozinha e passou a solicitar apoio quando achasse necessário. A culpa que Aurora carregava, impactava na visão de si mesma. Ela que costumava cuidar de si e ser vaidosa, depois do suicídio do filho e dos julgamentos sociais, passou a se cuidar com frequência cada vez menor.

Durante as sessões, ao refletir sobre sua história, Aurora lembrou de coisas que gostava de fazer como viajar, ir a festas, sair para se divertir com suas amigas, ir ao salão de beleza, mas que ainda tinha receio de realizar e quando as fazia, sentia-se culpada, devido aos julgamentos que sofreu quando perdeu seu filho. Aos poucos, foi relatando nas sessões sobre ter ido a festas, saído com amigas, viagens realizadas nos fins de semana e as idas ao salão de beleza. Ao analisar as formas como Aurora se apresentava nas sessões, foi possível observar a mudança visual, na medida em que a cliente passou a frequentar os encontros mais asseada e expressava satisfação sobre isso.

O autocuidado de Aurora foi repensado a partir das reflexões realizadas nas sessões. A cliente compreendeu que cuidar de si não implica na sua dor, ou seja, não significa que ela não se sinta triste às vezes, saudade ou que ame menos o filho perdido, pelo contrário, reflete sobre ter construído (e continuar) significado para sua perda e para sua vida. É através de

suas estratégias de enfrentamento que Aurora ressignifica a morte de Emanuel, nas visitas ao túmulo, no vínculo continuado por meio das flores, na fé, em suas redes de apoio e nas lembranças.

O caso de Aurora apresenta resultados semelhantes aos de Finn e Tonsager (1992), que apontam que os resultados são melhor proporcionados pela participação na AT, quando os clientes que a vivenciam estão abertos e motivados para o processo. Dessa forma, a AT proporcionou para a cliente um ambiente seguro e acolhedor para que Aurora pudesse expor demandas e construir novas narrativas. A análise qualitativa das mudanças corrobora com os resultados de redução da sintomatologia apresentado anteriormente. Por fim, ressalta-se que a AT se mostrou eficaz frente a demandas de luto, conforme apontado por Durosini et al. (2017).

### **Considerações Finais**

Esta pesquisa teve como objetivo compreender as mudanças de uma mãe em luto em um processo de AT. Pode-se concluir que a característica colaborativa da AT contribuiu para Aurora ser protagonista de suas narrativas. Ao analisar o luto através do modelo do processo dual, foi possível perceber que, ao oscilar entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração, Aurora pôde criar significados para sua vida, refletir sobre a manutenção do vínculo contínuo com seu filho perdido e elaborar novas maneiras de pensar sobre seus dilemas.

As mudanças ocorridas na vida e na narrativa de Aurora foram possibilitadas pelo conjunto dos princípios da AT, a saber, empatia, respeito e colaboração, além da abertura da cliente para vivenciar o processo. No contexto específico do luto, é necessário considerar as particularidades de cada pessoa, fazendo, assim, uma avaliação cuidadosa de cada perda. Evidenciou-se também a redução dos sintomas de desesperança, depressão e trauma.

Ademais, a própria Aurora relatou que a AT foi uma estratégia de cuidado, enfatizando a relevância desse modelo em situações de perdas e lutos.

É necessário, no entanto, que sejam ponderadas algumas limitações deste estudo. A primeira delas diz respeito à dificuldade em encontrar espaços que desenvolvam cuidados com pessoas em luto, sobretudo com mães. Tal fato revela não apenas uma limitação metodológica, mas também uma preocupante falha social em relação à demanda. Por conseguinte, o fato de Aurora ter sido indicada a partir de um grupo de mães e ter se voluntariado para a pesquisa são indicativos de que a própria Aurora vivenciava um momento de disponibilidade pessoal à mudança. Deste modo, ressalta-se que não há como afirmar que as mudanças de Aurora sejam consequência da AT, mas compreende-se que a AT pode ter auxiliado esse processo de mudança na narrativa de Aurora sobre si e sobre seu luto.

Quando uma mãe perde um filho, aparentemente, é retirada dela sua identidade social, sendo reconhecida muitas vezes apenas pela morte de seu filho. Dessa forma, considerando que as percepções sobre morte e luto são construídas e modificadas socialmente, faz-se necessário fomentar reflexões acerca do uso termo “enlutado”, para que este deixe de ser atribuído como característica principal de alguém que perde um ente querido. Ainda que o luto seja eterno, a vida de quem o experencia se ressignifica ao redor dele. “Em luto” é uma expressão que remete à momento, passagem, assim como propõe o processo dual do luto, de ser permitido visitar a dor da perda, mas também de ressignificar a vida a partir dela. Mães em luto não deixam de amar seus filhos ou de sentir dor por ressignificarem suas vidas. Muitas vezes, é a dor e o amor pelos seus filhos perdidos que a encorajam a sobreviver, há vida na perda. Essa questão também refletiu sobre a possibilidade de agregar mais participantes.

Outra limitação encontrada foi a escassez de instrumentos validados para o contexto brasileiro que avaliem diretamente o luto, dificultando uma análise mais fidedigna sobre as

mudanças do fenômeno investigado. Além disso, é importante considerar que esta foi a primeira condução de AT da psicóloga avaliadora, proponente desta pesquisa. Compreende-se que por se tratar de uma condução inicial, as habilidades da psicóloga avaliadora ainda estavam em desenvolvimento, o que pode ter impactado no processo.

Quanto a direcionamentos para futuras pesquisas, recomenda-se a necessidade de construção e/ou a adaptação de instrumentos que avaliem o luto no contexto brasileiro, por ser multifacetado, requer recursos para que as avaliações sejam mais precisas e haja uma melhor compreensão. Além disso, seria oportuno realizar estudos que contem com a participação de mais mães e que possam explorar a eficácia da AT frente a demandas de luto, em diferentes contextos.

Considera-se que o estudo cumpriu com os objetivos propostos, a fim de ampliar as discussões sobre as possibilidades de mudanças que o processo de AT pode proporcionar, especificamente frente a demandas de luto. Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para uma compreensão mais abrangente sobre o luto, principalmente em uma perspectiva não linear, mas da possibilidade de movimentação e que sirva de inspiração para estudos futuros.



## Referências

- Agnese, A. M. D., Batista, M. R., Oliveira, V. G., Rose, A. T., & Lescano, N. (2012). Perda sem nome: como superar a ausência de pessoas queridas. *Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.*
- Almeida, E. J.; Garcia-Santos, S., & Haas, E. I. (2011). Padrões especiais de luto em mães que perderam filhos por morte súbita. *Revista de Psicologia da Imed*, 3 (2), 607-616.
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th ed.-TR).
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th ed.).
- Andrade, M. L.; Mishima-Gomes, F. K. T., & Barbieri, V. (2017). Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(1), 21-32.  
<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p33-43>
- Ariès, P. (2017). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. (ed. especial., Siqueira. P. V., Trad.). Editora Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1977).  
<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p33-43>
- Ariès, P. (2014). *O homem diante da morte*. (1a ed., Ribeiro, L., Trad.). Editora Unesp. (Trabalho original publicado em 1977).
- Aschieri, F.; Smith, J. D. (2012). The effectiveness of therapeutic assessment with na adult cliente: a sigle-case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 1-11.
- Barbieri, J. (2019). *Viver o luto e as redes de apoio a familiares que perderam um ente querido*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal de Santa Maria.  
<http://repositorio.ufsm.br/handle/1/19995>
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. (2016). (3a ed., L.A. Reto., & A. Pinheiro. Trad.). Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).

- Bellak, L., & Abrams, D. (2012). *Técnica de Apercepção para Pessoas idosas: livro de instruções*. (M.C.V.M. Silva, Tradutora). Editora Vetor.
- Bezerra, M. A. R.; Rocha, R. C.; Rocha, K. N. S.; Moura, D. F. S.; Christoffel, M. M.; Souza, I. E. O., & Rocha, S. S. (2021). Morte de crianças por acidentes domésticos: desvelando a experiência materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), 202-210.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0435>
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Artmed Editora.
- Breen, L. J.; Penman, E. L.; Prigerson, H. G., & Hewitt, L. Y. (2015). Can grief be a mental disorder? An exploration of public opinion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(8), 569-573.
- Brice, C. W. (1991). What forever means: An empirical existential-phenomenological investigation of maternal mourning. *Journal of Phenomenological Psychology*, 22(1), 16-38.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1163/156916291X00028>
- Cardoso, L.M., & Villemor-Amaral, A.E. (2017). Critérios de cientificidade dos métodos projetivos. In. M.R. Lins, & J.C. Borsa, *Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos*. (pp.175-190). Vozes.
- Carmona, C. F.; Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 681-691. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722395510>
- Carvalho, L. F. & Valim, C. C. D. (2023a). *Manual Técnico da Versão Brasileira do Inventário de Ansiedade Beck*. [Adaptação Brasileira]. Hogrefe.
- Carvalho, L. F. & Valim, C. C. D. (2023b). *Manual Técnico da Versão Brasileira da Escala de Desesperança Beck*. [Adaptação Brasileira]. Hogrefe.
- Carvalho, L. F. & Valim, C. C. D. (2023c). *Manual Técnico da Versão Brasileira da Escala de Ideação Suicida Beck*. [Adaptação Brasileira]. Hogrefe.
- Casellato, G. (2015). O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. Summus.

- Chicalski, M. (2021). *Avaliação Terapêutica frente à queixa de ansiedade*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Londrina.  
<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000232655>
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Resolução nº 31, de dezembro de 2022*. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-31-2022>
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Resolução nº 6, de março de 2019*. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-6-2019>
- Conselho Nacional de Saúde (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Costa, D. H.; Njaine, K & Schenker, M. (2017). Repercussões do homicídio em famílias das vítimas: uma revisão da literatura. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22(9), 3087-3097.
- Creswell, J.W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens* (3ª ed.). (S.M. da R. Sandra, Tradutora). Penso.
- Currier, J. M; Holanda, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-Making, Grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403-428.
- Dahdah, D. F.; Bombarda, T. B.; Frizzo, H. C. F., & Joaquim, R. H. V. T. (2019). Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 27(1), 186-196.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505.

- Domingues, D. F., & Dessen, M. A. (2013). Reorganização familiar e rede social de apoio pós-homicídio juvenil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 141- 148.
- Domingues, D. F.; Dessen, M. A., & Queiroz, E. (2015). Luto e enfrentamento em famílias vitimadas por homicídio. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2(67), 61-74.
- Durosini, I. & Aschieri, F. (2021). Therapeutic Assessment efficacy: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 33(10), 962-972.
- Durosini, I.; Tarocchi, A. & Aschieri, F. (2017). Therapeutic Assessment with a client with persistent complex bereavement disorder: a single-case time-series design. *Clinical Case Studies*, 16(4), 295-312.
- Esperandio, M. R. G., & August, H. (2014). Teoria do Apego e Comportamento religioso. *Cultura e Comunidade*, 9(16), 243-265.
- Fantini, F.; Aschieri, F.; David, R. M.; Martin, H., & Finn, S. E. (2022). *Therapeutic Assessment With Adults: Using Psychological Testing to Help Clients Change*. Routledge.
- Feijoo, A. M. L. C., & Noleto, M. C. M. F. (2022). O imensurável da experiência do luto materno. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240345>
- Feijoo, A. M. L. C. (2021). Situações de suicídio: atuação do psicólogo junto a pais enlutados. *Psicologia em Estudo*, 26, 1-13. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.44427>
- Fernandes, S. B.; Targino, R. M.; Giasson, F. F., & Cardoso, L.M. (2021). Therapeutic Assessment as na Interventional Model of Psychological Evaluation: Case Study. *Psico-USF*, 26(3), 429-438.
- Fernandes, S. B. (2019). *Avaliação Terapêutica como recurso à saúde mental de professores*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual do Ceará.  
<https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=82859>
- Finn, S. E. (2017). *Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da Avaliação Terapêutica*. (1a ed., C. C. Bartolotti Trad.). Hogrefe. (Trabalho original publicado em 2007).

- Finn, S. E. (2013). Jonathan Adler's Research on Narrative Identity and Psychotherapy: implications for Therapeutic Assessment. *The TA Connection*, 1(2), 4-6.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (2002). How Therapeutic Assessment Became Humanistic. *The Humanistic Psychologist*.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997). Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 4(9), 374-85.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4(3), 278- 287.
- Fiuza, M. M. (2021). *A Lua e o Girassol: um dia mães em luto, outro dia mães em luz*. Primavera Editorial.
- Franco, M. H. P. (2021). *Luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. Summus.
- Franco, M. H. P.; Tinoco, V. U., & Mazorra, L. (2017). Reflexões sobre os cuidados éticos na pesquisa com enlutados. *Revista M. Estudos Sobre a Morte, os Mortos e o Morrer*, 2(3), 138-151.
- Franqueira, A. M. R.; Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2015). O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 487-497.
- Freitas, J. L., & Michel, L. H. F. (2014). A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 273-283. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222324010>
- Fukumitsu, K. O. (2023). *Luto por suicídio e posvenção: a outra margem*. Summus.
- Fukumitsu, K. O. (2022). *Revés de um parto: luto materno*. Summus.
- Giasson, F. F., Ribeiro, L. C., & Cardoso, L. M. (2023). O florir da Violeta: Um estudo de caso em Avaliação Terapêutica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-15.

- Giasson, F. F. (2020). *Contribuições das estratégias de Avaliação Terapêutica para o enfrentamento do sofrimento psíquico de professores*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual do Ceará. <http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=95599>
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44.
- Gorenstein, C.; Pang, W. Y.; Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. [Adaptação Brasileira]. Pearson.
- Ignacio, E. S., & Medeiros, A. P. (2023). Nascimento e Morte: o apagamento do luto durante a perinatalidade. *Revista de Psicologia*, 17(66), 253-272.
- Irwin, M. (2018). Mourning 2.0: continuing bonds between the living and the dead on Facebook – Continuing bonds in cyberspace. In. Klass, D.; Steffen, E. M. (Org.), *Continuing bonds in bereavement: new directions for research and practice* (pp. 317-329). Routledge.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Klass, D. (2006). Continuing conversation about continuing bonds. *Death Studies*, 30, 843-858.
- Klass, D. (2018). *How Continuing Bonds got its name: prologue to continuing bonds is bereavement: new directions for research and practice*. Routledge.
- Kovács, M. J. (2013). *Morte e desenvolvimento humano* (5a ed.). Casa do Psicólogo.
- Kreuz, G., & Antoniassi, R. P. N. (2020). Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. *Psicologia em Estudo*, 25, 1-15.
- Kubler-Ross, E. (2017). *Sobre a Morte e o Morrer*. (10a ed., P. Menezes Trad.). Editora Wmf Martins. Fontes Ltda. (Trabalho original publicado em 1981).
- Lamb, K., Pies, R., & Zisook, S. (2010). The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be, or not to be. *Psychiatry (Edgemont)*, 7(7) 19-25.

- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33, 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>.
- Lichtenthal, W.G.; Currier, J. M.; Neimeyer, R.A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychocoly*, 66, 1-22.
- Maciejewski, P. K.; Maercker, A.; Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266-275.
- Maple, M.; Edwards, H.; Plummer, D., & Minichiello. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health and Social Care in the Community*, 18(3), 241-248. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00886.x
- Mendes, L. C. B. (2024). *VASP 168: verdades e lutos*. Expressão Gráfica Editora.
- Meyer, G. J.; Viglione, D. J.; Mihura, J. L.; Erard, R. R., & Erdberg, P. (2017). *Rorschach sistema de avaliação por desempenho manual de aplicação codificação e interpretação e manual técnico*. Hogrefe.
- Michel, L. H. F., & Freitas, J. L. (2021). Psicoterapia e luto: a vivência de mães enlutadas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189422>
- Michel, L. H. F., & Freitas, J. L. (2019). A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP*, 30, 1-19.
- Minois, G. (2018). *História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. Editora Unesp.
- Moraes, M. S. (2020). *Avaliação Terapêutica: análise de estudos de casos sobre o método*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade São Francisco.  
[www.usf.edu.br/galeria/getImage/385/2297899602869776.pdf](http://www.usf.edu.br/galeria/getImage/385/2297899602869776.pdf)

- Montero, R. (2019). *A ridícula ideia de nunca mais te ver*. Todavia.
- Movimento Mãe de Maio (2011). Mães de maio do luto à luta. Debora Maria e Danilo Dara.  
<https://fundobrasil.org.br/wp-content/uploads/2016/07/livro-maes-de-maio.pdf>.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Neimeyer, R. A. (2016). *Techniques of grief therapy: assessment and intervention*. Routledge.
- Noletto, M. (2022). Mães Semnome – Uma dor imensurável e inominável. In Fukumitsu, K.O. (Org.), *Revés de um parto: luto materno* (pp. 65-69). Summus.
- Nunes, C. H. S. S.; Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2013). Bateria Fatorial de Personalidade. Pearson Clinical Brasil.
- Oliveira, J. C. (2024). *Avaliação Terapêutica com adolescentes em situação de acolhimento institucional*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Ceará.  
<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/77193>.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2024). *Suicídio*. Disponível em:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 10 mar. 2025.
- Pallottino, E.; Rezende, C., & Jacobucci, N. (2019). Avaliação Psicológica com indivíduos enlutados.  
 In. Borsa, J.C (Org.), *Avaliação Psicológica aplicada a contextos de vulnerabilidade psicossocial* (pp. 259-275). Vetor.
- Parkes, M.C. (2009). *Amor e Perda*. Summus.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus.
- Pascoal, M. (2012). Trabalho em grupo com enlutados. *Psicologia em Estudo*, 17(4), 725-729.
- Reis, L. B.; Iglesias, A.; Silva, F. N. D.; Lima, L. M., & Braga, A. A. S. (2024). Luto por suicídio: rompendo silêncios e promovendo cuidado em grupos de apoio. *Revista Conexão UEPG*, 20, 1-18. 10.5212/Rev. Conexao.v20.23496.039



- Ribeiro, L. C. (2021). *Avaliação Terapêutica com mulheres que vivenciaram violência por parceiros íntimos: verificando a autoestima*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Ceará. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/64744>.
- Rigonatti, V. (2019). *Luto materno pelo jovem perpetrador: sobrevivendo à morte violenta do filho*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/24039>.
- Rodrigues, H. S. J., & Sá, L. D. (2015). Coração é terra que ninguém anda. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 14(40), 37-46.
- Sá, L. D.; Rodrigues, H. S. J., & Aguiar, D. Pinheiro. (2014). *Dor, sofrimento e luto das mães de periferia em Fortaleza*. [Apresentação de trabalho]. 29º Reunião Brasileira de Antropologia, Natal, Rio Grande do Norte.
- Scavacini, K.; Cornejo, E. R.; Cescon, L. F. (2019). Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M.*, 4(7), 201-214. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214>
- Santos, K. O. B.; Araújo, T. M., & Oliveria, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. *Caderno de Saúde Pública*, 25(1), 214-222.
- Santos, K. O. B.; Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). *Revista Baiana Saúde Pública*, 34(3), 544-560.
- Sbardelloto, G. (2010). *Propriedades psicométricas da versão em português do Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)* [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/714>
- Scaduto, A. A.; Cardoso, L. M.; Heck, V. S. (2019). Modelos interventivo-terapêuticos em Avaliação Psicológica: estado da arte no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 67-75.

- Schlemm, J. J., & Cremasco, M. V. F. (2015). O suicídio e o luto materno. In Freitas, J. L., & Cremasco, M. V. F. (Orgs.), *Mães em luto: a dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas* (pp. 121-140). Juruá Editora.
- Serra, A. P. E., & Freitas, J. L. (2020). Luto materno no suicídio: a impotência e o desamparo frente às (im)possibilidades. *Revista do NUFEN*, 12(3), 19-37.  
<https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.n%C2%BA03artigo73>
- Shear, K.; Frank, E.; Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Silva, D. R. S. (2019). *EMDR como possibilidade de psicoterapia para o luto: um estudo de caso instrumental coletivo*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.  
<https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/22167>
- Smith, J. D.; Handler, L., & Nash, M. R. (2010). Therapeutic Assessment for preadolescent boy with oppositional defiant disorder: a replicated single-case time-series design. *Psychological Assessment*, 22(3), 593-602.
- Stroebe, M.; Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals: bereaved persons are misguided through the stages of grief. *Journal of Death and Dying*, 74(4), 455-473. Doi: 10.1177/0030222817691870
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. (Trabalho original publicado em 1999).  
<https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Targino, R. M. (2021). *Narrativa de mulheres atendidas em Avaliação Terapêutica: uma análise feminista*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Ceará.  
<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/62667>

- Tarocchi, A.; Aschieri, F.; Fantini, F & Smith, J. (2013). Therapeutic Assessment of complex trauma: a single-case time-series study. *Clinical Case Studies*, 12, (3), 228-245.
- Tavares, G.R. (2022). Desbravando memórias e tecendo o futuro. In Fukumitsu, K.O. (Org.), *Revés de um parto: luto materno* (pp. 79-87). Summus.
- Tochetto, L. D., & Conte, R. F. (2022). Posvenção com pais enlutados: uma estratégia de cuidado no contexto do suicídio. *PSI UNISC*, 6(1), 98-109. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v6i1.16445>
- Vieira, P. G.; Villemor-Amaral, A. E.; Pianowski, G. (2016). Tradução, adaptação e evidências iniciais de validade da Magical Ideation Scale. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4),1-7.
- Villemor-Amaral, A. E., & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF*. 11(2), 185-193.
- Villemor-Amaral, A. E., & Cardoso, L. M. (2023) Avaliação Terapêutica: uma terapia breve com base na avaliação psicológica. In. Rocha, G. M. A., et al (Org.), *Psicoterapias Breves: aspectos gerais e propostas contemporâneas aplicadas no Brasil*. Vetor.
- Villemor-Amaral, A.E., & Resende, A.C. (2018). Novo Modelo de Avaliação Psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 122-132.
- Villemor-Amaral, A. E. (2016). Perspectivas para a Avaliação Terapêutica no Brasil. *Revista Avaliação Psicológica*, 15(2), 249-255.
- Worden, W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental*. (4a ed., A. Zilberman; L. Bertuzzi, & S. Smidt Trad.). Roca. (Trabalho original publicada em 1982).
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5a ed., C. M. Herrera Trad.). Bookman. (Trabalho original publicado em 1994).
- Zachar, P. (2015). Grief, depression and the DSM-5: a review and reflections upon the debate. *Revista Latino Americana de Psicopatologia*, 18(3), 540-550.

## Apêndices

### Apêndice A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO CONTEXTO CEARENSE”. A participação não deve ser contra a sua vontade. Peço que leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, até que tenha compreendido todos os procedimentos da pesquisa.

O objetivo da pesquisa é analisar os efeitos da AT em situações de vulnerabilidade psicossocial no contexto cearense. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a importância de contar com modelos de avaliação psicológica eficazes em contextos de risco social e que tragam benefícios terapêuticos às pessoas avaliadas, que vivenciam tais contextos. Caso concorde na sua participação como voluntário, sem qualquer recebimento financeiro, você participará de oito a doze sessões de Avaliação Terapêutica duas vezes por semana, com duração de aproximadamente 90 minutos cada. Ressalta-se que, caso você tenha custos para participar dos atendimentos, estes serão ressarcidos. Os atendimentos ocorrerão no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Av. Silas Munguba, nº 1700, em sala adequada para atendimento clínico.

Informamos que as sessões serão gravadas em áudio e imagem. O acesso a esses dados será restrito à equipe de pesquisa e os mesmos serão armazenados de modo a garantir o sigilo durante e ao término da pesquisa. Serão elucidadas as dúvidas que você tiver e você é livre para permitir a participação na pesquisa ou para recusar, bem como poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. Sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria de estratégias utilizadas para avaliação psicológica que possibilitem também mudanças terapêuticas com pessoas em contextos de risco social. Os possíveis riscos da participação são cansaço ou constrangimento durante as sessões, porém, tudo foi planejado para minimizar estes riscos. Mesmo assim, caso você sinta algum desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, poderá interromper o processo e, se desejar, podem conversar comigo sobre isso, estarei à disposição. Além disso, você tem assegurado o direito de buscar ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

É garantido o sigilo de suas identidades e os dados coletados serão utilizados exclusivamente no contexto da pesquisa e de produções científicas. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada e o material produzido durante a pesquisa não será divulgado de forma a possibilitar a sua identificação. Por fim, este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira detalhada e compreendi todos os procedimentos. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------	------	------------

**Endereço da responsável pela pesquisa:**

<p>Nome: Lucila Moraes Cardoso</p> <p>Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)</p> <p>Endereço: Avenida Silas Munguba, 1700 – Itaperi</p> <p>Telefones para contato: (xx) xxxxxx-xxxx</p>
---

<p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE – Avenida Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br.</p>
--

<p>Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.</p>
---

**Apêndice B – Questionário Sociodemográfico****Informações sobre a aplicação:**

Código: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**Informações sobre o respondente:**

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade/ Estado onde mora: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Como você foi designado(a) ao nascimento, nos seus registros civis?

☐ Feminino / ☐ Masculino / ☐ Prefiro não responder

Quais das seguintes alternativas descreve melhor a forma como você se identifica hoje?

☐ Mulher ☐ Homem ☐ Mulher trans, mulher transexual ou mulher transgênero ☐ Homem trans, homem transexual ou homem transgênero ☐ Travesti ☐ Queer, não-binário ou gênero fluido ☐ Outro \_\_\_\_\_

Raça (autodeclarada): ☐ Branco ☐ Negro ☐ Pardo ☐ Asiático ☐ Indígena ☐ Outro \_\_\_\_\_

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União Estável ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Você tem outros filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Informações sobre o filho falecido:

Idade:

Data de falecimento:

Causa da morte: ☐ Doença ☐ Acidente ☐ Homicídio ☐ Suicídio ☐ Outra \_\_\_\_\_

Qual a sua escolaridade?

- ☐ Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
- ☐ Ensino Fundamental (1º grau) completo
- ☐ Ensino Médio (2º grau) incompleto
- ☐ Ensino Médio (2º grau) completo
- ☐ Ensino Superior (universitário) incompleto
- ☐ Ensino Superior (universitário) completo
- ☐ Pós-Graduação

Atualmente, exerce alguma ocupação? ☐ Sim ☐ Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Atualmente, qual é a média de renda mensal familiar da sua casa?

- ☐ Menos de 1 salário mínimo (R\$1.412,00)
- ☐ Entre 1 e 2 salários mínimos (Entre R\$1.412,00 e R\$2.824,00)
- ☐ Entre 2 e 3 salários mínimos (Entre R\$2.824,00 e R\$4.236,00)
- ☐ Entre 3 e 4 salários mínimos (Entre R\$4.236,00 e R\$5.648,00)
- ☐ Mais do que 4 salários mínimos (Mais do que R\$5.500,00)
- ☐ Prefiro não responder

Qual a sua Religião?

- ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espirita ☐ Afro-brasileira ☐ Não possui ☐ Outra
- \_\_\_\_\_

Você já fez ou faz tratamento Psicológico? ☐ Não / ☐ Sim (Se sim, por quanto tempo?  
\_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_)

Você já fez ou faz tratamento Psiquiátrico (medicação ou terapia)? ☐ Não / ☐ Sim (Se sim,  
por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_)

## Apêndice C - Termo De Confidencialidade E De Sigilo

Eu \_\_\_\_\_, inscrito no CPF de nº \_\_\_\_\_, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação Terapêutica em Situações de Vulnerabilidade Social no Contexto Cearense”**, a que tiver acesso nas dependências do Laboratório de Estudos e Práticas em Avaliação Psicológica (Leapsi), da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Por este termo de confidencialidade e sigilo, comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação e dos dados coletados a que venha ter acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas;
5. Caso conheça o participante, irei me retirar imediatamente da pesquisa.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada por meio da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Informação Confidencial inclui, mas **não se limita**, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, equipamentos, segredos de pesquisa, dados, habilidades especializadas, projetos, estratégias, métodos e metodologia, fluxogramas, componentes, amostras, diagramas, e quaisquer questões relativas aos envolvidos, seja avaliador, seja avaliando.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

(Assinatura do participante do grupo de pesquisa)

---

(Assinatura do Pesquisador Responsável)



## Apêndice D – Roteiro Semiestruturado De Entrevista Prévia

- Apresentação do psicólogo e da pesquisa;
- O que lhe fez querer participar da pesquisa? Compreensão da demanda.
- Como tem sido a experiência do luto para você?
- Já procurou algum apoio? Como foi?
  - Se teve rede de apoio (família, escola, amigos, entre outros);
  - Se realizou algum tratamento psicológico? Psiquiátrico? (motivo, tempo, medicação);
- Quais são suas expectativas em relação a este processo?
- Retomar o que é Avaliação Terapêutica;
  - Benefícios: aumento da autoestima, da esperança e da motivação, rebaixamento da sintomatologia e maior abertura para aderir ao processo psicoterápico;
- Ler o TCLE, Termo de Confidencialidade e de Sigilo, e averiguar se há dúvidas;
  - Falar sobre as gravações das sessões: ressaltar que é parte do processo de Avaliação Terapêutica e da pesquisa, pois os vídeos poderão ser utilizados durante o processo;
  - Retomar a questão do sigilo e esclarecer que as filmagens ficarão arquivadas no laboratório com acesso restrito aos pesquisadores;
- Informar que será necessário aplicar alguns instrumentos neste primeiro momento.
- Ordem de preenchimento do material:
  1. Questionário sociodemográfico;
  2. SRQ-20;
  3. MIS - Reduzida;
  4. PTCI;
  5. BAI;
  6. BDI-II;
  7. BHS;
  8. BSS.
- Verificar como a participante está se sentindo.
- Ressaltar que a avaliação não tem custo algum para o participante e que a participação é voluntária;
- Averiguar se há alguma dúvida.
  - Agradecer e entrar em contato no máximo em uma semana
  - Qualquer dúvida, entrar em contato via telefone: (xx) x xxxx-xxxx (WhastApp)

## Anexos

### Anexo A – Self-Report Questionnaire

#### SRQ 20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE

Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo.

**Instruções:** Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, marque um "X" em SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica e você não teve o problema nos últimos 30 dias, marque um "X" em NÃO.

Perguntas	Respostas	
01- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
02- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
03- Dorme mal?	SIM	NÃO
04- Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
05- Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM	NÃO
07- Tem má digestão?	SIM	NÃO
08- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO
09- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM	NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM	NÃO
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM	NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM	NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO

Fonte: Santos, K. O. B. & Araújo, T. M. & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, 25 (1),214-222.

## Anexo B – Magical Ideation Scale

### MAGICAL IDEATION SCALE

Autores: Mark Eckblad e Loren J. Chapman

Tradução e Adaptação: Philippe Gomes Vieira; Anna Elisa de Villemor-Amaral<sup>1</sup> e Giselle Pianowski  
LAPSaM – Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental

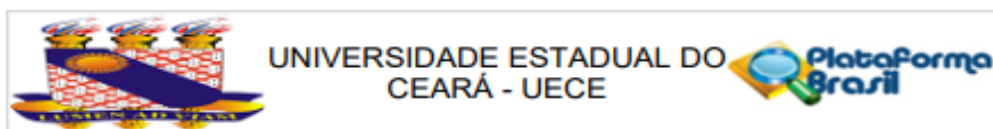
Leia cada frase com atenção e marque verdadeiro (V) ou Falso (F), conforme suas experiências pessoais.

01. Algumas pessoas me fazem lembrar delas apenas ao pensarem em mim.	( )
02. Já tive uma rápida sensação de que eu poderia não ser humano.	( )
03. Às vezes tenho medo de pisar nas riscas das calçadas.	( )
04. Eu acho que poderia aprender a ler a mente das pessoas se eu quisesse.	( )
05. Horóscopos estão frequentemente certos para ser apenas coincidência.	( )
06. Às vezes as coisas parecem estar em lugares diferentes quando eu chego em casa, mesmo sem ninguém ter estado lá.	( )
07. Números como 13 e 7 não possuem poderes especiais.	( )
08. Já tive, algumas vezes, a tola sensação de que um apresentador de TV ou rádio sabia que eu o estava escutando.	( )
09. Eu já tive receio de que pessoas de outros planetas pudessem estar influenciando o que acontece na Terra.	( )
10. O governo se recusa a nos contar a verdade sobre discos voadores.	( )
11. Eu já tive a sensação de que havia mensagens para mim na maneira como as coisas estavam arranjadas, por exemplo, na vitrine de uma loja.	( )
12. Eu nunca duvidei que meus sonhos fossem produtos da minha própria mente.	( )
13. Amuletos da sorte não funcionam.	( )
14. Eu já percebi sons nas minhas gravações que não estavam lá antes.	( )
15. Às vezes parece que certos movimentos que estranhos fazem com as mãos me influenciam.	( )
16. Eu quase nunca sonho com coisas antes que elas aconteçam.	( )
17. Eu já tive a rápida sensação de que alguém havia sido substituído por um sócio.	( )
18. Não é possível prejudicar alguém apenas tendo maus pensamentos sobre ele.	( )
19. Já tive a sensação de ter algo mau perto de mim, embora eu não pudesse vê-lo.	( )
20. Às vezes tenho a sensação de ganhar ou perder energia quando certas pessoas me olham ou me tocam.	( )
21. Eu já tive a rápida impressão de que estranhos estivessem apaixonados por mim.	( )
22. Eu nunca tive a impressão de que certos pensamentos meus na verdade pertenciam a outra pessoa.	( )
23. Quando sou apresentado a estranhos, raramente fico me perguntando se já os tinha conhecido antes.	( )
24. Se reencarnação fosse verdade, isso explicaria algumas experiências incomuns que eu tive.	( )
25. Pessoas muitas vezes se comportam de um modo tão estranho que a gente se pergunta se elas não fariam parte de algum experimento.	( )
26. Às vezes eu pratico pequenos rituais para me livrar de influências negativas.	( )
27. Já tive a impressão de que eu poderia fazer alguma coisa acontecer apenas por pensar muito nela.	( )
28. Eu já me perguntei se os espíritos dos mortos podem influenciar os vivos.	( )
29. Algumas vezes já senti que uma palestra ou aula era dirigida especialmente a mim.	( )
30. Já senti algumas vezes que estranhos estavam lendo minha mente.	( )

Fonte: Vieira, P. G., Villemor-Amaral, A. E. de., & Pianowski, G.. (2016). Tradução, Adaptação e Evidências Iniciais de Validade da Magical Ideation Scale. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(Psic.: Teor. e Pesq., 2016 32(4)). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324222>



## Anexo D – Parecer de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação Terapêutica em situações de vulnerabilidade social no contexto cearense.

**Pesquisador:** Lucila Moraes Cardoso

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67609823.0.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Humanidades

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.027.023

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Avaliação Terapêutica em situações de vulnerabilidade social no contexto cearense". O projeto traz em sua introdução a descrição do problema em conformidade com a literatura estudada. Trata-se de um estudo experimental de caso único, que consiste em uma ferramenta recomendada para investigar os efeitos de intervenções terapêuticas. O público escolhido para a pesquisa consiste em crianças, adolescentes e adultos que estejam vivenciando uma situação de vulnerabilidade social.

#### Objetivo da Pesquisa:

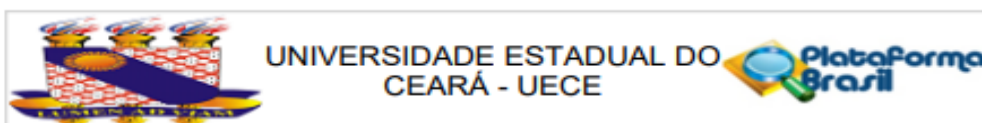
**Objetivo Primário:**

Analisar os efeitos da Avaliação Terapêutica em situações de vulnerabilidade psicossocial no contexto cearense.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar as adaptações necessárias para a realização da Avaliação Terapêutica conforme o período do desenvolvimento;
- Investigar como a Avaliação Terapêutica pode beneficiar os participantes atendidos;

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi **CEP:** 60.714-903  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 6.027.023

- Verificar possíveis mudanças terapêuticas no participante durante o processo de Avaliação Terapêutica;
- Verificar possíveis mudanças terapêuticas no participante após o processo de Avaliação Terapêutica.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

A pesquisadora afirma que os possíveis riscos da participação são cansaço ou constrangimento durante as sessões, porém, tudo foi planejado para minimizar estes riscos. Mesmo assim, caso o participante sinta algum desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, poderá interromper o processo e, se desejar, poderá conversar com o pesquisador sobre suas demandas.

##### **Benefícios:**

Afirma ainda que a participação dos voluntários poderá contribuir para a melhoria de estratégias utilizadas para avaliação psicológica que possibilitem também mudanças terapêuticas em diferentes contextos de risco social.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

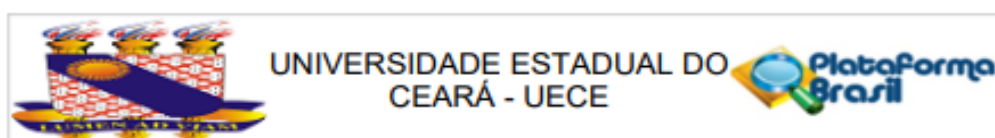
O projeto está bem estruturado, possui relevância científica e social por buscar identificar as adaptações necessárias para a realização da AT, além de investigar como o processo pode beneficiar os participantes atendidos, verificando possíveis mudanças terapêuticas no participante durante e após a realização dos atendimentos. Com efeito, tanto será possível auxiliar as pessoas atendidas, possibilitando-lhes mudanças positivas, melhora na qualidade de vida e redução de sofrimento psíquico, quanto tornará viável ampliar as compreensões sobre os efeitos da AT em contextos de vulnerabilidade no estado do Ceará.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se em conformidade com os princípios éticos recomendados pela CONEP.

<b>Endereço:</b> Av. Silas Munguba, 1700			
<b>Bairro:</b> Itaperi			<b>CEP:</b> 60.714-903
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA		
<b>Telefone:</b> (85)3101-9890	<b>Fax:</b> (85)3101-9906	<b>E-mail:</b> cep@uece.br	





Continuação do Parecer: 6.027.023

#### Recomendações:

Enviar relatório da pesquisa quando concluída!

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, portanto a pesquisa pode ser desenvolvida!

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2083201.pdf	01/03/2023 07:54:31		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	01/03/2023 07:53:53	Lucila Moraes Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAT_Atualizado.pdf	15/02/2023 16:28:27	Lucila Moraes Cardoso	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	10/02/2023 22:03:26	Marília Matos Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/02/2023 22:02:43	Marília Matos Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_HQ.pdf	10/02/2023 21:56:28	Marília Matos Lima	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.PDF	10/02/2023 21:47:50	Marília Matos Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_por_nao_anexar_testes psicológicos.PDF	10/02/2023 21:47:12	Marília Matos Lima	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Roteiro_Entrevista_Triagem.PDF	10/02/2023 21:40:50	Marília Matos Lima	Aceito
Outros	Questionario_Sociodemografico.PDF	10/02/2023 21:24:14	Marília Matos Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Confidencialidade_Sigilo.PDF	10/02/2023 21:15:59	Marília Matos Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Adultos_Responsaveis.PDF	10/02/2023 21:15:32	Marília Matos Lima	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

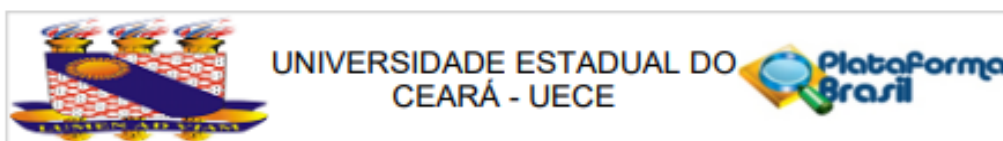
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 6.027.023

Justificativa de Ausência	TCLE_Adultos_Responsaveis.PDF	10/02/2023 21:15:32	Marília Matos Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Adultos.PDF	10/02/2023 21:15:04	Marília Matos Lima	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 27 de Abril de 2023

**Assinado por:**

**Wilson Júnior de Araújo Carvalho**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br