

INSTITUTO EDUCACIONAL ATIBAIENSE LTD – UNIFAAT
CURSO DE PSICOLOGIA

BEATRIZ PATRICIO DE BRITO – RA: 5016009

**O CUIDADO AS FAMÍLIAS QUE PERDERAM UM MEMBRO POR
SUICÍDIO: PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

ATIBAIA

2020

BEATRIZ PATRICIO DE BRITO - RA: 5016009

**O CUIDADO AS FAMÍLIAS QUE PERDERAM UM MEMBRO POR
SUICÍDIO: PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharelado em Psicologia pela UNIFAAT, sob orientação do Prof. Juliano Rodrigues Afonso.

ATIBAIA

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO PSICOLOGIA

Termo de Aprovação

BEATRIZ PATRICIO DE BRITO - RA: 5016009

Título: “O cuidado as famílias que perderam um membro por suicídio: perspectiva cognitivo comportamental”.

Trabalho apresentado ao Curso de bacharelado em psicologia, para apreciação do (a) professor (a) orientador (a) Juliano Rodrigues Afonso, que após a sua análise considerou o Trabalho

_____, com Conceito _____.

Atibaia, SP, 19 de Dezembro de 2020.

Prof. Juliano Rodrigues Afonso

ATIBAIA

2020

Dedico este trabalho a todos os sobreviventes enlutados que perderam um ente querido por suicídio; você não está sozinho, a sua dor irá diminuir, estou disposta a te ouvir e a enfrentar este momento com você.

AGRADECIMENTOS

Agradeço o Prof. Juliano Rodrigues Afonso por todo suporte e incentivo; por sua estimada orientação, dedicação, escuta cuidadosa, enorme paciência e principalmente por ter confiado e acreditado nesta proposta.

A Deus por ter me dado discernimento, força e saúde para superar as dificuldades.

A minha querida mãe, Fernanda, por seu imenso amor, carinho e apoio incondicional, que mesmo de longe se fez presente me incentivando a persistir e a lutar pelo que desejo. Por ter me mostrado que a vida pode ser muito dura às vezes, mas nunca devemos desistir de um sonho, só porque está difícil o caminhar.

A minha querida Tia avó, Therezinha, por todo o seu apoio e suporte, que com simplicidade e humildade me proporcionou vários ensinamentos.

E a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte da minha formação, a minha profunda gratidão.

“O insuportável não é só a dor; mas a falta de sentido da dor, mais ainda, a dor da falta de sentido”.

(Oswaldo Giacoia Junior, filósofo brasileiro)

RESUMO

A sociedade mundial, em diferentes âmbitos, tem discutido a respeito do suicídio, um fenômeno multicausal, considerado prioritário em termos de atenção em Saúde Pública. Dessa forma, este estudo teve por objetivo principal investigar os impactos cognitivos e emocionais decorrentes da perda de um membro da família ou de proximidade por suicídio. Realizou-se um estudo teórico a partir de levantamento bibliográfico da literatura científica em bases de dados, bem como de livros de autores conceituados da abordagem cognitivo comportamental. Primeiramente, discutiu-se como as concepções de morte, luto e suicídio influenciarão no processo de elaboração do enlutado, assim como, o motivo que levou ao falecimento. Em seguida, foram apresentadas duas perspectivas teóricas com relação ao processo de luto. Mais especificamente, a compreensão do luto na terapia cognitivo comportamental como um estágio natural da vida, um processo lento e doloroso envolto, por vezes, em uma série de crenças irracionais. Posteriormente, abordaram-se os padrões familiares na atualidade, e as implicações decorrentes na construção dos esquemas transgeracionais, em termos de papéis e funções na dinâmica familiar após a perda de um ente querido. Finalmente, foram elencadas algumas propostas interventivas da terapia cognitiva comportamental no tratamento de famílias enlutadas. Considera-se fundamental enquanto intervenção ater-se a história familiar, as crenças aprendidas e a identificação dos esquemas transgeracionais. Entende-se a raiva como um sentimento dual, tanto por aquele que se suicidou, quanto de si mesmo por não ter sido capaz de perceber seu sofrimento e, evitar seu suicídio; incluindo a presença de um sentimento de culpa avassalador junto a essa raiva, apresentam-se na clínica com pacientes enlutados. Em termos de propostas interventivas, destacam-se a Posvenção e o modelo A-B-C de Albert Ellis contribuindo para que o enlutado identifique os seus erros de processamento cognitivo, a despeito dos acontecimentos traumáticos, como a morte por suicídio, que produzem sofrimento e assim estabeleça novos caminhos e objetivos de vida sem o ente querido. Por fim, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos na terapia cognitivo comportamental, direcionados a investigação e tratamento de famílias marcadas pelo suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Morte. Luto. Terapia Cognitivo Comportamental.

ABSTRACT

World society, in different spheres, has been discussing suicide, a multi-causal phenomenon, considered a priority in terms of public health care. Thus, this study aimed to investigate the cognitive and emotional impacts resulting from the loss of a family member or proximity to suicide. A theoretical study was carried out based on a bibliographic survey of scientific literature in databases, as well as books by renowned authors of the cognitive behavioral approach. First, it was discussed how the conceptions of death, grief and suicide will influence the process of elaborating the mourner, as well as the reason that led to the death. Then, two theoretical perspectives were presented regarding the grieving process. More specifically, the understanding of grief in cognitive behavioral therapy as a natural stage of life, a slow and painful process, sometimes involved in a series of irrational beliefs. Subsequently, family patterns are addressed today, and the implications arising from the construction of transgenerational schemes, in terms of roles and functions in family dynamics after the loss of a loved one. Finally, some interventional proposals of cognitive behavioral therapy in the treatment of bereaved families were listed. It is considered fundamental as an intervention to stick to family history, learned beliefs and the identification of transgenerational schemes. Anger is understood as a dual feeling, both for the person who committed suicide, and for himself for not being able to perceive his suffering and avoid his suicide; including the presence of an overwhelming sense of guilt along with this anger, which present themselves at the clinic with bereaved patients. In terms of interventional proposals, Albert Ellis' posvention and ABC model stand out, helping the mourner to identify his cognitive processing errors, despite traumatic events, such as death by suicide, which produce suffering and thus establish new ones paths and goals of life without the loved one. Finally, it is necessary to develop new studies on cognitive behavioral therapy, aimed at the investigation and treatment of families marked by suicide.

Key words: Suicide. Death. Grief. Cognitive Behavioral Therapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. POSSÍVEIS CRENÇAS E SENTIMENTOS PREVALENTES NO GRUPO FAMILIAR APÓS O ATO SUICIDA BEM SUCEDIDO DE UM INTEGRANTE	14
1.1. DEFINIÇÃO DE LUTO	14
1.2. TEORIAS SOBRE O PROCESSO DE LUTO.....	17
1.4. LUTO NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL ...	21
2. A DINÂMICA FAMILIAR EM TERMOS DE PAPÉIS E FUNÇÕES APÓS A MORTE POR SUICÍDIO DE UM COPARTICIPANTE	23
2.1. ESTRUTURA FAMILIAR E A CONTRUÇÃO DOS ESQUEMAS TRANSGERACIONAIS	23
2.2. IMPORTÂNCIA DOS RITUAIS DE PASSAGEM NA ELABORAÇÃO DO LUTO DA FAMÍLIA	25
2.3. SAÚDE MENTAL DA FAMÍLIA APÓS A PERDA DE UM MEMBRO	27
3. PROPOSTAS INTERVENTIVAS DISPONÍVEIS AO ATENDIMENTO DE FAMÍLIAS ENLUTADAS POR SUICÍDIO NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal, postulado como primazia em saúde pública, tendo sido tema de discussões em diferentes âmbitos da sociedade mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde, OMS (2018), a cada 40 segundos verifica-se a ocorrência de um autocídio em algum local do planeta; aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. Em 2016, constitui-se na segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos.

Conforme Caetano (2017), o comportamento suicida envolve: a ideação, isto é, pensamentos, imagens ou vozes relacionadas ao ato de tirar a própria vida; o planejamento (o que, como e onde fazer?); a tentativa, que inclui comportamentos autolesivos e/ou autoagressivos não letais (presença ou ausência de sequelas). Segundo a OMS (2018), na maioria dos casos os suicídios podem ser coibidos. Neste sentido, alguns sinais servem de alerta, como:

[...] a)desesperança; b) ira, raiva, ou busca de vingança; c) ação inconsequente ou engajamento em atividades arriscadas, aparentemente sem pensar; d) sentimento de aprisionamento; e) crescente uso de álcool ou drogas; f) afastamento de amigos, família ou sociedade; g) ansiedade, agitação, dificuldade para dormir ou dormir o tempo todo; h) mudanças dramáticas de humor; e i) nenhum motivo para viver ou nenhum senso de propósito na vida (RUDD; BERMAN et al., 2006, p. 259 apud WENZEL; BROWN E BECK, 2010, p. 46).

Conforme Wenzel, Brown e Beck (2010), os sinais de alerta de natureza psicológica, descritos acima podem favorecer a identificação e o reconhecimento do risco do ato suicida de um ente próximo, e na sociedade como um todo. Entende-se que, defrontar-se com o risco irá impulsionar a busca por ajuda profissional, mais precisamente o psicólogo, com familiaridade dos sintomas e experiência clínica, que buscará estratégias capazes de alterar os sinais agudos de um ato suicida.

Em contraste, algumas pessoas são mais vulneráveis, em razão da existência de transtornos psíquicos, destacando-se os depressivos; sujeitos com histórico anterior de tentativa de suicídio; adictos; residentes e internos de instituições como: clínicas; hospitais; presídios, etc (Portaria 1.876; BRASIL, 2006). Adolescentes em situação de vulnerabilidade social, moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; assim como, trabalhadores rurais com acesso ou expostos a agrotóxicos e/ou carência de boas condições de vida; sujeitos com doenças crônico-degenerativas e/ou HIV/AIDS e habitantes indígenas, entre outros.

Ressalta-se a própria estrutura de personalidade frágil desses indivíduos, como déficits na resolução de problemas, ou seja, quando não conseguem mobilizar recursos internos para responder ao estressor externo entram em conflito, em desarmonia, passando para o modo de funcionamento “luta ou fuga”; um estágio muito perigoso, pois nessa inconstância a fuga seria a tentativa de suicídio, com o objetivo de fugir do estado insuportável e a luta, o lado adaptativo buscando a resolução do conflito com um profissional de saúde, por exemplo.

Com relação aos fatores de risco a OMS (2018) destaca: o acesso a agrotóxicos, o desemprego, adversidades políticas e/ou econômicas; preconceito/discriminação devido a orientação sexual e/ou identidade de gênero; violência psicológica e/ou física; escassez ou extinção de autocuidado; situações familiares conflituosas; perda de um ente próximo; doenças permanentes, agonizantes e/ou incapacitantes, podem ser fatores que fragilizam, ainda que não sejam determinantes para o suicídio. Já os métodos mais comumente utilizados para o suicídio em nível mundial elencados pela Organização Pan Americana da Saúde, (OPAS), (BRASIL, 2018) são: “ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo”, tornando-se o suicídio a terceira causa de morte no mundo.

A partir de uma breve contextualização acerca do suicídio, seus fatores predisponentes e precipitantes, este trabalho terá como foco o cuidado aos enlutados, visto que o luto trata-se de um processo lento e doloroso, onde a dor, a solidão, a angústia e o sofrimento se fazem presentes, bem como a sensação de vazio, abandono e tristeza que podem ser insuportáveis. O luto “possui um vasto leque de sentimentos, mudanças que invadem e interferem no funcionamento emocional de uma pessoa” (BASSO; WAINER, 2011, p. 38).

Um dos mais importantes objetos de estudo da terapia cognitivo comportamental refere-se aos esquemas formados desde a infância reforçados ou extinguidos através das primeiras aprendizagens e vivências com outros seres humanos nas mais diversas relações e interações. Deste modo, o ser humano vai formando uma série de esquemas mentais, modos de ver a si, o mundo e as pessoas, bem como, definições sobre o que é a vida, a morte, o luto, dentre outros. Tais crenças são uma série de princípios e regras que norteiam a vida dos sujeitos. Segundo Beck (1997), a forma pela qual um sujeito percebe e processa a realidade vai determinar a forma como irá se sentir e se comportar. Ou seja, os seres humanos tendem a distorcer a realidade e perceber os fatos de forma irracional trazendo sobre si grande sofrimento.

Outro expoente da terapia cognitiva comportamental, Albert Ellis, compreende os seres humanos como seres falíveis, isto é, fadados ao erro, imperfeitos por natureza e, estão continuamente em busca da felicidade e do prazer. Deste modo, “os seres humanos são

considerados hedônicos, pois seus principais objetivos parecem ser manter-se vivos e buscar a felicidade” (DRYDEN; ELLIS. p. 231). Embora o conceito de felicidade varie, há uma necessidade de formular e buscar objetivos particulares com o intuito de dar um sentido e significado à vida. Os seres humanos, também, “possuem a tarefa relacionada a satisfazer seus interesses pessoais e seus interesses sociais” (p. 231). Quando tais interesses não são atingidos, um imenso vazio, cercado de crenças irracionais e deterministas oprimem o sujeito, de tal forma que desistir da própria vida pode ser a única saída, bem como uma fuga desesperada de uma dor indescritível e por vezes mal compreendida.

Dessa forma, a terapia cognitiva comportamental com o paciente suicida irá esmiuçar os problemas da vida do sujeito, seu modo de enfrentar e solucionar conflitos, identificar qualquer predominância de falta de sentido, isolamento social, sintomas depressivos e principalmente manejo da desesperança, ainda mais diretamente se este esboçar crises suicidas. Dito de outra forma, segundo Wenzel, Brown e Beck (2010), o foco preventivo da terapia cognitiva com os pacientes suicidas se dá de modo diretivo buscando estratégias que alterem as ideações e/ou intenções suicidas e de modo indireto com técnicas que capacitem o paciente, e que ele ao fazer uso possa alcançar seu objetivo pessoal ou profissional, que irá resultar em esperança em relação ao futuro e agregar sentido à vida.

Portanto, sendo considerada pela OMS (2018), a perda um ente próximo, como um dos fatores relacionados aos atos suicidas, denota-se a importância de se discutir não somente sobre o suicídio, como também a respeito do cuidado oferecido aos enlutados por suicídio.

Diante destas postulações iniciais o presente trabalho terá como objetivo geral investigar os impactos cognitivos e emocionais decorrentes da perda de um membro da família ou de proximidade por uma tentativa de suicídio bem-sucedida.

Nesse sentido, em termos de objetivos específicos pretende-se compreender as possíveis crenças e sentimentos prevalentes no grupo familiar após o ato suicida bem sucedido de um integrante, bem como, analisar a dinâmica familiar, notadamente, os papéis e funções após a morte por suicídio de um coparticipante. Além disso, apresentar as propostas interventivas disponíveis no atendimento de familiares que perderam um membro por ato suicida a partir da Terapia Cognitivo Comportamental.

Propõe-se responder como problema de pesquisa os seguintes questionamentos: há intervenções disponíveis ao terapeuta cognitivo comportamental no manejo do luto por suicídio e o que fazer para prevenir a ocorrência de novos suicídios na mesma família?

O interesse por este tema partiu de inquietações relativas à vivência de pessoas da comunidade que enfrentaram situações de grande sofrimento por familiares que cometeram suicídio. Ao mesmo tempo, o contato com literatura clássica (Ernest Hemingway, *O velho e o Mar*; Virgínia Woolf; Willian Shakespeare; Dante Alighieri, *A Divina Comédia*) no decorrer da formação escolar, indagações e questionamentos internos foram crescendo e um anseio em estabelecer uma possível compreensão sobre aqueles que decidem o momento de sua morte foram aumentando. Ao adentrar no ambiente acadêmico, mais precisamente no segundo ano do curso de Psicologia, a aluna ampliou seu conhecimento a cerca do assunto através de livros como: *Morte e desenvolvimento humano*, de Maria Julia Kóvac; *Suicídio e Desafios para a Psicologia*, do Conselho Federal de Psicologia, dentre outros. Destacam-se os livros: *Sobre a Morte e o Morrer*, de Elisabeth Kubler Ross; *A Morte é um Dia que Vale a Pena Viver*, de Ana Cláudia Arantes; *Sem Tempo de Dizer Adeus*, de Carla Fine; *Suicídio: Testemunhos de Adeus*, de Maria Luiza Dias e *Crise Suicida*, de Neury Botega.

Ressalta-se também que a partir dos estágios práticos: de língua portuguesa, ministrado pela Professora Doutora Beatriz T. Fíquer e a Pesquisa de materiais bibliográficos online e na biblioteca física, apresentado pela Bibliotecária Aline de Freitas, nas dependências do Centro universitário UNIFAAT culminaram na construção do presente trabalho, com levantamento de dados e compreensão a respeito das padronizações da ABNT.

A relevância social deste estudo reside no aumento significativo de notificações de suicídio no mundo nos últimos dez anos. Segundo a OMS (2016), 79% dos suicídios se referem a países de média e baixa renda, já os países mais favorecidos economicamente (alta renda) mostraram a maior taxa — 11,5% para cada 100 mil no mundo. Isso quer dizer que morrem três vezes mais homens do que mulheres por suicídio em países de classe alta, divergindo dos países de baixa renda, cuja taxa é mais igualitária. Dessa maneira, este assunto vem sendo discutido em diversas áreas do conhecimento. Sem dúvida, a psicologia enquanto ciência deve dedicar-se ao desenvolvimento de pesquisas que possam responder a esta demanda social cada vez mais crescente. Destaca-se a relevância de se discutir este tema, para que os profissionais estejam mais instrumentalizados para dar apoio psicológico e cuidado aos familiares que se encontram imersos no sofrimento da perda de um ente querido por suicídio. Além disso, a elaboração de pesquisas sobre o tema contribuirá para desmistificar o “ato suicida” no imaginário social, bem como a criação de estratégias de enfrentamento, visando à promoção de saúde e prevenção do adoecimento psíquico.

Quanto à metodologia, trata-se de uma revisão bibliográfica, onde os instrumentos de pesquisa serão artigos, revistas e periódicos pesquisados em plataformas de sites científicos, assim como livros publicados na língua portuguesa. Dessa forma, pretende-se responder o objetivo dessa pesquisa, ressaltando a emergência de considerações que alarguem a compreensão a respeito da incidência de suicídio no âmbito familiar.

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) possuiu como premissa pesquisas empíricas pautadas em observações clínicas e experimentos sistemáticos individuais e grupais, interessadas em tratamentos para os mais diversos transtornos mentais. Esses estudos permitiram à TCC identificar um transtorno na base das síndromes psiquiátricas como a ansiedade, depressão. O enfoque das pesquisas em TCC engloba as áreas cognitivas da personalidade, o processamento de informação, a rememoração das mesmas, bem como a relação entre estresse, vulnerabilidade e a mudança de padrões comportamentais diversos. Além disso, percebeu-se que os treinamentos cognitivos e comportamentais ajudavam os pacientes a manter as habilidades e o bem-estar adquiridos durante o processo terapêutico.

Desta maneira, há uma relação entre as pesquisas científicas e a prática clínica, isto é, as técnicas e ferramentas pesquisadas e utilizadas pela abordagem cognitivo comportamental possuem variáveis que são testadas, avaliadas e reestruturadas constantemente. Entende-se por metodologia “a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 14).

Em síntese, o recurso investigativo e metodológico da TCC conta com diversas características como entrevistas sistematizadas, inventários, testes de personalidade, escalas, questionários semi-estruturados e estruturados. Além disso, estudos de metanálises, observações clínicas sistemáticas e ensaios controlados e randomizados, todos amparados e comprovados empiricamente. Compreende-se, portanto, que a terapia cognitivo-comportamental é uma prática baseada em evidências científicas que abordam pesquisas nas mais diferentes áreas como os transtornos de aprendizagem, mudança de carreira, luto, stress, orientação vocacional, treino de habilidades sociais, organizações, instituições de saúde, dentre outras (BECK, 2013).

1. POSSÍVEIS CRENÇAS E SENTIMENTOS PREVALENTES NO GRUPO FAMILIAR APÓS O ATO SUICIDA BEM SUCEDIDO DE UM INTEGRANTE

1.1. DEFINIÇÃO DE LUTO

O luto, segundo o dicionário Aurélio (2010), “vem do latim *luctu*, cujo significado é sentimento de dor pela morte de alguém”. Dessa maneira, o luto é um processo natural da vida e todos passarão por ele um dia, todavia o modo como cada um vai elaborar a perda e vivenciá-la é único e singular.

Ao mesmo tempo, o luto é uma reação esperada perante a quebra de uma relação importante, cujos fatores relacionados são: aposentadoria; morte, ou seja, qualquer mudança repentina obrigatória que cause impacto cognitivo, afetivo e social na vida do sujeito e/ou família, por vezes a longo prazo, podendo se propagar transgeracionalmente. O luto “é uma importante transição psicossocial, com impacto em todas as áreas de influência humana” (PARKES, 1998, p.09).

Segundo Basso e Wainer (2011), a morte é um misterioso desconhecido que pode trazer medo, dores psicológicas, afetivas e principalmente físicas, bem como um fenômeno que tende a desencadear ou gerar uma sensação de fragilidade, não só para quem está morrendo, mas também para os familiares, amigos, etc. Dentre estes fatores, cabe salientar “como”, “quando” e “de que maneira a morte ocorre”, pois haverá diferentes esquemas de representação social, visto que cada sujeito pertence a uma determinada cultura e religião; o entendimento sobre a morte e o morrer, assim como de seus respectivos rituais, varia nas mais diversas civilizações, isto porque “cada uma delas possui valores e características sobre o conceito de finitude humana” (p. 36).

Por um longo período a morte foi compartilhada com todos os familiares e entes próximos do moribundo, a morte ocorria de forma pública, no meio familiar, onde era permitido se despedir e, expressar sua dor diante da perda e a partir do século XX os avanços da medicina e da tecnologia alargam a possibilidade humana de postergar a morte (BASSO; WAINER, 2011). Portanto, o sofrimento refere-se a algo deplorável e, para “o médico que foi treinado sob o conceito ilusório de ter poder sobre a morte está condenado a se sentir fracassado em vários momentos da carreira” (ARANTES, 2019, p. 47).

O medo da morte parece ser uma reação universal e, tal temor é influenciado pelo momento, época e as circunstâncias atuais de cada indivíduo, tendo como base fatores internos, perturbações individuais que ameaçam a vida, como: medos; fobias e até mesmo a

perda de um ente próximo, bem como fatores externos: violência; guerras; epidemias, ou seja, perigos reais e iminentes que independem do controle humano (KÓVACS, 1992). Destarte, o modo de compreender a morte pode tornar o processo de elaboração ainda mais doloso e complexo, dado que o enlutado, terá de lidar “com o estigma e com o preconceito, reforçados pela vergonha de mencionar a causa da morte e pelo receio de se sentir acusado e julgado. Trata-se de um emaranhado de dor, preconceito, vergonha, curiosidade e desamparo” (FUKUMITSU, 2019, p. 68).

Após breves considerações sobre a morte, faz-se necessário, algumas diferenciações a respeito do luto, visto que pode ser classificado em três categorias distintas: luto normal; luto patológico; luto complicado ou traumático, mediante a tais classificações o processo de elaboração pode ser ainda mais penoso e complexo, podendo evoluir para o transtorno do luto complexo persistente se não tratado e vivenciado.

O luto normal, segundo Parkes (1998) apud Basso e Wainer (2011, p. 37), “é uma resposta adaptativa do organismo frente a um evento estressor que é a perda de um ente familiar”. Neste sentido, refere-se a capacidade do enlutado de expressar a sua dor, de modo a reconhecer a perda ou formar outros vínculos sociais. Sendo assim, o luto por suicídio, embora traumático, não pode ser considerado patológico, e sim complicado, visto que, o “estigma social, a vergonha e o embaraço selam o isolamento da dor e silenciam o assunto. O suicídio se transforma em uma dor que não pode ser compartilhada. Em termos pessoais e sociais, é uma tragédia silenciosa e silenciada” (BOTEGA, 2010, p. 231).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM V (2014), o “transtorno do luto complexo persistente” difere do luto normal, devido à existência de reações críticas que permanecem por no mínimo 12 meses (crianças/6 meses), decorrentes da perda de um ente próximo, onde o sofrimento se caracteriza por uma perturbação intensa, causando prejuízos significativos à vida pessoal, profissional, dentre outras áreas importantes, ou seja, tal sofrimento é clinicamente desproporcional em contraste com as regras culturais, religiosas e até mesmo destoam da faixa etária do sujeito. De acordo com os critérios diagnósticos do DSM V (2014), os principais sintomas do luto são:

- 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 preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas a elas (p. 789).

O luto patológico se distingue do luto normal devido à gravidade dos sintomas e seu curso exagerado. Tendo em vista que o luto patológico pode levar a ocorrência de doenças cardiovasculares agudas, morte e o suicídio, entretanto cabe investigar se não há presença de algum transtorno depressivo, dada a similaridade dos sintomas (MESSIAS, 2015). Além do mais, em alguns quadros clínicos deve-se atentar a presença do luto e da depressão concomitantes. Conforme o DSM V (2014), requer experiência clínica para saber identificar um possível transtorno depressivo de uma reação normal em decorrência da perda.

Segundo o DSM V (2014), no luto há predominância do sentimento de “vazio e perda”, já no transtorno depressivo maior, observam-se o “humor deprimido persistente” e uma incapacidade de sentir “felicidade ou prazer”. O estado disfórico no luto irá diminuir significativamente após alguns dias podendo perdurar por semanas, de forma sinuosa, devido à influência das lembranças do ente que se foi.

De fato, o luto é um fator de grande estresse e muito danoso como dito anteriormente. Ao mesmo tempo, o tipo de morte vai influenciar significativamente nos sintomas, como pode ser observado no luto traumático, este caracteriza-se:

[...] 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 (DSM V, 2014, p. 790).

Os impactos afetivos e psicossociais do luto traumático nos enlutados fazem parte do presente estudo. Constata-se em Botega (2015), que o silêncio e o isolamento são estados persistentes na via diária de quem perde um ente familiar por suicídio, mas não só isso, usualmente o local escolhido para o suicídio é a própria casa, e alguém da família vai se deparar com o falecido, imagens serão processadas e arquivadas cognitivamente. A rememoração da situação traumática virá a consciência em forma de pesadelos; *flashbacks*, e os comportamentos de evitação serão frequentes, que podem se estender por um longo período, tamanho o efeito traumático e danoso. Além disso, qualquer estímulo semelhante pode trazer a tona o momento e todas as sensações percebidas do ocorrido. Assim como, memórias imaginativas de como estava à pessoa falecida durante o ato, ideias fantasiosas de que estivesse arrependida e talvez desesperada solicitando por ajuda. Tais imagens aumentam mais ainda o sofrimento cognitivo e emocional do enlutado. Segundo o DSM V (2014, p. 792), sujeitos que “experimentam luto em consequência de morte traumática podem

desenvolver tanto transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quanto transtorno do luto complexo persistente”.

Contudo, o luto já foi confundido com uma doença mental, pois “as doenças caracterizam-se pelo desconforto e pela alteração de função que causam. O luto pode não causar dor física, mas causa desconforto e geralmente altera as funções” (PARKES, 1998, p. 22). Também já foi tido como uma doença mental, devido a sua semelhança com o transtorno depressivo maior, assim como, sua estreita relação com a ansiedade de separação e estresse pós-traumático. O luto não se enquadra no quesito doença, pois não se trata de um estado, mas sim de um processo. Além disso, “não é um conjunto de sintomas que tem início depois de uma perda e, depois, gradualmente se desvanece; envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem” (p. 23-24). Por outro lado, no atual DSM V (2014), como descrito anteriormente, o luto não é mais considerado uma doença, todavia se não tratado e vivenciado pode tornar-se um transtorno, tendo em vista que o luto “é uma das experiências de estresse mais graves e potencialmente danosas” (PARKES, 2009, p. 15).

A seguir, discorre-se sobre os principais sintomas apresentados pelos enlutados após a perda de um ente próximo, a partir das perspectivas teóricas de John Bowlby, Neury Botega, e Colin Murray Parkes, ambos Psiquiatras, os quais dedicaram-se a estudar o luto.

1.2. TEORIAS SOBRE O PROCESSO DE LUTO

John Bowlby, psiquiatra e psicanalista britânico, fez uma compreensão sobre o luto em adultos em sua trilogia a respeito da natureza do vínculo (apego) e perda. Para ele o processo do luto é descrito em quatro fases, sendo elas:

1-Fase de entorpecimento que usualmente dura algumas horas a uma semana e pode ser interrompida por explosões de intensa angústia e/ou raiva; 2-Fase de anseio e busca pela figura perdida durando alguns meses e às vezes anos; 3-Fase de desorganização e desespero; 4-Fase de maior ou menor grau de reorganização (BOWLBY, 1980, p.85).¹

Entende-se que são fases comuns a todos os enlutados. No entanto, não há uma ordem determinada a ser seguida. Observa-se, até mesmo, que as fases podem se mesclar. A primeira fase se refere ao entorpecimento, o estado de choque e negação inicial frente à notícia da

¹Tradução: “1-Phase of numbing that usually lasts from a few hours to a week and may be interrupted by outbursts of extremely intense distress and/or anger. 2-Phase of yearning and searching for the lost figure lasting some months and sometimes for years.3-Phase of disorganization and despair.4-Phase of greater or less degree of reorganization” (BOWLBY, 1980, p.85).

perda, com a duração de horas ou até semanas. Já a segunda fase é marcada pelo anseio, pelo ímpeto de recuperar ou tentar trazer de volta o ente que se foi, também por sonhos, inquietação, ansiedade e culpa, devido a conscientização da morte. Já na terceira fase ocorre a desorganização e o desespero, onde os sentimentos de raiva, tristeza incidem abruptamente, fazendo o enlutado sentir-se sozinho e abandonado pelo ente querido, bem como impotente por não ter conseguido evitar a perda. Por fim, a quarta fase é a de reorganização. Aqui na última fase o enlutado após ter vivenciado a raiva, a negação, o entorpecimento, a tristeza e o choque poderá então se restabelecer, finalizando as fases do luto, ou seja, aqui ocorre a elaboração da perda e a vida do enlutado pode continuar normalmente.

Colin Murray Parkes, psiquiatra e pesquisador britânico, trabalhou com John Bowlby em Londres (*TavistockInstituteofHumanRelations*). Realizou importantes estudos sobre a origem dos vínculos e ocorrência da perda, sendo o luto compreendido pelo autor como “um trabalho de transição” (PARKES, 2009, p.45). No livro “Amor e Perda”, Parkes afirma que qualquer teoria é insuficiente para explicar todos os impactos causados no luto decorrido de morte e/ou outras perdas, as quais o ser humano sofrerá ao longo da vida (PARKES, 2009). A partir das reações apresentadas após a perda de um membro do corpo, este autor busca explicar as distinções e semelhanças frente à perda de uma pessoa, daquelas decorrentes das demais perdas. Dessa forma, houve a constatação de que era necessário formular novas compreensões, visto que a teoria do apego de John Bowlby abarcava somente a perda de uma pessoa e não de um membro, ou seja, os apegos são diferentes e para entendê-los, desenvolve a teoria da transição psicossocial.

De acordo com Botega (2015, p. 226), o suicídio representa “sempre uma morte violenta e chocante”; e os sentimentos que o enlutado irá experimentar gradualmente são: vazio; tristeza; raiva; repressão e confusão podendo variar entre si diante da realidade da perda. Ainda segundo o autor, depois do choque inicial, sentimentos de culpa e responsabilização pela morte surgem instantaneamente, assim como, a culpabilização universal dos genitores e/ou cuidadores pelos atos de seus descendentes e/ou aqueles sob sua responsabilidade, fazendo crescer dilemas morais e sentimentais. Ademais, “o suicídio nos impõe a rejeição e ao abandono por parte do falecido. Isso costuma misturar e confundir raiva com tristeza e, conseqüentemente, mais culpa” (p. 227).

Ninguém espera que o suicídio ocorra em sua família, este choque inicial citado por Botega (2010), refere-se ao espanto, a paralisação mental instantânea frente a notícia do suicídio, podendo emergir transtornos mentais preexistentes. A culpa e o remorso são agentes

doídos e aumentam o sofrimento. Qualquer hipótese de que poderia ter evitado ou percebido algo antes de ocorrer o suicídio. Em contrapartida, um alívio de que todos poderão ter descanso, caso o suicida sofresse de algum transtorno mental ou doença crônica degenerativa. Já que “o suicídio finaliza o sofrimento da pessoa que se matou, mas outro sofrimento se instala na vida do enlutado, causado pelo impacto da morte escancarada, repentina e violenta” (FUKUMITSU, 2019, p.33). A raiva é sempre dual, tanto para si próprio, quanto por aquele que se foi, um busca incessante por um culpado. Assim como, o desamparo e agitação estão cercados dos sentimentos de tristeza, vazio e abandono.

1.3. FORMAÇÃO DAS CRENÇAS

A Terapia Cognitiva Comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck e outros autores, no fim dos anos 50, começo da década de 60, para tratar inicialmente pacientes com depressão; um modelo de psicoterapia breve, focada no presente, visando à resolução de problemas, modificação de pensamentos desadaptativos e comportamentos inadequados e/ou disfuncionais. Aaron Beck e outros autores obtiveram sucesso e reconhecimento no meio terapêutico e científico, devido ao caráter investigativo baseado em evidências proposto a adaptar o modelo inicial de Beck “Terapia Cognitiva”, para diversas populações, problemas e transtornos (BECK, 2013).

Ainda conforme a autora, a TCC, possuiu como premissas pesquisas empíricas pautadas em observações clínicas e experimentos sistemáticos individuais e grupais, interessadas em tratamentos para os mais diversos transtornos mentais, cujo enfoque inclui as áreas cognitivas da personalidade, o processamento de informação, a rememoração das mesmas, bem como a relação entre estresse e vulnerabilidade e suas variáveis. Além disso, observou-se que os treinamentos cognitivos ajudavam os pacientes a manter as habilidades aprendidas e o bem-estar adquiridos durante o processo terapêutico (BECK, 2013).

A TCC parte da premissa de que a cognição influencia o comportamento e as emoções, isto é, pensamento, emoção e comportamento são estruturas distintas, porém estão intimamente ligadas, visto que uma interfere na outra e fazem parte do mesmo aparato cognitivo. Por consequência, “Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela interpreta uma situação” (BECK, 1964; ELLIS, 1962 et al., apud BECK, 2013. p. 51). A “TCC” interessa-se pelos processos conscientes, tangíveis e passíveis de identificação e monitoramento.

Conforme Beck (2013), existem diferentes tipos de terapias cognitivas comportamentais e, estas partilham dos mesmos pressupostos da terapia de Beck (Terapia Cognitiva) como base, entretanto com determinadas conceitualizações e focos de tratamentos particulares. Essas formas de terapia são:

terapia racional emotiva comportamental (Ellis, 1962), a terapia comportamental dialética de (Linehan, 1993), a terapia de solução de problemas (D’Zurilla e Nezu, 2006), a terapia da aceitação e compromisso (Hayes, Follete e Linehan, 2004), a terapia de exposição (Foa e Rothbaum, 1998), a terapia de processamento cognitivo (Resick e Schnickie, 1993), o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (McCullough, 1999), a ativação comportamental (Lewinsohn, Sullivan e Grosscup, 1980; Martell, Addis e Jacobson, 2001), a modificação cognitivo-comportamental (Meichenbaum, 1977) e outras (BECK, 2013, p. 22).

Os pressupostos teóricos que unificam as TCCs são: “1- a atividade cognitiva afeta o comportamento; 2- a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3- as modificações comportamentais desejadas podem ser conseguidas por meio de mudanças cognitivas” (DOBSON, 1988, p. 4). Posto isso, acredita-se que o ser humano, é um ser pensante e por meio de sua capacidade metacognitiva de pensar sobre o que pensa é possível resignificar, isto é, dar um novo sentido a um mesmo evento, alterando a reação emocional, bem como comportamental.

De acordo com Beck (2013, p. 52.), algumas crenças são mais profundas e difíceis de serem acessadas pelo próprio indivíduo, as denominadas *crenças centrais*, extremamente rígidas e generalistas. Ideias entendidas como inquestionáveis, “como verdades absolutas – *é como as coisas 'são'*” (BECK, 1987 apud BECK, 2013, p. 52). Outras são mais acessíveis à consciência, regras e pressupostos, tomadas como filosofias de vida, também inflexíveis, as *crenças intermediárias*, também constituídas nos primeiros estágios do desenvolvimento, visto que, há uma necessidade biológica de tentar compreender o ambiente ao seu redor. Conforme Rosen (1988) apud Beck (2013, p. 55), as pessoas “precisam organizar suas experiências de forma coerente para que possam funcionar adaptativamente”.

Por fim, na base da cognição, facilmente identificáveis e passíveis de correção estão os pensamentos automáticos, estes são rápidos e imediatistas, onde a emoção gerada é mais facilmente percebida pelo sujeito, do que necessariamente o pensamento que a gerou, isto é, a interpretação dada ao evento pode também encobrir determinadas distorções cognitivas; estas resultam em formas errôneas de perceber a realidade, que vão levar o sujeito a sentir, agir e a se comportar de maneira desadaptativa, reforçando ainda mais o núcleo dos esquemas (crenças), ou seja, pensamento, emoção e comportamento são indissociáveis e um vai interferir significativamente sobre o outro.

A partir desta contextualização sobre a formação das crenças, traz-se uma compreensão sobre o luto na TCC, sua complexidade e implicações, de modo explicativo e teórico, já que as intervenções disponíveis serão apresentadas no terceiro capítulo.

1.4. LUTO NA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

De acordo com Mascella e Gonzaga (2019), a morte faz parte de um estágio natural da vida, tornando os seres humanos finitos. Sobretudo, demarca o rompimento dos vínculos; a perda de papéis; funções e conseqüentemente o luto. Ainda conforme as autoras, “para que haja elaboração da perda, real ou simbólica, tem de haver luto” (p. 425).

Conforme Beck (2013), a TCC parte da premissa que desde a tenra infância, os seres humanos formam concepções a cerca de si, do mundo e sobre os outros, isto é, esquemas (crenças) e a partir destes esquemas podem fazer interpretações errôneas sobre os eventos. Não obstante, na base das crenças intermediárias formam-se os conceitos de vida, morte e suicídio e outros, a partir das suas interações com o meio social e familiar. Entretanto, “tais crenças podem ser desaprendidas, e novas crenças baseadas na realidade e mais funcionais podem ser desenvolvidas e fortalecidas durante o tratamento” (BECK, 2013, p. 55).

Como descrito anteriormente, o enlutado sente de forma intensa e penosa o luto de um ente querido por suicídio e se essa perda “não for elaborada de uma forma funcional, pode trazer inúmeras repercussões na vida do indivíduo” (BASSO; WAINER, 2011, p. 39). De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2013), para cada suicídio, cerca de 5 a 10 pessoas acabarão sofrendo sérias conseqüências psicológicas, sociais, emocionais e econômicas em decorrência de sua proximidade com o suicida, tal número pode se estender quando considerado os amigos, colegas de trabalho, escola, líderes religiosos, entre outros.

O processo de elaboração de uma perda traumática, nunca é simples e de fácil resolução, é um processo lento, doloroso e cercado de crenças irracionais, sendo elas uma das maiores dificuldades a serem enfrentadas, visto que “são inflexíveis, não se conformam com a realidade, são ilógicas e, em geral, prejudicam as pessoas na consecução de seus objetivos e na busca por qualidade de vida (DRYDEN E ELLIS, 2006 apud GUIMARÃES, MASCELLA e GONZAGA 2019, p. 424).

Para o enfrentamento deste evento traumático que é a perda de um ente querido, a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC), é o modelo cognitivo comportamental

de intervenção adequado, segundo Beck (2013), devido ao seu caráter focado no problema atual e direcionada a minimização do sofrimento de eventos específicos.

Segundo Ellis (2010) apud Guimarães, Mascella e Gonzaga (2019), a TREC foi criada em 1955 pelo psicólogo clínico americano Albert Ellis que propôs o modelo ABC para explicar os problemas psicológicos de seus pacientes. Este método terapêutico assegura que na presença de uma consequência emocional intensamente carregada (C), segue uma situação ativadora importante (A), esta pode ser interpretada como causadora da anterior, mas na realidade não é. Inversamente, as reações emocionais são abundantemente formadas nos conjuntos de crenças do sujeito (B). No momento em que uma consequência emocional danosa ocorre (C), como exemplo a ansiedade, esta comumente engloba crenças irracionais no sujeito (B), e no momento que estas são contestadas ou discutidas (D) com o terapeuta as consequências são minimizadas. Dito de outra forma, pensamento, emoção e comportamento são estruturas separadas, mas intimamente ligadas, uma interfere na outra, assim como não podem ser analisadas isoladamente (DRYDEN; ELLIS, 2006 apud GUIMARÃES; MASCELLA; GONZAGA, 2019).

Conforme Guimarães, Mascella e Gonzaga (2019), as crenças de Ellis não possuem qualquer implicação religiosa, ao contrário, são elementos fundamentais a TREC, são na verdade interpretações, valores individuais de cada sujeito sobre si, o mundo e as pessoas. Essas crenças nem sempre fazem bem aos sujeitos, visto que, elas podem ser irracionais, portanto absolutistas, nos moldes “eu tenho que”; “eu devo” e “deveria”, gerando emoções negativas como: ansiedade; culpa; medo, dentre outros, que induzem a má qualidade de vida. Já as crenças racionais, são essenciais para os comportamentos funcionais.

Ainda segundo as autoras, o conhecimento do modelo ABC, bem como saber diferenciar as crenças racionais das irracionais irá facilitar na identificação de reações esperadas frente à perda de um ente querido, bem como o luto disfuncional adiado. Dito de outra maneira, este modelo “fornece diretrizes para avaliar as interpretações cognitivas, emocionais e comportamentais para que o processo do luto, apesar do que o motiva, tenha um curso positivo para o enlutado” (GUIMARÃES; MASCELLA; GONZAGA, 2019, p. 426). Além disso, a TREC pode contribuir para que o enlutado consiga estabelecer novos caminhos e objetivos de vida sem o ente querido.

Segundo Guimarães, Mascella e Gonzaga (2019), o conhecimento sobre as principais reações, sentimentos e comportamentos referentes à perda contribui para não patologização das reações naturais de luto. No que concerne aos sentimentos, destaca-se:

“tristeza,acompanhada de choro, raiva, culpa, ansiedade, saudade e alívio” (p. 427). No que se trata das manifestações físicas, estas “podem variar, e vão de desconfortantes leves a reações agudas (vazio no estômago, aperto no peito, hipersensibilidade, senso de despersonalização, falta de ar, falta de energia, fraqueza muscular, etc.)” (p.427). No que diz respeito à área cognitiva, “tendem a englobar descrenças e preocupação, falta de atenção e sensação de presença do falecido, confusão e alucinações visuais e auditivas, dentre outros sintomas” (p.427). Ainda segundo as autoras, cada enlutado terá uma forma de experienciar a perda, cabendo ao terapeuta esclarecer, através da psicoeducação, os aspectos frequentes no processo de elaboração da perda, sua origem doída, intensidade dos sintomas normais e por fim esclarecimento sobre o modelo ABC.

Ademais, cabe analisar como fica a dinâmica familiar em termos de papéis e funções após a morte por suicídio de um coparticipante, sendo inclusive o tópico do próximo objetivo do presente trabalho.

2. A DINÂMICA FAMILIAR EM TERMOS DE PAPÉIS E FUNÇÕES APÓS A MORTE POR SUICÍDIO DE UM COPARTICIPANTE

2.1. ESTRUTURA FAMILIAR E A CONTRUÇÃO DOS ESQUEMAS TRANSGERACIONAIS

O entendimento sobre família e sua estrutura tem assumido novos formatos, nomeações e configurações culturais. Segundo Teodoro e Baptista (2020), tais modelos já existiam, mas por destoarem do modelo tradicional (patriarcal) formado por um homem, uma mulher e seus descendentes, permaneciam sem reconhecimento e aceitabilidade social. Embora, estruturalmente distintos, “famílias com múltiplas gerações, nucleares, monoparentais ou homoafetivas são redes de relações afetivas que geralmente propiciam suporte para os membros enfrentarem desafios cotidianos e buscarem um desenvolvimento saudável em um ambiente protetivo” (p. 01).

De acordo com Cardoso e Baptista (2020), a instituição inicial de cada sujeito comumente é a família, meio em que serão estabelecidas as primeiras relações e interações. A família fundamentalmente tem o papel de promover socialização e educação a todos que a constituem. A partir do nascimento e no decorrer da tenra infância, o suporte, apoio e “os principais cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento infantil, sejam

físicos, econômicos ou socioafetivos, são garantidos pela família” (MARTINELLI; SANTOS; MONTEIRO, 2020, p. 101).

A família, além de ser provedora e educadora, é responsável por transmitir os costumes, as regras e normas sociais, assim como repassar os valores culturais as gerações futuras, a estas características denomina-se transmissão geracional (CARDOSO; BAPTISTA, 2020). Conforme Beck (2013), uma série de crenças, visões sobre si, o mundo e as pessoas são incorporadas e integradas ao repertório cognitivo de cada indivíduo de uma geração a outra; durante a tenra infância até o fim da vida, por meio das primeiras aprendizagens e vivência com outros; a estas crenças, denominamos “esquemas”. Conforme Dattillio (2011), os esquemas são como guias e os sujeitos vão usá-los como referência ao longo da vida e, em seus relacionamentos; alguns esquemas são naturalmente flexíveis, mas outros podem transformar-se em inflexíveis e desadaptativos. Dessa forma, “muitos esquemas sobre relacionamento e sobre a natureza das interações familiares são aprendidos no início da vida, de fontes primárias como a família de origem, tradições e costumes culturais, como os meios de comunicação de massa” (p. 32).

De acordo com Cardoso e Baptista (2020), a transmissão geracional ou a intergeracionalidade familiar tem como base o suporte oferecido pela família aos seus, bem como os estilos parentais, estes se referem “aos comportamentos dos pais em relação aos filhos durante a interação entre eles” (p.08). Os estilos parentais podem desempenhar ações negativas ou positivas, categorizados em três estilos diferentes: “permissivo” (pouca cobrança e reponsabilidade, os pais esperam dos filhos uma autorregulação); “autoritário” (pais que favorecem o aparecimento da baixa autoestima, pois são extremamente controladores, rígidos e punitivos a depender dos comportamentos de seus descendentes) e por último “autoritativo” (pais que usam de reforços positivos, regras objetivas e concretas para orientar as atividades de seus descendentes). Tendo posto isso, mesmo que “o conceito de intergeracionalidade englobe aspectos positivos de herança entre gerações, como afetividade e padrões de comportamento socialmente aceitáveis, fatores considerados negativos são transformados em heranças entre gerações” (p. 10-11). Não só isso, fatores genéticos, psicológicos, sociais e pessoais (transtornos mentais; personalidade, entre outros), também interferirão na dinâmica intergeracional.

Ressalta-se que os conceitos de morte e luto também podem ser construídos a partir da primeira infância e no decorrer da vida vão se modificando frente às perdas e os recursos disponíveis para superá-las (BASSO; WAINER, 2011). Segundo Kovács (2002), a simples

ausência da figura materna pode ser encarada como morte; a criança tem uma perspicácia natural de observação, percebe quando evitam falar da morte com ela, só que ela não sabe ainda se expressar com clareza, sendo a somatização o seu modo de verbalizar o que lhe foi ocultado. Ainda segundo a autora, os seres humanos enfrentam uma série de lutos, como exemplo a passagem da infância para à adolescência e da adolescência para a vida adulta.

Segundo Tavares (2013), a perda de um ente familiar para o suicídio vai trazer impactos não só a família, mas também as áreas profissionais e as relações estabelecidas com outros. Posto que “ser sobrevivente é tão significativo que ter se relacionado com alguém que se matou é um dos principais indicadores de risco futuro de suicídio. Ou seja, colegas, amigos e familiares de pessoas que se mataram estão em maior risco” (p. 48).

Conforme Mascella e Gonzaga (2019), tendemos a não dar a devida importância ao luto, demonstrando nossa incapacidade e falta de preparação diante das perdas. Dessa forma, “a perda de entes queridos está pressuposta em nossa vida. A ela se alia outras perdas, como a do emprego (de um status social, econômico, por exemplo), de relações que nos dão prazer e alegria, que nos trazem felicidade (separações e rompimentos afetivos), da saúde, etc” (p. 425). Ainda segundo as autoras essas perdas resultam em emoções e sentimentos semelhantes à perda ocasionada em morte: “medo, angústia, tristeza, solidão e, por consequência, algum nível de sofrimento” (p. 425).

Finalmente, em consonância com Baptista e Cardoso (2020), um dos fatores de risco e/ou proteção para o suicídio de suma importância é o suporte social e/ou familiar. Neste sentido, “a família e outros grupos sociais parecem ser fundamentais no desenvolvimento de características que protegem os indivíduos contra o desencadeamento dos mais variados transtornos mentais” (p. 151). Ainda conforme os autores, o suporte familiar está intimamente ligado a “estratégias de enfrentamento adequadas, ao aumento de autoestima, à autoeficácia, à proatividade (locus de controle), ao amortecimento de eventos estressantes, ao sentimento de pertencimento, à expectativa de futuro (esperança) e a medidas de saúde mental” (p. 151).

2.2. IMPORTÂNCIA DOS RITUAIS DE PASSAGEM NA ELABORAÇÃO DO LUTO DA FAMÍLIA

Os rituais de passagem foram se modificando ao longo dos anos, já que “o significado, as explicações, os rituais de passagem entre a vida e a morte e o processo de enlutamento variam conforme cada sociedade e suas diferenças culturais, cosmológicas e religiosas, bem

como as circunstâncias em que ocorre a morte” (NOAL; DAMÁSIO; FREITAS, 2020, p. 02). De acordo com Souza e Souza (2019), para entender como os sujeitos significam e elaboram a perda de um ente querido, é de suma importância estudar as implicações de suas manifestações nos rituais fúnebres na vida de outros e na sociedade. Desta maneira, “entende-se que a forma de ritualização de uma sociedade revela como essa sociedade se organiza e reorganiza diante das mudanças e como ela simboliza esses momentos” (p. 01). Ainda conforme as autoras, pensar em rituais fúnebres é deparar-se a um sofrimento psíquico significativo, com graves impactos a saúde mental e social.

Segundo Parkes (1998), os funerais não apresentam valor algum aos mortos, mas possuem significado aos vivos. O luto enquanto processo só se torna perceptível se a perda for interiorizada como real. Deste modo, para que haja a simbolização da dor são realizados os “rituais de despedida”, trata-se de “atos simbólicos que nos ajudam a expressar nossos sentimentos ante a perda, colocar um pouco de ordem em nosso estado emocional caótico, estabelecer uma diretriz simbólica para os eventos da vida e nos permitir a construção social de significados compartilhados”(METZKER; CESAR; CASTRO, 2020, p.08).

Assim como em tempos mais antigos as epidemias dizimavam vidas, e com isso os rituais de morte precisavam de novas configurações, na contemporaneidade o novo *CoronavirusDisease 2019* (COVID-19) surge como um agente transmissível, causador de mudanças abruptas, inesperadas e excepcionais, principalmente em relação aos rituais de morte, pois trata-se “de uma doença respiratória aguda” (OMS, 2020). Dessa forma, “as recomendações e orientações científicas e técnicas para o enfrentamento ao vírus COVID-19 têm sido o ponto central, inclusive no cuidado dos corpos após a morte, de modo a diminuir os riscos sanitários e de contaminação” (NOAL; DAMÁSIO; FREITAS, 2020, p.04). Ainda conforme os autores, em determinados países asiáticos, por exemplo, a China, todo e qualquer ritual de despedida foi proibido com o intuito de evitar a contaminação; já em países europeus, como a Itália, as cerimônias foram restritas aos entes mais próximos.

Conforme Metzker, Cesar e Castro (2020), muitos dos rituais como: os velórios, as cerimônias religiosas, familiares, sepultamentos e/ou cremações, dentre outros, são necessários para o processo de elaboração do luto, mas “a pandemia e os atuais requisitos de saúde limitaram bastante essas expressões que validam a dor e a sensação de perda da pessoa que sofre e, portanto, dificultam a elaboração de um luto normal” (p. 04).

Ademais, de acordo com Souza e Souza (2019), os rituais realizados em função de uma morte contextualizam tal experiência, fomentando a resignificação dos papéis e

reafirmam uma parte importante do desenvolvimento humano. Tais rituais possuem uma tarefa organizadora essencial para o “processo de luto normal dos indivíduos e o impedimento de viver esse momento pode trazer intensos sentimentos de raiva, horror, choque que são somados a uma experiência de luto na comunidade, não apenas restrito ao âmbito familiar ou social mais próximo” (NOAL; DAMÁSIO; FREITAS, 2020, p. 04).

2.3. SAÚDE MENTAL DA FAMÍLIA APÓS A PERDA DE UM MEMBRO

A perda de um ente familiar para o suicídio vai gerar uma mistura de sentimentos, uma vivência significativamente dolorosa e traumática, podendo ocasionar e/ou favorecer o aparecimento de “alterações psicológicas, fisiológicas, comportamentais e até sociais onde o enlutado está inserido” (ZWIELEWSKI; SANT’ANA, 2016, p. 28). Segundo Silva (2013), cada família, grupo ou sujeito vai experienciar este momento de forma única e singular, visto que cada um possui as suas peculiaridades e história de vida e tudo isso vai influenciar. No entanto, existem algumas características em comum, como: “dormência física, a anestesia emocional, o desprendimento da realidade, o isolamento, a perda de interesse por suas atividades cotidianas, por suas atividades no trabalho, de apetite, a fadiga, o cansaço” (p. 61).

Conforme Silva (2013), devido à estigmatização e o preconceito em relação ao suicídio, os familiares procuram não comentar sobre o fato, se distanciam, por vezes sentem-se envergonhados. Dessa forma, não compartilham seus sentimentos, nem tão pouco falam sobre a morte, dificultando ainda mais o processo de elaboração. Pois “é o silenciamento da dor que potencializa o sofrimento e a solidão do enlutado (FUKUMITSU, 2019, p. 63)”.

De acordo com Silva (2013), após a perda de um ente familiar, inevitavelmente a dinâmica familiar se altera, pois os papéis precisam se reconfigurar, tendo em vista que uma lacuna no grupo familiar se instaurou. Neste interim, situações conflituosas, desajustes encobertos, como ciúmes entre os membros, brigas conjugais podem incidir. Por exemplo, “pais de filhos suicidas, por estarem sofrendo seu luto, poderão ficar absortos no seu próprio sofrimento que não conseguem dar atenção a outros filhos” (p. 63). Não só os pais se fecham num extremo sofrimento, os “adolescentes enlutados também poderão se envolver com álcool e outras drogas, podem manifestar comportamentos violentos e deprimir” (p. 63). E, na família, essencialmente a mulher, “por ser mãe, esposa, sente muita vergonha, por não ter sido suficientemente cuidadora. Ela fica pensando que não cuidou suficientemente. Acha que foi negligente e tem medo que as pessoas pensem isso dela” (p. 61).

De acordo com Botega (2015), o suicídio é assustador e ao mesmo tempo pode provocar enorme confusão mental em uma criança, isto é, os adultos tendem a esconder o fato dela, com o intuito de protegê-la e evitar possíveis traumas, todavia o não falar pode ocasionar em conclusões irreais e fantasiosas de que a culpa foi dela, e que outras figuras significativas também irão desampará-la e fatalmente abandoná-la. Deste modo, “é melhor ser aberto e honesto a respeito do ocorrido, para que a criança possa compreender o que lhe for transmitido e se expressar a respeito do ocorrido e do que está sentindo” (p.231). Ainda segundo o autor, os adolescentes podem assumir um papel equivalente a de um progenitor ou inversamente, agir de modo agressivo e, exagerado, atitudes de difícil compreensão, como meio de expressar raiva ou mesmo obter atenção para si e/ou para a sua dor. Ressalta-se que, “os idosos também sentem intensamente a perda de um neto ou de um filho crescido, mesmo morando longe e com contato reduzido” (p.231). Portanto, o não falar não irá contribuir, nem minimizar a dor, mas sim acentuar o sofrimento.

Contudo, o maior temor compartilhado pelas famílias enlutadas por suicídio é o medo da repetição do autocídio. Conforme Fukumitsu (2019), as famílias que revelam medos e receios fantasiosos em relação à mínima chance de outro suicídio ocorrer na família ou mesmo que eles pudessem vir a pensar em tal ato, relataram que “a partir das ressignificações a respeito do suicídio, existe a possibilidade de mudar padrões autodestrutivos, comportamentos disfuncionais familiares e descobrir modalidades de enfrentamento” (p. 72).

Diante disso, Silva (2013) sugere que tratar o sofrimento da família após o suicídio de um ente querido é um ato de prevenção, já que crianças e adolescentes são mais propensas a repetir o mesmo ato advindo de uma pessoa querida e de proximidade, isto é, só de possuir alguém próximo que cometeu o suicídio já é um fator de risco. Neste sentido, “lidar, acolher, trabalhar com o luto da família é importante para a prevenção do Suicídio” (p.60).

3. PROPOSTAS INTERVENTIVAS DISPONÍVEIS AO ATENDIMENTO DE FAMÍLIAS ENLUTADAS POR SUICÍDIO NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Conforme Botega (2015), o termo mais apropriado para o tratamento de sujeitos que estão enfrentando as consequências do luto, frente ao suicídio de um ente querido é a “posvenção”, a fim de evitar doenças psicológicas. Esta se refere as “várias medidas que favoreçam a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e a elaboração do luto” (p.233). Ainda segundo o autor, a posvenção também é um modo de prevenção e uma das propostas interventivas disponíveis são os “grupos de autoajuda, formados por *sobreviventes*

(tradução de *survivors*, do inglês) enlutados após a ocorrência de um suicídio, tem sido reconhecidos como um meio valioso de posvenção, capaz de ajudar emocionalmente familiares e amigos do falecido” (p. 233). Este programa é muitas vezes financiado pelo governo ou pelos próprios participantes, que se constituem nos principais meios de manutenção do grupo.

De acordo com Silva, Rangé e Nardini (2011), os estudos disponíveis sobre luto na TCC falam do luto pela morte de um filho ou cônjuge, não se referindo à família como um todo, e sim um ente em específico. Neste interim, o luto é considerado uma experiência universal, cujo enfoque do tratamento estará baseado na Psicoeducação do luto, isto é, informações a respeito do luto normal e do luto patológico ou se preciso uma explicação diferenciada a respeito do quadro em questão. Ainda segundo os autores, o objetivo terapêutico parte da premissa da aprendizagem de novas habilidades cognitivas e comportamentais, essenciais para a readaptação do enlutado a sua vida cotidiana, assim como a reformulação dos papéis a cerca do sistema familiar e da sociedade como um todo. Da mesma forma, “o protocolo de atendimento pode ser dividido em 12 sessões, de acordo com o foco do trabalho, realizadas com intervalo de uma semana entre elas” (p.728).

Em concordância com Silva, Rangé e Nardini (2011), a Terapia Cognitivo Comportamental, por pautar-se em um modelo focal, metodológico, breve, psicoeducativo e objetivo visando à efetividade do tratamento e a manutenção das técnicas aprendidas, pode beneficiar os pacientes com resultados eficazes num curto período de tempo, haja vista a relevância de retomar a vida após a perda de um ente próximo. Conforme Parkes (1998), pacientes com lutos crônicos e/ou patológicos se beneficiam mais de abordagens que possuam metas a serem alcançadas num período de tempo, visando reestabelecer sua autoconfiança e o planejamento de novos caminhos para a sua vida.

Segundo Basso e Wainer (2011), faz-se necessário ao terapeuta cognitivo comportamental no tratamento de pacientes enlutados passar confiança e acolhimento, para que o mesmo não se sinta sozinho, assim como facilitar a expressão do paciente, observando todos os efeitos advindos dessa perda. Não se esquecendo de “levar em conta as crenças que o paciente enlutado tem acerca da morte e seus pensamentos disfuncionais” (p. 42). O objetivo desta abordagem é promover condições do paciente elaborar a perda do ente que se foi, solucionando os conflitos existentes antes da separação, para isso, é muito importante levar em consideração todo o repertório anteriormente aprendido e construído ao longo do tempo em decorrência de outras perdas. Além disso, o terapeuta deve atentar-se aos estados

emocionais do paciente, pois podem atrapalhar o andamento da terapia, visto que “o enlutado encontra-se num estado frágil, vulnerável e desorganizado, tanto em níveis cognitivos como fisiológicos, motores e comportamentais” (p. 40).

De acordo com Basso e Wainer (2011), para obter uma resposta mais adaptativa e saudável do paciente enlutado, faz-se necessário o uso de conjunto sistemático de estratégias envolvendo comportamentos capazes de ser aprendidos e/ou alterados. Destaca-se o uso de técnicas e estratégias terapêuticas, ambas não necessitam de uma ordem pré-determinada, pois seu uso vai variar de acordo com o paciente e com o seu processo de enlutamento. Sequencialmente pode-se verificar algumas destas estratégias comumente empregadas:

- Reestruturação cognitiva: trata-se de um trabalho conjunto entre terapeuta e paciente, cujo objetivo é “ajudar o paciente a reconhecer e modificar esquemas e pensamentos automáticos desadaptativos” (WRIGHT et al, 2008, p.29). Neste interim, pode ser empregado o modelo A (situação), B (pensamento) e C (consequência), “para auxiliar o paciente a identificar a situação perturbadora e o pensamento automático: ‘O que aconteceu para eu me sentir assim?’; ‘O que passou pela minha cabeça?’” (BASSO; WAINER, 2011, p. 41). Ainda segundo os autores, após identificar o pensamento deve-se verificar sua veracidade: “‘Que evidências eu tenho para comprovar esse pensamento?’; ‘Esse pensamento é irrealista?’ ” (p. 41). Por fim, solicita-se que o paciente substitua tais afirmações irrealistas, por pensamentos mais adaptativos, como: “‘Qual vantagem tenho em manter esse pensamento irracional?’; ‘Qual seria o pensamento saudável nessa situação?’” (p. 41).

- Resolução de Problemas: utilizada para verificar como o paciente enlutado está e o que ele está priorizando no momento. Neste sentido, potencializam-se os recursos adaptativos disponíveis exercitando a resolução de problemas. É essencial, que o paciente “consiga verificar a existência de distorções cognitivas que impossibilitam a busca e a tentativa de alternativas saudáveis” (p.40). Quer dizer, é necessário à construção de novas alternativas que auxiliem a resolver o problema: “Será que haveria outras formas de lidar com essa situação?”; “Que empecilhos podemos encontrar” (BASSO; WAINER, 2011, p. 40).

- Automonitoramento: uma estratégia muito importante, realizada “através dos registros de pensamento com cinco colunas e métodos semelhantes de registro de pensamentos designados para ajudar os pacientes a modificarem os pensamentos automáticos” (WRIGHT et al, 2008, p. 86). Dessa forma, o paciente deve resignificar o próprio pensamento, por exemplo: “Desde quando fulano faleceu, as pessoas não me

procuram mais [...]. Se esse pensamento fosse verdade, como me sentiria?” (BASSO; WAINER, 2011, p. 40).

- Estratégias de Coping: são empregadas para que o paciente desenvolva a capacidade cognitiva e comportamental de se adaptar a diferentes situações, conseguindo reagir de forma adaptativa ao estresse, ou seja, minimizando aspectos aversivos. Neste sentido, faz-se a investigação de outros eventos negativos que ocorreram na vida do sujeito enlutado e as estratégias utilizadas naquele momento para atenuar os sintomas: “Quando estava nessa situação difícil, como lidou com ela?”; “Se uma pessoa amiga estivesse na mesma situação na qual você se encontra, que conselho daria a ela?” (BASSO; WAINER, 2011, p. 41).

- Prevenção de Recaídas: um dos objetivos fundamentais da terapia é favorecer a remissão dos sintomas do paciente. Para isso, são ensinadas algumas ferramentas e habilidades para que o paciente possa aplicar em si mesmo por toda a vida nas mais diversas situações (BECK, 2013). Com isso, frente a um evento percebido como estressor o enlutado usará dos recursos aprendidos: “Quais os pródromos de um evento adverso?”; “Que situações são consideradas como situação de risco?”; “Que estratégias disponíveis me auxiliam neste momento” (BASSO; WAINER, 2011, p. 40).

Conforme Basso e Wainer (2011), as técnicas são importantes ferramentas para auxiliar na identificação de pensamentos desadaptativos, que levam a interpretações errôneas e trazem sofrimento emocional aos pacientes. A seguir serão descritas algumas técnicas facilitadoras no processo do luto:

- Psicoeducação: método educacional, onde o terapeuta explica o formato da terapia e a relação entre pensamentos, sentimentos e, emoção, bem como ajuda-o a identificar os seus pensamentos automáticos (WRIGHT et al, 2019).

- *Role-play*: trata-se de uma dramatização intelectual-emocional, onde terapeuta e paciente dramatizam uma inversão de papéis (BECK, 2013). Dessa maneira, é “Particularmente útil quando o paciente diz que *intelectualmente* ele consegue perceber que uma crença é disfuncional, mas que *emocionalmente* ou no seu íntimo ainda a ‘sente’ como verdade” (p.241).

- Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD): refere-se a “uma planilha que estimula o paciente a avaliar seus pensamentos automáticos quando se sente angustiado” (BECK, 2013, p. 214). Além disso, estimula o paciente a: “reconhecer seus pensamentos automáticos” e “identificar erros cognitivos, examinar as evidências, gerar alternativas racionais” (Wright et al, 2019, p.79). Ademais, registrar os pensamentos disfuncionais

contribui para que o paciente perceba os resultados positivos ao se empenhar para alterar os seus pensamentos.

- Questionamento socrático: “consiste em fazer perguntas ao paciente que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir” (WRIGHT et al, 2008, p.28). Segundo Wright et al (2019), o terapeuta deve fazer afirmativas preferencialmente abertas, que demonstrem uma oportunidade para mudar; que tragam benefícios; que fomentem o envolvimento do paciente ao processo de aprendizagem; que sejam construtivas, ou seja, deve evitar perguntas de comando ou dicotômicas para oportunizar um leque de respostas.

- Descoberta guiada: uma forma diferente de questionamento socrático, onde o terapeuta faz uma variedade de perguntas visando descobrir e/ou identificar padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos e disfuncionais (WRIGHT et al, 2008). A partir dessa técnica, o paciente identifica sua interpretação, pensamento e entendimento sobre determinado evento, por meio de certas afirmativas: “O que significa isso para você?”; “Se isso fosse verdade, o que quer dizer de você?” (BASSO; WAINER, 2011, p. 41).

- Dessensibilização Sistemática: tal procedimento requer “o desenvolvimento de uma hierarquia de estímulos temidos que é, então, usada para organizar o protocolo de exposição gradual para superar a ansiedade em um passo de cada vez” (WRIGHT et al, 2008, p.130). Conforme Wright et al (2019), também chamada de “exposição gradual”, requer que o terapeuta: “1. seja específico; 2. classifique as etapas por grau de dificuldade ou quantidade de ansiedade esperada; 3. Desenvolva uma hierarquia que tenha múltiplas etapas de graus variados de dificuldade; 4. Escolha as etapas de maneira colaborativa” (p.124).

Segundo Basso e Wainer (2011), a TCC possui diversas técnicas, estratégias e ferramentas que podem ser empregadas nos mais diversos transtornos, visando auxiliar o tratamento, facilitando a identificação e modificação de modos de funcionamento disfuncionais que acarretam ao sofrimento.

Sem dúvida, a TCC possui uma enorme variedade de estratégias e técnicas que quando utilizadas de maneira coerente, mediante um processo de intervenção e investigação minucioso do padecimento do paciente, podem contribuir para a estruturação de métodos terapêuticos eficazes. Estratégias e técnicas são ferramentas úteis a um psicoterapeuta capacitado. Contudo, há que pautar sua atuação profissional primordialmente ao estabelecimento da aliança terapêutica, condição fundamental para o sucesso do tratamento, que contribuirá para a retomada do paciente a sua vida, junto à construção de novos objetivos de vida a partir da elaboração do luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do suicídio, ser um fenômeno complexo e multicausal, postulado como primazia em saúde pública, tendo sido tema de discussões nos diferentes âmbitos da sociedade mundial (OMS, 2018). Entende-se que, na maioria dos casos os suicídios podem ser prevenidos, pois existem sinais de alerta de fundo psicológico e emocional passíveis de identificação e reconhecimento pela sociedade, como profunda tristeza; desânimo; perda de interesse em suas atividades habituais; vontade de sumir e de morrer; instabilidade emocional; baixa tolerância à frustração, dentre muitos outros. Nesse sentido, ao defrontarem-se com o risco, familiares e/ou pessoas próximas encaminhar-se-ão a um profissional da Psicologia, com familiaridade nos sintomas e experiência clínica, que irá intervir e buscar estratégias capazes de minimizar e/ou alterar os sinais agudos de um ato suicida.

Ressaltasse que alguns indivíduos são mais vulneráveis, devido à existência de transtornos psíquicos, destacando-se os depressivos; histórico de tentativas de suicídio anteriores; fácil acesso a substâncias tóxicas e/ou letais, dentre outros. Na perspectiva teórica da terapia cognitivo comportamental ressalta-se a própria estrutura de personalidade frágil, como déficits na resolução de problemas, baixa tolerância à frustração, ou seja, quando não conseguem mobilizar recursos internos capazes de responder ao estressor externo.

Compreende-se que após a ocorrência de um suicídio na família, as crenças e sentimentos prevalentes no grupo familiar serão influenciados pelos conceitos de morte e morrer naturalmente aprendidos, bem como os preconceitos e estigmas sociais elencados culturalmente ao longo dos séculos. O suicídio é um fenômeno tido como tabu, ainda no século XXI, uma morte repulsiva e excludente, muitas vezes apontada como uma forma de chamar atenção e não como um profundo e desesperador sofrimento psíquico.

Apontou-se a mudança nos papéis e funções após a morte por suicídio de um coparticipante. Neste interim, é muito comum progenitores/cuidadores serem culpabilizados e responsabilizados por não terem percebido, bem como se autopunir acreditando que não exerceu o seu papel familiar corretamente, isto é, a culpa não é unilateral, já que quando não vem de fora, são acrescentadas internamente em cada enlutado. A perda de um ente familiar por suicídio vai gerar uma mistura de sentimentos, uma vivência significativamente dolorosa e traumática, devido à quebra abrupta do vínculo, sem ter conseguido impedir o ato.

A fim de discutir o impacto da perda de um integrante da família por suicídio, fez-se necessário citar três categorias distintas do luto: luto normal; luto patológico; luto complicado

ou traumático. Dessa forma, enfatiza-se que a TCC pode contribuir nesse processo de elaboração devido o seu caráter objetivo e focal, já que há o risco de evoluir para o transtorno do luto complexo persistente, se o luto não for vivenciado e negado. Outro ponto importante para trabalhar na prática clínica é o manejo da raiva e culpa do paciente no processo do luto por suicídio, pois a raiva é tida como um sentimento dual, ou seja, raiva de si próprio, e por aquele que se foi; refletindo numa busca incessante de um culpado. Tal culpa se direcionada mais fortemente a si mesmo, torna-se um fator de risco para um novo suicídio.

O processo de elaboração de uma perda traumática, nunca é simples e de fácil resolução, é um processo lento, doloroso cercado de crenças irracionais, sendo elas uma das maiores dificuldades a serem enfrentadas pelos pacientes, visto que “são inflexíveis, não se conformam com a realidade, são ilógicas e, em geral, prejudicam as pessoas na consecução de seus objetivos e na busca por qualidade de vida” (DRYDEN E ELLIS, 2006 apud GUIMARÃES, MASCELLA e GONZAGA 2019, p. 424).

Este estudo destaca algumas propostas interventivas disponíveis no atendimento de familiares que perderam um membro por ato suicida a partir da TCC. Entre elas, a importância da Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) frente ao processo do luto, visto que esta contribui para que o enlutado consiga estabelecer novos caminhos e objetivos de vida sem o ente querido.

O conhecimento sobre as reações do luto, tal como seus impactos cognitivos, afetivos e comportamentais contribuem para a não patologização das reações normais ante a perda de algo ou alguém. Ao mesmo tempo, deve-se considerar que cada enlutado terá uma forma de experienciar à perda, cabendo ao terapeuta esclarecer, através da psicoeducação, os aspectos frequentes no processo de elaboração, sua origem doída, intensidade dos sintomas normais e por fim esclarecimento sobre o modelo ABC.

O enfoque do tratamento tem como base a Psicoeducação do luto, isto é, entendimento a respeito do luto normal e do luto patológico e/ou uma explicação direcionada ao quadro em questão. Já o objetivo terapêutico parte da premissa da aprendizagem de novas habilidades cognitivas, afetivas e comportamentais, fundamentais para a readaptação do enlutado a sua vida cotidiana. Assim como, a reformulação dos papéis a cerca do sistema familiar e da sociedade como um todo.

No que se refere à prevenção do suicídio na mesma família, melhor dizendo, com relação à posvenção, ressalta-se o suporte familiar e social como um fator protetivo e também de risco quando este não é oferecido. Dito de outra forma é preciso falar sobre a morte e o

morrer; vivenciar o luto e não rotulá-lo como doença; dividir com seus entes próximos os seus pensamentos e sentimentos ante a perda; fomentar uma educação para morte; saber e compartilhar os sinais de alerta de um ato suicida. Embora, a transmissão intergeracional exista, é possível evitar um novo autocídio com uma intervenção profissional e medicamentosa. Salienta-se os grupos de apoio, o próprio Centro de Valorização a Vida - CVV (188), uma instituição sem fins lucrativos que fornece apoio psicológico emergencial 24 horas por dia, por meio de voluntários previamente treinados para oferecer apoio emocional emergencial.

Sobretudo, acredita-se que o ser humano, é um ser pensante e por meio de sua capacidade metacognitiva de pensar sobre o que pensa é possível resignificar, e dar um novo sentido a um mesmo evento, alterando sua reação emocional e comportamental. Assim sendo, à TCC, propicia com o seu método focal; objetivo; pautado no presente e psicoeducativo transformar o paciente no seu próprio terapeuta, ensinando-o algumas ferramentas capazes de identificar e monitorar seus erros de processamento cognitivo que intensificam seu sofrimento. Dessa maneira, é possível realizar uma reestruturação cognitiva e obter uma resposta mais adaptativa e funcional; desenvolver novos recursos de enfrentamento; aprender a manejar o estresse, visto que a perda de um ente querido é uma situação significativamente estressante, dolorosa e traumática, assim como, ajudar o paciente enlutado a estabelecer novos objetivos de vida sem o ente que se foi.

Contudo há uma variedade de técnicas e estratégias que o terapeuta cognitivo comportamental pode fazer uso e adequar para auxiliar os pacientes em seu processo de luto. Entretanto, foram encontrados poucos estudos disponíveis sobre luto com famílias na TCC. Há maioria dos estudos se referem apenas a um ente em específico e não à família como um todo, carecendo de mais pesquisas para exemplificar a aplicabilidade do modelo existente, assim como, novas formulações a respeito dos impactos causados na família em suas diferentes configurações, formulações e gêneros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASSO, Lissia Ana e WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.** [online]. 2011, vol.7, n.1, pp. 35-43. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>> Acesso em: 02 de abril de 2020.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva-comportamental: teoria e prática**. Tradução: Sandra Costa. 1ª. Ed. Porto Alegre. Artmed, 1997.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva-comportamental: teoria e prática**. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; Revisão técnica: Paulo Knapp, Elizabeth Meyer. 2. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2013.

BOTEGA, Neury J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre. Artmed, 2015.

BOWLBY, John. **Attachment and Loss: Loss Sadness and Depression**. New York: Basic Books, Inc. Publishers, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.876 – Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html> Acesso em: 02 de abril de 2020.

CAETANO, H. M., Aline. Terapia Cognitivo-comportamental e a intervenção em adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1266.pdf>> Acesso em: 10 de setembro de 2019.

Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. 147 p.

CREPALDI, A. Maria; SCHMIDT, Beatriz; NOAL, S. Débora; BOLZE A. D. Simone; GABARRA, M. Letícia. Terminalidade, morte e sofrimento na pandemia do COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/491/621>> Acessado em: 24/08/2020.

DATTILIO, Frank M; FREEMAN, Arthur S. **Estratégias Cognitivo-comportamentais de Intervenção em Situações de Crise**. 2ª. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2004.

Emergências psiquiátricas [recurso eletrônico] / Organizadores, João Quevedo, André F. Carvalho. – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

FUKUMITSU, K. Okajima. **Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidado e intervenções**. 1ª. Ed. São Paulo: Summus, 2019. 120 p.

Fundação Oswaldo Cruz (2020a). Processo de luto na COVID-19. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19. Disponível em <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>> Acessado em 03 de setembro de 2020.

GIACOIA, Oswaldo. Espiritualidade, finitude humana, medicina e cuidados paliativos. In: FUKUMITSU, K. Okajima. **Vida, morte e luto**. São Paulo: Summus, 2018, p. 49.

GUIMARÃES, Claudiane A.; MASCELLA, Vivian; GONZAGA, Luiz Ricardo V. Lidar com a morte: proposta de intervenção fundamentada na terapia racional-emotiva comportamental In: LIPP, N. E. Marilda; LOPES, M. Tátilla e SPADARI, F. Gabriela. **Terapia Racional Emotiva Comportamental: na teoria e na prática clínica**. 1ª ed. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora, 2019. p. 424-448.

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque; ASSAYAG, Raquel Helena; FIGUEIRA, Isae MATOS, Margarida Gaspar de. Morte e luto: competências dos profissionais. **Rev. bras. ter. cogn.** [online]. 2014, vol.10, n.2, pp. 112-121. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872014000200007> Acessado: 22 de março de 2020.

KNAPP, Paulo; BECK, T. Aaron. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 30 (Supl. II); p. 54-64; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>> Acesso em: 2 setembro de 2019.

KOVÁCS, Maria Julia (org.). **Morte e desenvolvimento humano**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 244 p.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Revisão de Aristides Volpato Cordioli. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.

MARBACK, F., Roberta. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Rev. terapias cognitivas**. v. 10 (2) p. 122-129; 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200008> Acesso em: 02 de abril de 2020.

METZKER, Christiana.; CESAR, Danilo.; CASTRO, Elisiana Trilha. Guia para Pessoas que Perdem um Ente Querido em Tempos de Coronavírus (COVID19). Tradução. Associação Brasileira de Estudos Cemiteriais; Rede de Apoio Famílias de Vítimas COVID19; Segura a Onda. 2020. Disponível em <<https://seguraaonda.com.br/wp-content/uploads/2020/05/guia-vitimas-final.pdf>> Acessado em 17 de setembro de 2020.

NOAL, S. Débora; DAMÁSIO, Fabiana; FREITAS, M. Carlos. Fundação Oswaldo Cruz (2020a). Processo de luto na COVID-19. Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na

COVID-19. Disponível em <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>> Acessado em 17 de setembro de 2020.

OPAS BRASIL – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE: **Folha informativa – Suicídio.** 2018. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839> Acesso em:02 de abril de 2020.

OSMARIN, M. Vanessa. Suicídio: o luto dos sobreviventes. Disponível em:<<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0981.pdf>> Acesso em: 29 de março de 2020.

PARKES, C. Murray. **Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações.** Tradução de Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus, 2009.

PARKES, C. Murray. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta.** Tradução de Maria Helena Pereira Franco. São Paulo:Summus, 1998.

PRODANOV, C. C.; FREITAS E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em:<http://www.faat.com.br/arquivos/material/527_7376_GDHE2019810112125CF.pdf> Acesso em: 30 ago. 2020.

RODRIGUES, S. dos Isacar; CUNHA, F. Vivian; COMIN, S. Fabio; RODRIGUES, G. Adriana. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a compreensão do luto. **Rev. Cien. Saúd.** [online]. 2018, vol. 8 n.4. Disponível em:<http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/832/pdf> Acesso em:03 de abril de 2020.

RUCKERT, Monique LauermannTassinari; FRIZZO, Rafaela Petrollie RIGOLI, Marcelo Montagner. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. **Rev. bras. ter. cogn.** [online]. 2019, vol.15, n.2, pp. 85-91. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v15n2/v15n2a02.pdf>> Acessado em: 28 de março de 2020.

SARAIVA, B. Carlos. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual.**Rev. Psiq. Clínica,** 31, (3), pp.185-205, 2010. Disponível em:<<https://www.spsuicidologia.com/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>>. Acesso em 27 de abril de 2020.

SILVA, O. C. Adriana; RANGÉ, P. Bernard; NARDINI; E. Antonio. Terapia cognitivo-comportamental para luto. In RANGÉ, Bernard Pimentel (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011. 725-736 p.

SOUZA, Christiane Pantoja de; SOUZA, Airle Miranda de. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 35, e35412, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722019000100509&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 agosto de 2020.

TEODORO, M. L. Maycoln; BAPTISTA, N. Makilim. **Psicologia da família: teoria e intervenção**. 2ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2020.

WENZEL, Amy; BROWN, K. Gregory; BECK T. Aaron. **Terapia cognitiva-comportamental para Pacientes Suicidas**; tradução: Marcelo Figueiredo Duarte; revisão técnica: Neri Maurício Piccoloto. Ed. Porto Alegre. Artemed, 2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Suicide**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> Acesso em: 02 de abril de 2020.

WRIGHT, H. Jesse; BROWN, K Gregory; THASE, E. Michael et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental [recurso eletrônico]: um guia ilustrado**. Porto Alegre: ARTMED, 2008, 224 p.

WRIGHT, H. Jesse; BROWN, K Gregory; THASE, E. Michael et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 232 p.

ZWIELEWSKI, Grazielle e SANT'ANA, Vânia. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.** [online]. 2016, vol.12, n.1, pp. 27-34. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872016000100005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 20 de Agosto de 2020.