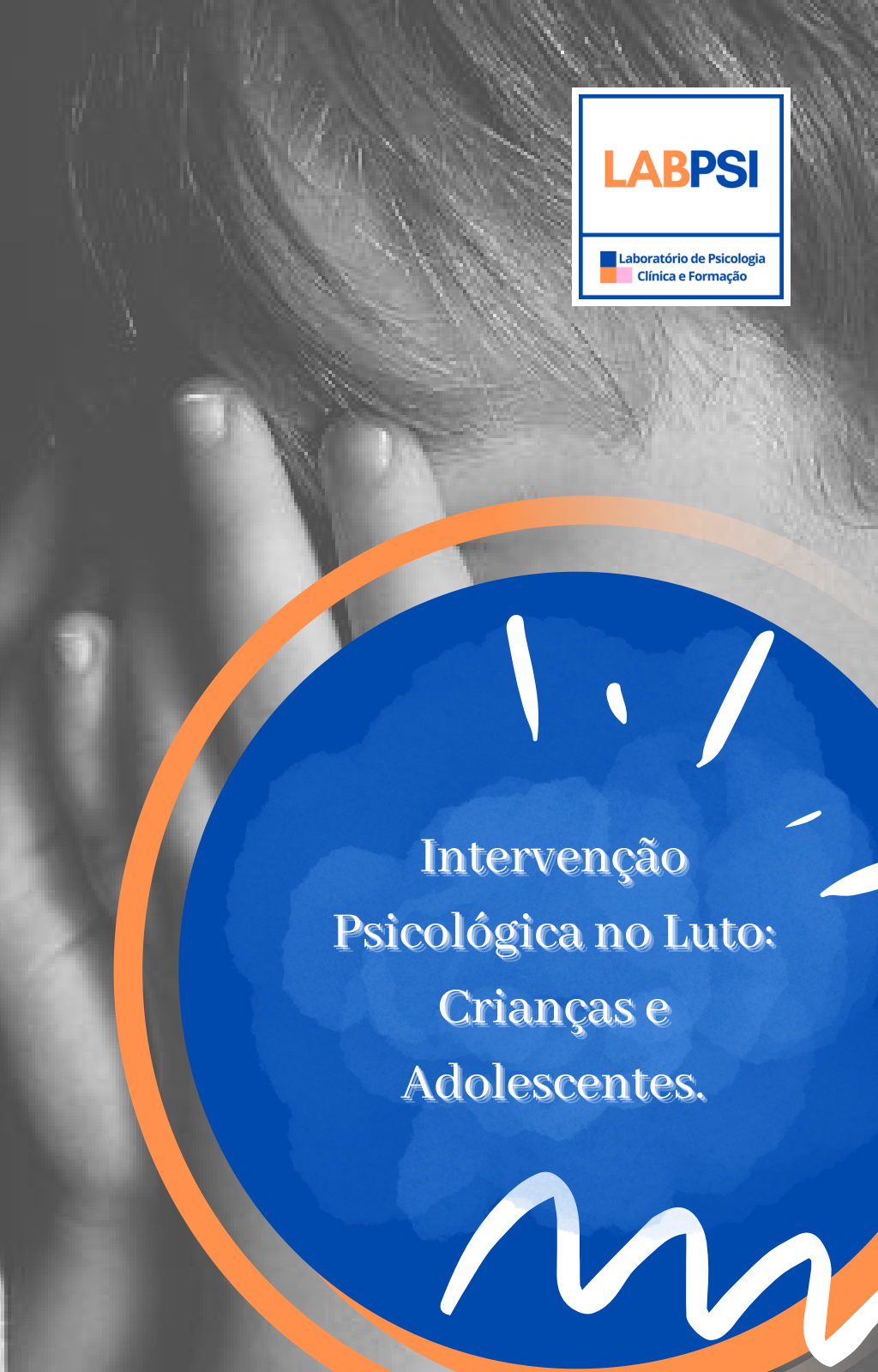




LABPSI

Laboratório de Psicologia
Clínica e Formação

Intervenção
Psicológica no Luto:
Crianças e
Adolescentes.

Sou psicóloga clínica de formação, inicialmente com formação na área cognitivo-comportamental pela Universidade de Coimbra e, cada vez mais, adepta de uma intervenção terapêutica integrativa! 😊

Especializei-me em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Medicina do Porto e tenho feito uma série de formações e pós-graduações desde a Educação Positiva e Consciente à PNL, passando pela Avaliação Neuropsicológica e Terapia de Casal.

Sou orientadora externa de estágios curriculares da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e da Universidade da Covilhã e já orientei mais de 20 estágios à OPP. ☺

Coordeno atualmente uma equipa com 12 psicólogos e participo em diferentes projetos de intervenção social e comunitária.

Sou Comissária da CPCJ e palestrante a nível nacional incluindo as ilhas! 😊

> Gosto muiiiito muiiiito do que faço e esforço-me para partilhar este conhecimento aqui contigo! De forma cientificamente atualizada, prática e descomplicada! ☆☆☆

@labpsi



Integra a equipa Labpsi, Psicóloga clínica e Mestre em Psicologia Clínica Cognitiva-Comportamental e Integrativa pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Possui o Curso Pós-Graduado em Luto pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Nível 1), Traumatic Incident Reduction (Nível 1) e Intervenção Cognitiva-Narrativa no Luto (Nível 1).

Detém o curso de Técnico de Apoio à Vítima (TAV), de Intervenção Psicológica com Pessoas LGBTQ, de Intervenção Psicológica em Problemas Ligados ao Álcool, e de Avaliação Pericial em Psicologia Forense.

Formadora Certificada.

Coordenadora Científica da Especialização Avançada em Intervenção Psicológica no Luto no Instituto CRIAP.

Coordenadora do livro Luto: Manual de Intervenção Psicológica.

Autora de diversos capítulos, artigos científicos e publicações mensais para a plataforma SAPO Lifestyle.

@labpsi



ÍNDICE

1. Introdução;
2. Fases do Luto;
3. Intervenção Psicológica com Crianças:
 - 2.1. Como contar a uma criança que uma pessoa próxima morreu ? (Onde, quando e como ?);
 - 2.2. Diferenças em função da idade, desenvolvimento cognitivo, história de vida;
 - 2.2.1. Crianças com menos de 10 anos;
 - 2.2.2. Entre os 10 meses e os 2 anos de idade;
 - 2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos);
 - 2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 6 e 10 anos de idade);
 - 2.2.5. Pré-adolescência (a partir dos 12 anos de idade);
 - 2.3. Devem as crianças estar presentes nos rituais do luto?
3. Intervenção Psicológica com Adolescentes;
 - 3.1. Quais as reações mais frequentes dos adolescentes num processo de luto ?
4. Quais os principais objetivos terapêuticos aquando da intervenção psicológica com crianças e adolescentes ?
5. Que ferramentas podem ser utilizadas com as crianças e adolescentes para atingir os objetivos mencionados anteriormente ?
6. Sugestão de livros e materiais para a intervenção com as crianças
7. Referências bibliográficas.

Introdução

O que é “Estar em Luto”?

Por processo de luto entende-se o processo de adaptação à perda de uma pessoa próxima, ao processo de aprender a viver na ausência da pessoa (perda real/perda primária) e na inevitável ausência de tudo o que essa pessoa nos proporcionava (perdas secundárias), como sentimentos de proteção, segurança, bem-estar e cuidado até às rotinas do nosso dia-a-dia, dinâmicas e planos para o futuro (luto pelo “futuro não vivido).



Introdução

O que é “Estar em Luto”?

Tendo em conta que cada relação é única, então cada **processo de luto** é altamente **individualizado** e **singular** (Barbosa, 2016). E, apesar de fazer **parte do ciclo da vida**, pode ser uma das **experiências mais traumáticas** que o ser humano pode vivenciar.



Introdução

O que é “Estar em Luto”?

Estima-se que 5 a 10% das crianças e adolescentes que sofrem a perda de uma pessoa próxima desenvolvam dificuldades psiquiátricas clinicamente significativas (Spuij et al., 2013). Contudo, em oposição ao mencionado anteriormente, outras crianças desenvolvem mecanismos de *coping* adaptativos a partir da sua experiência traumática (Brewer & Sparkes, 2001).



Introdução

O que é “Estar em Luto”?

A palavra “luto” deriva do latim “luctus”, que significa dor, mágoa, lástima, contudo, apesar da “lástima emocional” em que se encontram as pessoas em luto, o seu sofrimento tende a ser considerado uma resposta normativa a um fenómeno natural (i.e., perder alguém) e, por vezes, desvalorizado pelas pessoas mais próximas, o que prejudica os pedidos de ajuda (Gabriel, Paulino & Baptista, 2021).



Introdução

O que é um “Luto Normativo”?

Apesar da singularidade de cada processo de luto, que depende de fatores como: as especificidades e qualidade da relação perdida, as circunstâncias da perda (e.g., luto antecipatório, no contexto de uma doença crônica; luto inesperado, no âmbito de um acidente rodoviário) e da fase do ciclo da vida em que a perda ocorre (e.g., infância, adolescência, vida adulta, terceira idade), existem algumas reações à perda consideradas normativas.



Introdução

O que é um “Luto Normativo”?

Tomem-se como exemplos **reações emocionais** (e.g., choro, tristeza, zanga), **cognitivas** (e.g., pensamentos de autorresponsabilização, discurso interno negativo), **fisiológicas** (e.g., náuseas, tremores), **espirituais** (e.g., perda da fé, procura de um significado), **familiares** (e.g., perda de rotinas, conflitos familiares).



Introdução

O que é um “Luto Normativo”?

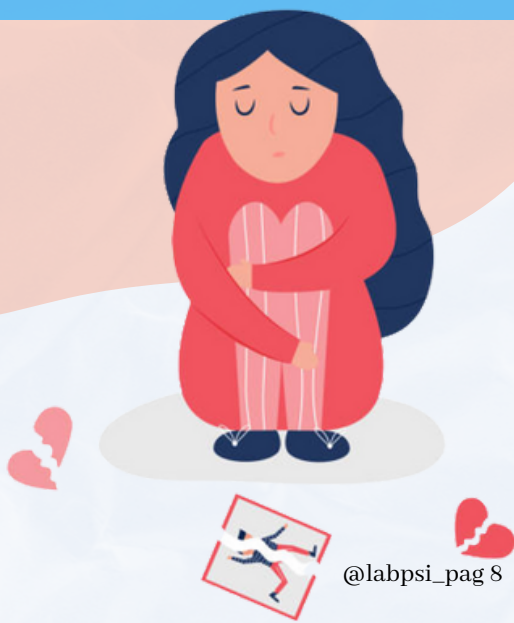
Contudo, ainda que dolorosas, num luto considerado normativo, estas reações não têm um impacto disruptivo no quotidiano da pessoa em luto, por exemplo, não a impedem de desempenhar tarefas como manter uma rotina (higiene, trabalho, tarefas domésticas) ou cumprir com uma determinada tarefa (apesar das dificuldades de atenção ou concentração que poderão existir) – e nunca num prazo que ultrapassa os 06 meses após a perda.



Introdução

O que é um “Luto Normativo”?

As reações das crianças e adultos a uma perda **podem ser semelhantes ou distantes**, como vamos analisar ao longo das próximas páginas, dedicadas ao processo de luto infantil.



Introdução

Ainda assim, surge primeiro uma dúvida importante: quando estamos perante um Luto Patológico? Que critérios existem?

Ao longo dos anos, a literatura da especialidade, identificou a **Perturbação de Luto Complexo e Persistente (PLCP)**, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) e a **Perturbação de Luto Prolongado (PLP)**, na *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (CID-11) – diagnósticos que têm vindo a contribuir para a distinção entre um luto normativo e um luto patológico

Introdução

Ainda assim, surge primeiro uma dúvida importante: quando estamos perante um Luto Patológico? Que critérios existem?

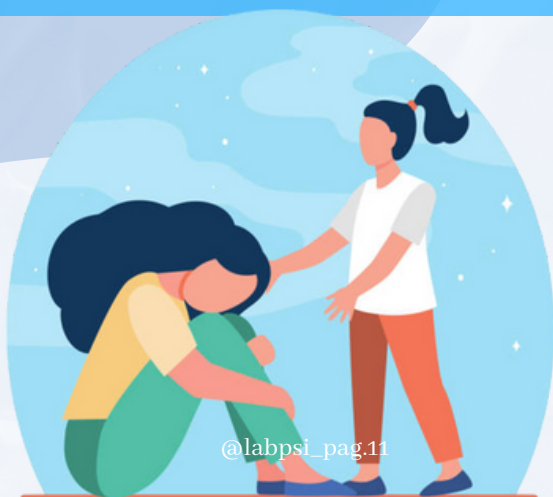
Ambos as **perturbações** mencionadas envolvem **critérios de diagnóstico** com **são exemplo os seguintes:**

- a) **Anseio e preocupação persistente pela pessoa perdida, acompanhados por intensa dor emocional.**
- b) **Dificuldade acentuada em aceitar a morte.**
- c) **Sentimentos de amargura, raiva, culpa ou de que se perdeu uma parte de si mesmo.**
- d) **Dificuldade em realizar atividades sociais ou prazenteiras.**
- e) **A existência dos sintomas mencionados, com impacto significativo no funcionamento da pessoa em luto, por períodos superiores a 06 meses (PLP-ICD 11) ou a 01 ano (PLCP-DSM 5).**

Introdução

E que comorbidades clínicas se encontram associadas a um Luto Patológico?

A literatura da especialidade aponta para uma elevada comorbilidade de um luto patológico com patologias como a depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático (Newson et al., 2011) e com outras doenças, no âmbito da saúde física, como cancro, doenças cardiovasculares e tensão arterial (Chen et al., 1999; Prigerson et al., 1996).



Introdução

E que comorbidades clínicas se encontram associadas a um Luto Patológico?

Os instrumentos de avaliação mais utilizados para o diagnóstico de um luto patológico (e assegurar o diagnóstico diferencial de outras perturbações), na intervenção com crianças e adolescentes, remetem para o Inventário de Luto Prolongado para Crianças (IPG-C) e o Inventário de Luto Prolongado para Adolescentes (IPG-A), traduzidos por Paula Leal e José Carlos Rocha do Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, os quais foram desenvolvidos para avaliar os sintomas de Perturbação do Luto Prolongado em crianças, dos 8 aos 12 anos, e adolescentes, dos 13 aos 18 anos.



Introdução

E que comorbidades clínicas se encontram associadas a um Luto Patológico?

Pode ainda ser importante avaliar a potencial presença da **Perturbação do Stress Pós-Traumático**, uma vez que a perda de um cuidador/figura de referência pode ser vivenciada como **uma verdadeira experiência traumática** (Ogden et al., 2006; Van der Kolk, 2014). É, ainda, essencial considerar a **experiência de trauma cumulativo** (Lourie, 1996).



Introdução

E que comorbidades clínicas se encontram associadas a um Luto Patológico?

Como instrumentos de avaliação destacam-se os seguintes: CRIES-8 e a CRIES-13. A CRIES é uma escala de avaliação desenvolvida para avaliar crianças em risco de desenvolver PSPT, após uma ampla gama de eventos negativos. A versão CRIES-8, com recurso a 08 itens (quatro avaliam sintomas de intrusão e os outros quatro avaliam o evitamento), foi construída para ser utilizada com crianças a partir dos 08 anos que sejam capazes de ler com autonomia. A versão de 13 itens, CRIES-13, adiciona cinco itens à versão anterior, os quais avaliam especificamente sintomas de hiperativação. A tradução da versão original da CRIES para a versão portuguesa foi realizada por Maria do Céu Moreira, em 2014.



1. Fases do Luto



1. Fases do Luto

Os primeiros modelos teóricos, os modelos de fases, definiam o luto como um processo no qual a pessoa em sofrimento desempenhava um papel totalmente passivo no próprio processo de luto, o qual era associado a mudanças tendencialmente negativas ou a uma potencial estagnação do sofrimento.

1. Fases do Luto

Desta forma, os modelos teóricos mais recentes **apontam para a existência de um papel ativo da pessoa em luto**, a qual **recorre a diferentes elementos para a gestão do sofrimento e integração da perda na identidade** (e.g., rituais do luto, rede de suporte social, terapia, encontrar um significado para a perda).

1. Fases do Luto

Os primeiros modelos teóricos, os modelos de fases, definiam o luto como um processo no qual a pessoa em sofrimento Ainda assim, apesar do menor impacto destes modelos para a prática clinica da atualidade, o modelo de fases mais citado pela literatura da especialidade é o Modelo de Fases do luto de Kübler-Ross, o qual integra cinco fases:

1. Fases do Luto

1. Negação: Resposta automática e inconsciente do ser humano, enquanto mecanismo de proteção e estratégia de sobrevivência perante o sofrimento avassalador da morte. Esta fase protege a pessoa de tomar consciência da realidade da perda e, num momento inicial, é adaptativa.

2. Raiva: Provocada pelo confronto consecutivo com a realidade da perda, com o choque de constatar a dolorosa verdade: a pessoa amada não vai voltar.

1. Fases do Luto

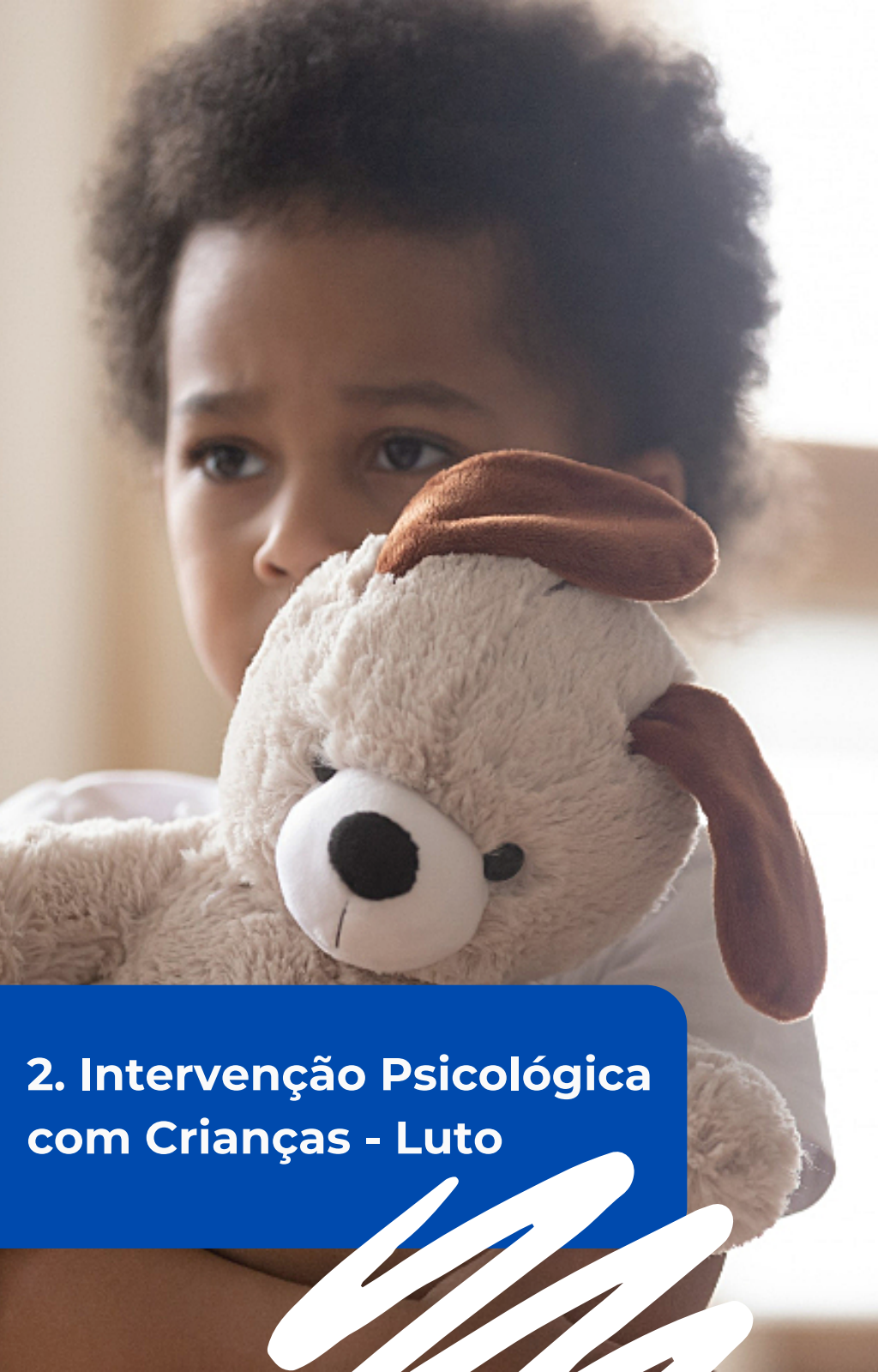
3. Culpa: O ser humano nasce com a necessidade inata de encontrar uma justificação ou significado para todos os fenómenos que o rodeiam, como é exemplo a morte. Neste sentido, envolvido pela irracionalidade da dor, do sofrimento e do vazio, surge a culpa. Existe uma tentativa de responsabilizar terceiros e o próprio pela morte.

1. Fases do Luto

4. Depressão: Fase de confronto com a realidade e irreversibilidade da perda. Já passou demasiado tempo para existir a ilusão de que a pessoa vai voltar. A pessoa em luto sente que tudo o que a rodeia a recorda da perda e de que não vai recuperar a pessoa perdida. Esta é também a fase de maior contacto com os pertences da pessoa perdida, onde surge “o medo de esquecer” e os assuntos pendentes.

1. Fases do Luto

5. Aceitação: Aceitação da necessidade de viver com o vazio da perda e do papel ativo na gestão do sofrimento, associado à procura de novos significados em função das mudanças na identidade que foram provocadas pela dor da perda. É esta a fase de maior equilíbrio emocional, apesar dos momentos de fragilidade e da “culpa de sobrevivente”.



2. Intervenção Psicológica com Crianças - Luto



2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

O diálogo com as crianças sobre a morte é, não raras vezes, evitado pelos adultos, dado o medo da potencial reação dos mais pequenos (e de, em alguns momentos, não saberem mesmo o que dizer).



Desta forma, os **cuidadores recorrem a frases feitas** (por exemplo, “ainda és muito pequeno para compreender”) ou a **explicações irracionais** (nas quais eles próprios não acreditam) e que, inclusivamente, **podem deixar as crianças** (ainda mais) **perdidas** e **confusas** (por exemplo, “o pai está num lugar especial”).

2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

Apesar do objetivo remeter para proteger as crianças do sofrimento, o medo do desconhecido tende a ser mais assustador do que a realidade (a morte), dada a capacidade de fantasiar e o recurso à imaginação para justificar tudo o acontece - dois fatores que definem o funcionamento do ser humano durante a infância.



2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

Ironicamente, é este medo do diálogo (que perpetua que a morte continue a ser um tema tabu) que impede os adultos de ir introduzindo, de forma natural e espontânea, o tema da morte na vida das crianças, como por exemplo quando morre um animal de companhia, uma flor, um pássaro.

2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

Um dos referenciais para uma intervenção psicológica no luto com crianças é, sem dúvida, as etapas do desenvolvimento infantil. Inclusivamente, segundo Aynsley-Green e colegas (2012), o processo de luto de uma criança ocorre concomitantemente com o processo de desenvolvimento infantil dessa mesma criança.



2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

Neste sentido, apesar de algumas “desvantagens” das crianças em relação aos adultos, como é exemplo o menor conhecimento e compreensão acerca do conceito de morte, a maior suscetibilidade para acreditar em informação e deduções falsas e/ou fantasiosas (Bowlby, 2004; Worden, 1996), enfrentar a realidade da perda é um caminho menos doloroso do que viver na fantasia, dúvidas e inseguranças acerca do que terá acontecido à pessoa perdida.

2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

Inclusivamente, a literatura aponta para as diversas funções do diálogo com as crianças sobre acontecimentos de vida importantes que são imperativas para o desenvolvimento salutar das crianças, nomeadamente (e.g., Salmon & Bryant, 2002): a integração do evento na memória e história de vida/biografia; a diminuição do risco de imagens, causas e ideias fantasiosas sobre o evento; o potenciar da capacidade de avaliar, interpretar e atribuir significados a eventos; o contacto com as emoções e consequente desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e outros mecanismos perante a gestão e contacto com o sofrimento.

2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

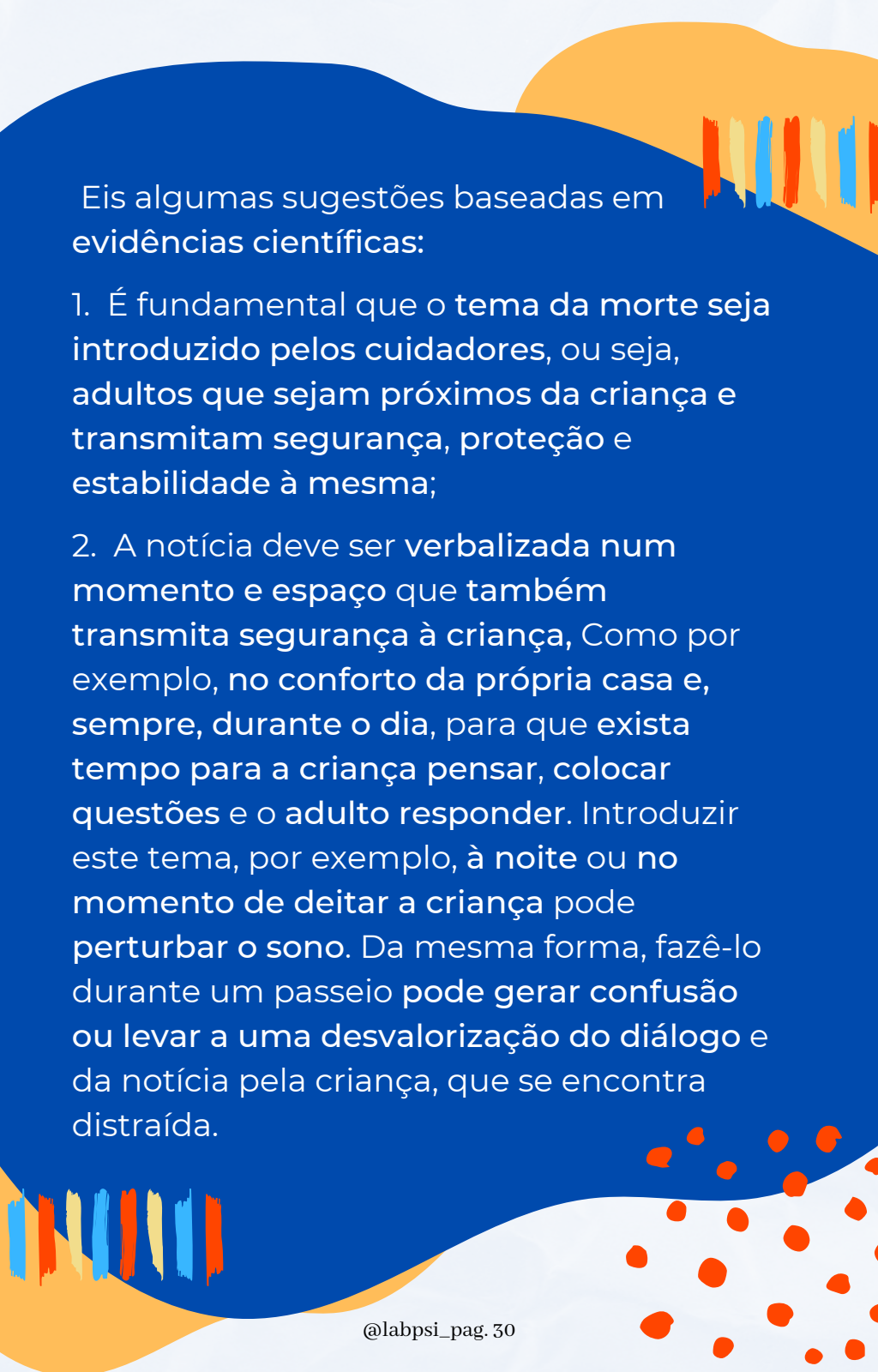
Em poucas palavras, a honestidade e abertura do diálogo acerca da morte facilita uma maior adaptação à perda, seja na infância ou na vida adulta (Martinčeková et al., 2020) e, por oposição, a ausência deste tipo de comunicação encontra-se associada a níveis elevados de distress emocional (Ellis et al., 2016).



2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM CRIANÇAS

2.1. Como contar a uma criança que uma pessoa próxima morreu? (Onde, quando e como?)

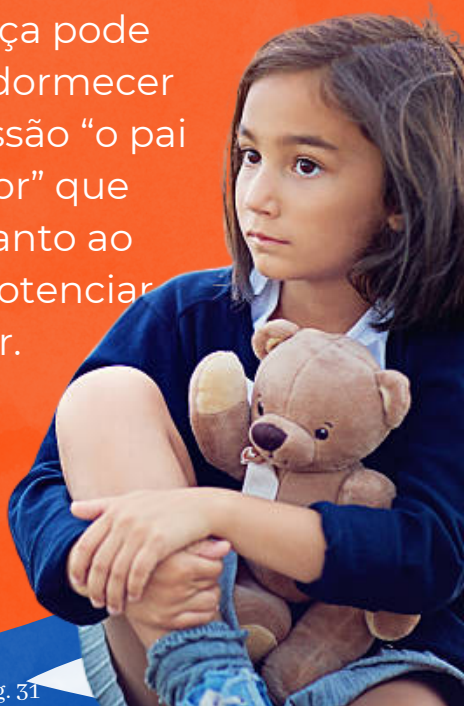
Tendo em conta o referido anteriormente, surge imediatamente a questão: como e quando contar a verdade? Que o pai, mãe ou avó morreram? Que a criança nunca mais vai ter o colo que tanto providenciava segurança, proteção e bem-estar?



Eis algumas sugestões baseadas em evidências científicas:

1. É fundamental que o tema da morte seja introduzido pelos cuidadores, ou seja, adultos que sejam próximos da criança e transmitam segurança, proteção e estabilidade à mesma;
2. A notícia deve ser verbalizada num momento e espaço que também transmita segurança à criança, Como por exemplo, no conforto da própria casa e, sempre, durante o dia, para que exista tempo para a criança pensar, colocar questões e o adulto responder. Introduzir este tema, por exemplo, à noite ou no momento de deitar a criança pode perturbar o sono. Da mesma forma, fazê-lo durante um passeio pode gerar confusão ou levar a uma desvalorização do diálogo e da notícia pela criança, que se encontra distraída.

3. O diálogo deve integrar uma linguagem simples e honesta, de forma à criança compreender a informação transmitida e, simultaneamente, encorajar a mesma a colocar questões. É imperativo não usar explicações vagas, pois apenas originam confusão e medo. Tomem-se como exemplo a expressão “a avó está a dormir para sempre”, a qual pode originar pesadelos e/ou alterações do sono, dado que a criança pode começar a ter medo de adormecer e de não acordar; a expressão “o pai viajou para um sítio melhor” que pode criar esperanças quanto ao regresso do adulto e/ou potenciar medo da criança em viajar.



Outro exemplo é a “a tua mãe é uma estrela no céu”, a qual pode levar à esperança, ideias e planos irrealistas de alcançar o céu ou, na ausência de estrelas, serem originados sentimentos de abandonado ou esquecimento (“hoje, a mãe não apareceu, já não deve gostar de mim”).





4. É recomendável explicar a causa da morte, para evitar que a criança crie fantasias, o que inclui o desenvolvimento de sentimentos e pensamentos de culpa. Em casos de morte por doença, é importante reforçar que “doença não significa morte”, para prevenir o desenvolvimento de novos medos (por exemplo, se um adulto após espirrar referir “acho que estou a ficar doente”, a criança pode considerar que existe o risco de este morrer).





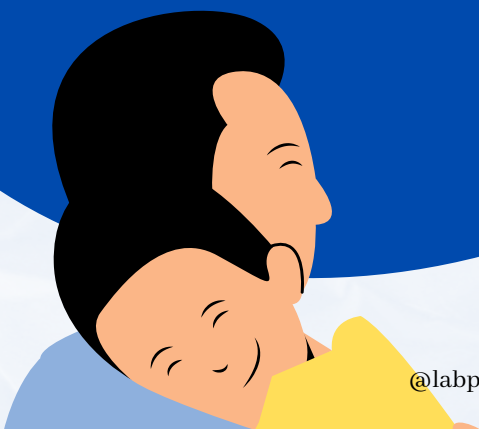
Neste sentido, é importante que a criança compreenda que as pessoas podem ficar doentes, mas isso não significa que vão morrer, existem outros fatores que levam à morte (por exemplo, dizer “O avozinho morreu, porque estava doente há muito tempo e o coração deixou de ter força para bater”).



5. Os cuidadores podem também **recorrer a aspetos físicos e concretos para explicar a morte**. Por exemplo: “Maria, tenho algo muito triste para te contar sobre o a tua avó. No caminho para casa, houve um acidente com outro carro e a avó ficou ferida. A avó foi para o hospital e os médicos fizeram de tudo para a salvar, mas o coração da avó não aguentou e deixou de bater. A avó morreu. É muito triste, mas a avó nunca mais vai voltar”.

6. **Reforçar à criança que não é, de todo, a culpada por nada do que aconteceu**. Se, ao longo do diálogo, a criança fizer perguntas às quais os adultos **não sabem responder, é fundamental responder que vai procurar uma resposta** e, assim que descobrir, referir a mesma ao menor.

7. Abraçar a criança – no final do diálogo, em momentos de choro – sempre que os cuidadores sentirem que é importante a criança sentir-se protegida e/ou ajudar a regular as emoções. Estar atento ao comportamento verbal e não verbal da criança, no sentido de guiar o ritmo do discurso.

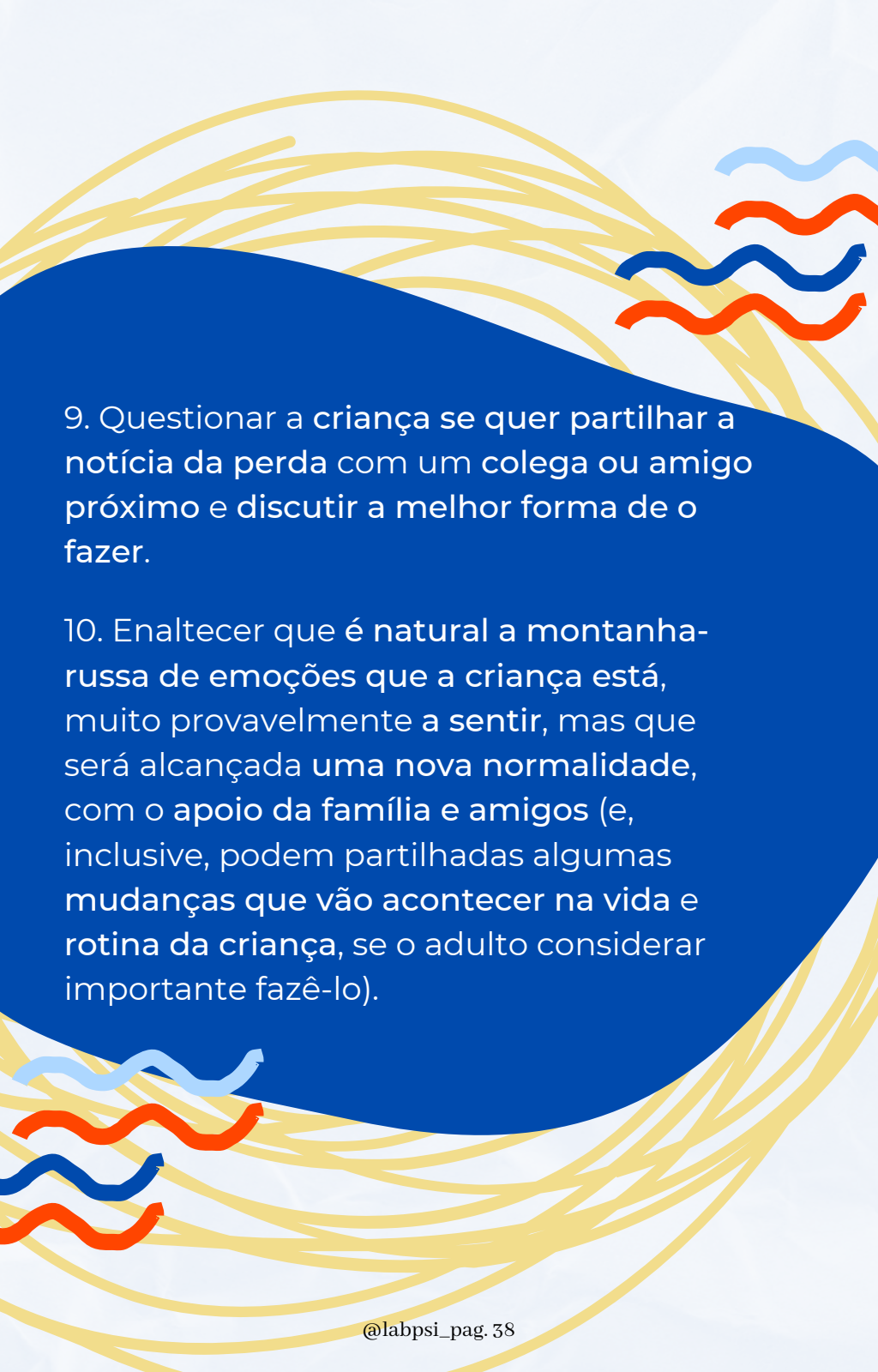


8. A morte deve ser explicada como um fenômeno com três características, designadamente: **natural**, **inevitável** e **irreversível** (por exemplo, “todas as pessoas nascem e morrem, mesmo aquelas que gostamos muito, é o ciclo da vida”):

8.1. É importante explicar que a morte é um **fenômeno natural**, que faz parte do ciclo de vida, “todos nascemos e morremos, as pessoas que amamos, os animais, as flores”. Pode ser importante usar a metáfora das folhas das árvores, que mudam de cor ao longo das estações e acabam por cair;

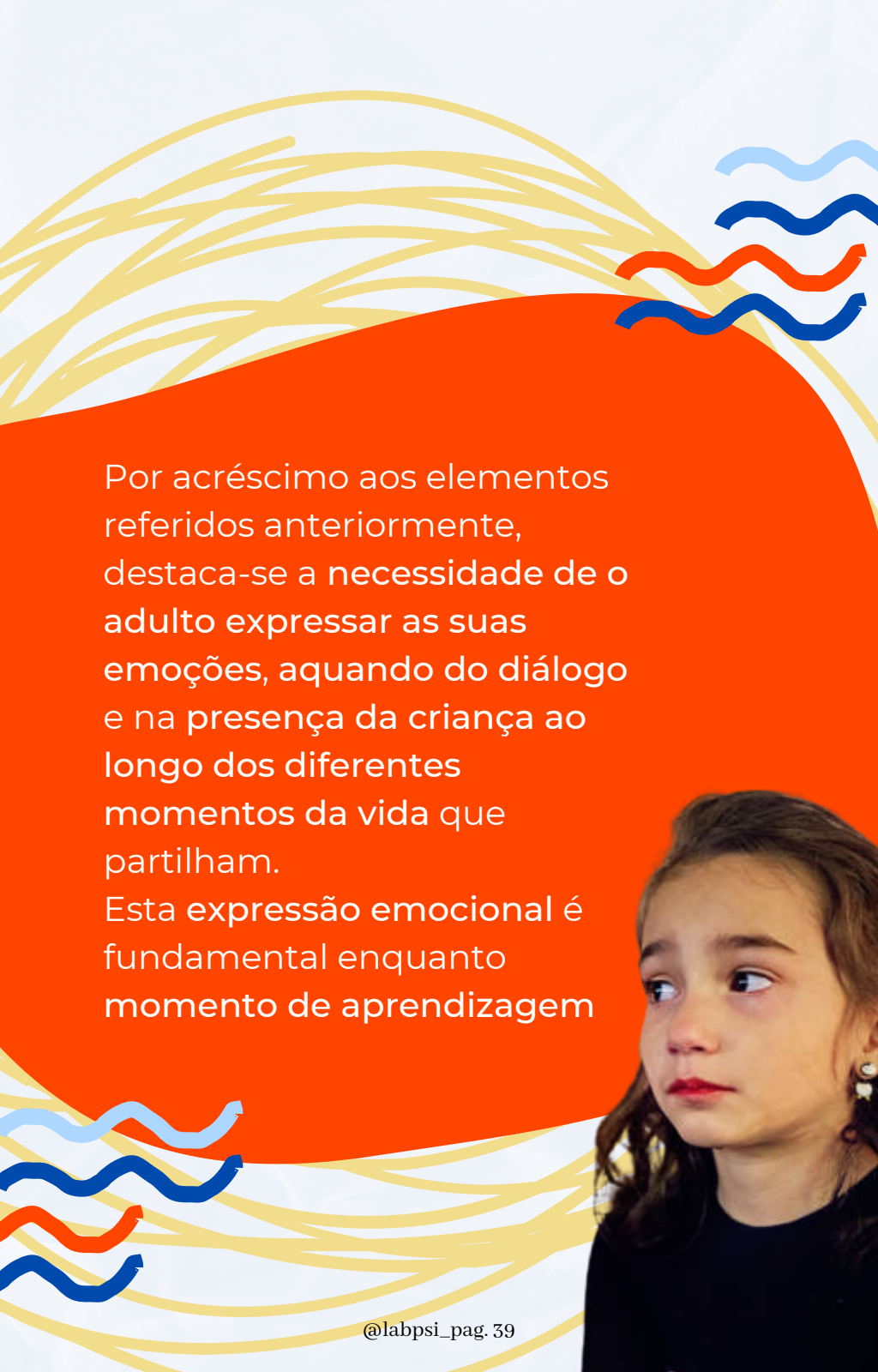
8.2. É imperativo reforçar a **universalidade** da morte, ou seja, que “todas as pessoas que amamos podem morrer” e não somente as “pessoas más” ou vilões dos filmes e séries que as crianças tendem a assistir;

8.3. Quanto à **irreversibilidade**, é fundamental que a criança compreenda que a pessoa perdida não vai regressar a casa, que a perda é “para sempre”.



9. Questionar a criança se quer partilhar a notícia da perda com um colega ou amigo próximo e discutir a melhor forma de o fazer.

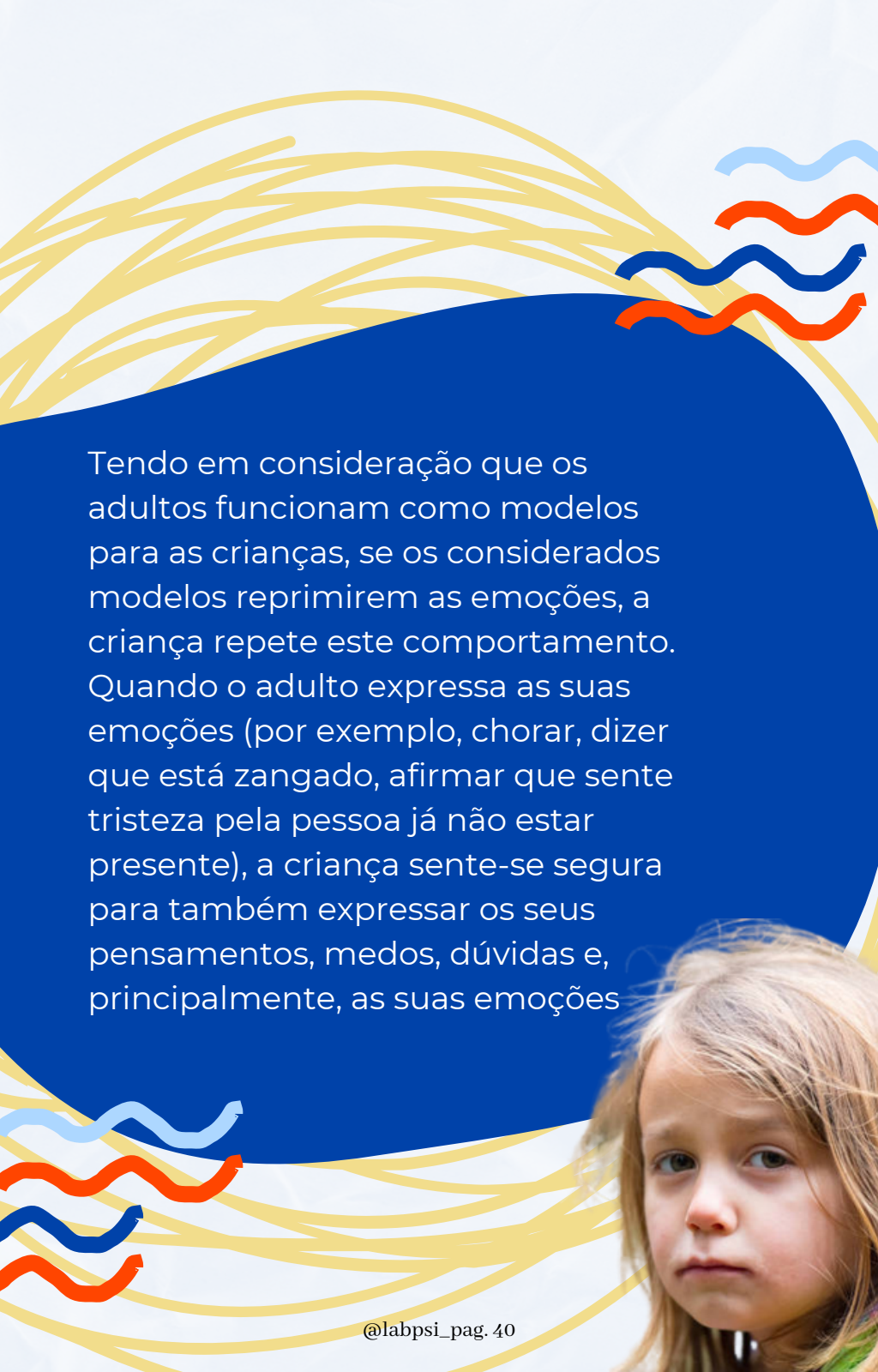
10. Enaltecer que é natural a montanha-russa de emoções que a criança está, muito provavelmente a sentir, mas que será alcançada uma nova normalidade, com o apoio da família e amigos (e, inclusive, podem partilhadas algumas mudanças que vão acontecer na vida e rotina da criança, se o adulto considerar importante fazê-lo).



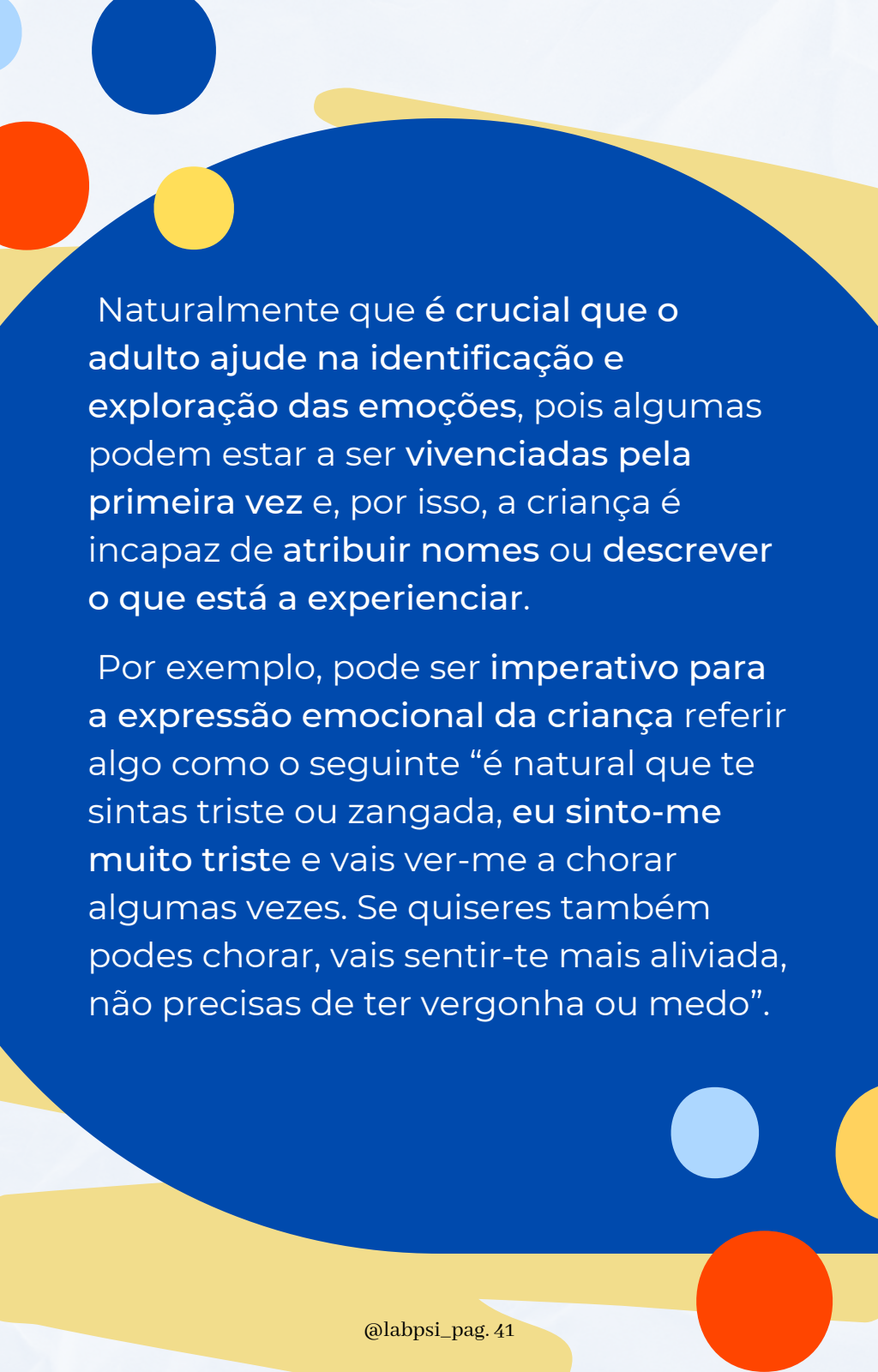
Por acréscimo aos elementos referidos anteriormente, destaca-se a necessidade de o adulto expressar as suas emoções, aquando do diálogo e na presença da criança ao longo dos diferentes momentos da vida que partilham.

Esta expressão emocional é fundamental enquanto momento de aprendizagem





Tendo em consideração que os adultos funcionam como modelos para as crianças, se os considerados modelos reprimirem as emoções, a criança repete este comportamento. Quando o adulto expressa as suas emoções (por exemplo, chorar, dizer que está zangado, afirmar que sente tristeza pela pessoa já não estar presente), a criança sente-se segura para também expressar os seus pensamentos, medos, dúvidas e, principalmente, as suas emoções



Naturalmente que é crucial que o adulto ajude na identificação e exploração das emoções, pois algumas podem estar a ser vivenciadas pela primeira vez e, por isso, a criança é incapaz de atribuir nomes ou descrever o que está a experienciar.

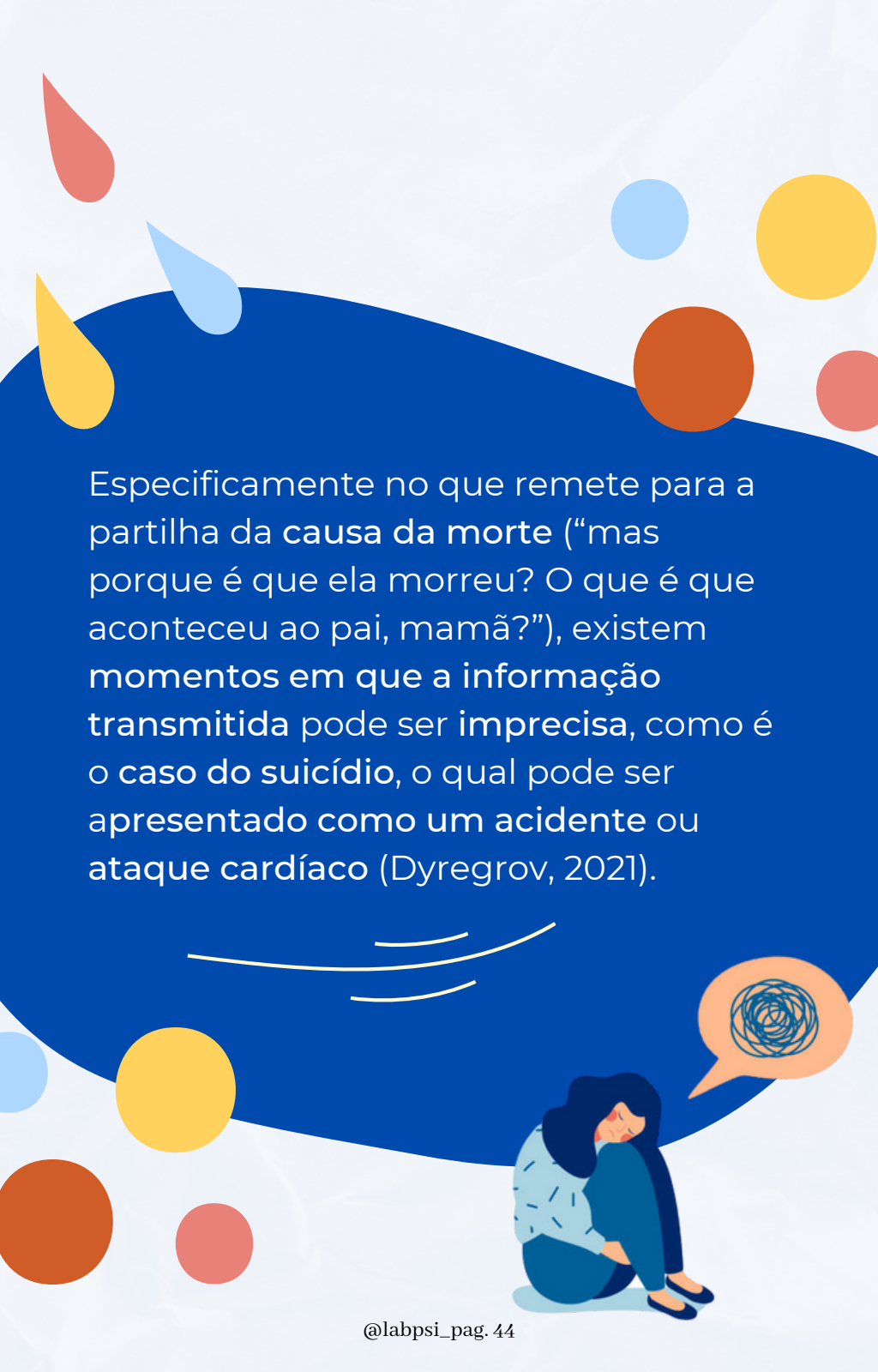
Por exemplo, pode ser imperativo para a expressão emocional da criança referir algo como o seguinte “é natural que te sintas triste ou zangada, eu sinto-me muito triste e vais ver-me a chorar algumas vezes. Se quiseses também podes chorar, vais sentir-te mais aliviada, não precisas de ter vergonha ou medo”.

Ainda no que diz respeito à expressão emocional, é fundamental a normalização de todo o tipo de reações: desde chorar a estar em silêncio. Se a criança sentir que a única reação normativa é chorar, pode pensar que está a ter uma reação disfuncional à perda (“algo de errado se passa comigo, eu não consigo chorar, se calhar não gostava tanto do meu irmão como eu pensava”).



Apesar de ser uma tarefa difícil e, como referido anteriormente, ser importante o adulto chorar e expressar as suas emoções, deve ter algum auto-controlo. Se quando as crianças fazem perguntas são desencadeadas reações de luto intensas, é reconhecido o sofrimento do adulto e, numa tentativa de o proteger, evitam dialogar sobre o assunto.





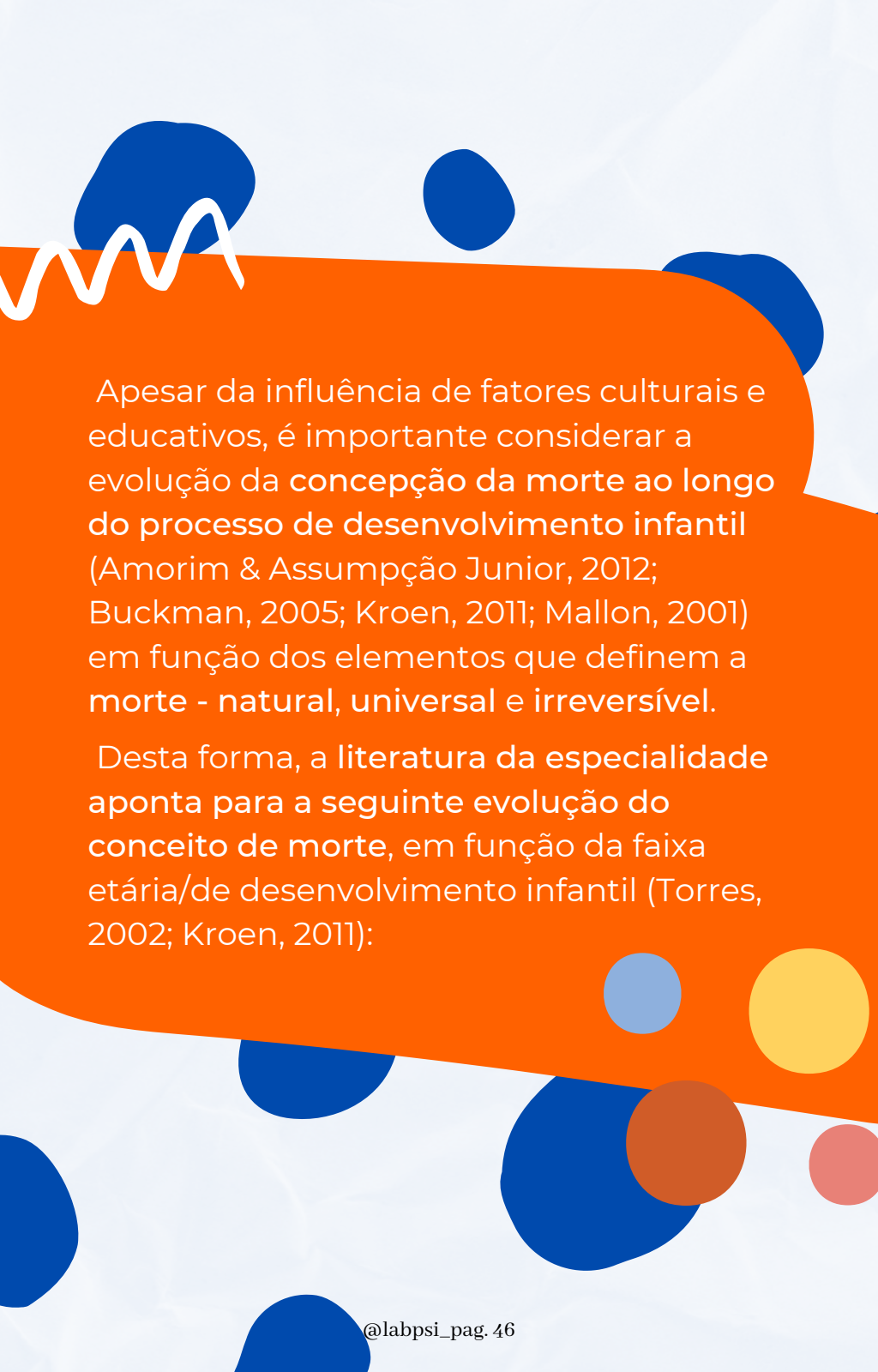
Especificamente no que remete para a partilha da **causa da morte** (“mas porque é que ela morreu? O que é que aconteceu ao pai, mamã?”), existem **momentos em que a informação transmitida pode ser imprecisa**, como é o caso do suicídio, o qual pode ser apresentado como um acidente ou ataque cardíaco (Dyregrov, 2021).



2.2. E diferenças em função da idade, desenvolvimento cognitivo, história de vida?

O primeiro passo para a intervenção com as crianças, é a compreensão de como evolui o conceito de morte ao longo do desenvolvimento infantil, o qual depende do desenvolvimento cognitivo da criança (e claro, das características individuais do seu funcionamento).





Apesar da influência de fatores culturais e educativos, é importante considerar a evolução da concepção da morte ao longo do processo de desenvolvimento infantil (Amorim & Assumpção Junior, 2012; Buckman, 2005; Kroen, 2011; Mallon, 2001) em função dos elementos que definem a morte - natural, universal e irreversível.

Desta forma, a literatura da especialidade aponta para a seguinte evolução do conceito de morte, em função da faixa etária/de desenvolvimento infantil (Torres, 2002; Kroen, 2011):

2.2.1. Crianças com menos de 10 meses

Nesta fase tão precoce do desenvolvimento infantil, a criança pode reagir com naturalidade à perda da pessoa próxima, contudo, identifica mudanças nas rotinas do dia-a-dia, no humor e comportamento das pessoas à sua volta (por exemplo, afastamento, menor carinho, ausência de rostos sorridentes, um menor colo) o que pode ter impacto no bem-estar e sensação de proteção e segurança.



2.2.2. Entre os 10 meses e os 2 anos de idade

Perante uma perda, as crianças nesta fase do desenvolvimento, tendem a reagir com birras, ou seja, uma maior agitação comportamental associada à vontade de fazer regressar o cuidador. Embora as crianças desta faixa etária não sejam capazes de expressar as emoções, necessitam de rotinas, de estrutura, de consistência, de forma a aumentar a sensação de segurança e estabilidade que tanto necessitam.

2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

Nesta fase do desenvolvimento, as crianças percecionam a morte como um fenómeno temporário e reversível (ou seja, existe um risco elevado de pensarem que a pessoa perdida vai regressar), o que facilita com que a perda seja vivenciada com alguma indiferença e apatia.



2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

Por conseguinte, torna-se particularmente importante explicar e reforçar a irreversibilidade da morte às crianças desta idade e que os cuidadores estejam preparados para que a criança questione, repetidamente, acerca do regresso da pessoa perdida até aceitar o seu não regresso (“Onde está a mãe?”; “O pai vai voltar?”). Nestas situações, é importante providenciar, sempre, a mesma explicação à criança, para que esta sinta segurança na resposta do adulto – a qual deve reforçar que a pessoa perdida não vai voltar (por exemplo, dizer “O avô morreu. Não vais voltar a vê-lo”).



2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

Por acréscimo, também não assumem a morte como um fenómeno universal e, por isso, acreditam que as pessoas que amam jamais vão partir. Por conseguinte, é fundamental referir que não são apenas “os maus” ou “vilões” que morrem, mas todos os que nos rodeiam e que é natural sentirmos sentimentos como a tristeza ou a zanga.



2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

É importante enaltecer que o pensamento mágico predomina nesta fase do desenvolvimento, o que aumenta o risco das seguintes situações: fantasiar e personalizar a morte (por exemplo, ver a morte como um esqueleto, uma imagem assustadora como acontece nos filmes) e desenvolver sentimentos de culpa e pensamentos de responsabilização em relação ao próprio (“a culpa é minha, não me portei bem”) e/ou a terceiros (“a mãe não fez o jantar, a avó ficou chateada e por isso acho que ela nunca mais voltou a nossa casa”).



2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

Em todas as fases, mas particularmente, nesta fase mais precoce em que domina o literal e o **concreto**, expressões como “o pai é uma estrela”, como mencionado anteriormente, são importantes de estarem ausentes.



2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

No que diz respeito à expressão emocional das crianças, destaca-se uma maior desorientação (por exemplo, podem parecer confusas, perdidas, por não saberem onde está a pessoa perdida), a existência de comportamentos regressivos, numa tentativa de reduzir a ansiedade (por exemplo, podem voltar a pedir o biberão, a chuchar no dedo) ou recorrer à imitação dos adultos (por exemplo, podem imitar o comportamento do avô, usar as roupas, os sapatos e procurar em seu redor o que as possa reaproximar da pessoa que morreu).

2.2.3. Idade pré-escolar (crianças entre os 2 e os 5 anos.

Naturalmente que após uma perda, nesta fase, pode surgir uma maior ansiedade de separação, dado o medo da perda de outras pessoas próximas e a percepção das crianças de que estar junto dessas pessoas impede o abandono das mesmas (o que providencia segurança às crianças).

2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 06 e 10 anos de idade)

Nesta fase do desenvolvimento, ainda que progressivamente e sempre ao ritmo próprio de cada criança, a morte começa a ser percecionada como um fenómeno irreversível, definitivo. Apesar de ainda predominar o pensamento concreto (numa fase inicial), o menor egocentrismo facilita a maior sensação de empatia pelo outro e uma potencial maior facilidade de dialogar acerca da morte com os cuidadores.

2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 06 e 10 anos de idade)

À medida que surge o pensamento lógico, as crianças focam-se nos aspetos mais concretos, físicos e mecânicos do mundo. Por conseguinte, estas tornam-se mais curiosas acerca dos detalhes da morte, surgindo questões como “o que acontece ao corpo?”. Nesta fase, a morte começa a ser percecionada como real e finita, mas persiste uma tendência a acreditar que a morte apenas atinge os outros. Não raras vezes, é também nesta fase que surge o medo da morte, dada a tendência a imaginá-la como uma personagem assustadora.

2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 06 e 10 anos de idade)

Não raras vezes, é a partir dos dez anos de idade, que o conceito de morte se torna mais abstrato, focado em aspectos mais existenciais acerca da morte, como é exemplo a descoberta do sentido de justiça e injustiça. Dada a necessidade de uma maior sensação de controlo, ordem e previsibilidade, as crianças sentem-se mais disponíveis para abordar os aspectos existenciais deste fenómeno (“Porque teve o avô de partir? Ele era tão bom para nós e para todos!”).

2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 06 e 10 anos de idade)

É importante enaltecer que, entre os 06 e os 10 anos de idade, dada a concepção da morte como irreversível, existe o risco de a criança recorrer a mecanismos de *coping* disfuncionais, como são exemplo:

- a) A negação (recusar-se a aceitar a perda, o que representa a dor profunda da criança)
- b) A idealização (da pessoa perdida, o que aumenta o risco de desejar negar a perda)

2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 06 e 10 anos de idade)

c) A culpabilização (“será que o pai foi embora porque eu me porte mal?”).

d) As oscilações de humor (momentos de distração e divertimento versus momentos de choro, agressividade, birras).

e) O desenvolvimento de medos (pela sua sobrevivência, quem vai cuidar dela, da família, ajudar na escola).

2.2.4. Idade escolar (crianças entre os 06 e 10 anos de idade)

Especificamente no que remete para a culpa (facilitada pelo pensamento mágico, em que a criança fantasia que pode mudar o mundo através dos seus pensamentos), a crença de que a morte é um castigo pelo seu mau comportamento é a que tende a predominar. Por isso, são importantes as seguintes tarefas: sublinhar que a morte não é uma personagem assustadora como apresentada nos filmes ou jogos; explicar que a morte não é um castigo e que, por isso, seria impossível a criança ser culpada; e, por fim, reforçar a irreversibilidade e universalidade da morte.

2.2.5. Pré-adolescência (a partir dos 12 anos de idade)

Não raras vezes, é na pré-adolescência que, salvo exceções, surge um entendimento da morte semelhante ao dos adultos. Ainda que a compreensão da morte seja facilitada pelas maiores competências emocionais e cognitivas que caracterizam esta fase do desenvolvimento, por vezes, é justamente nesta fase que surgem os comportamentos de reação à perda mais intensos. Tome-se como exemplo a irritabilidade, zanga, tristeza, dificuldades de concentração na escola e na interação com os colegas, amigos e professores.

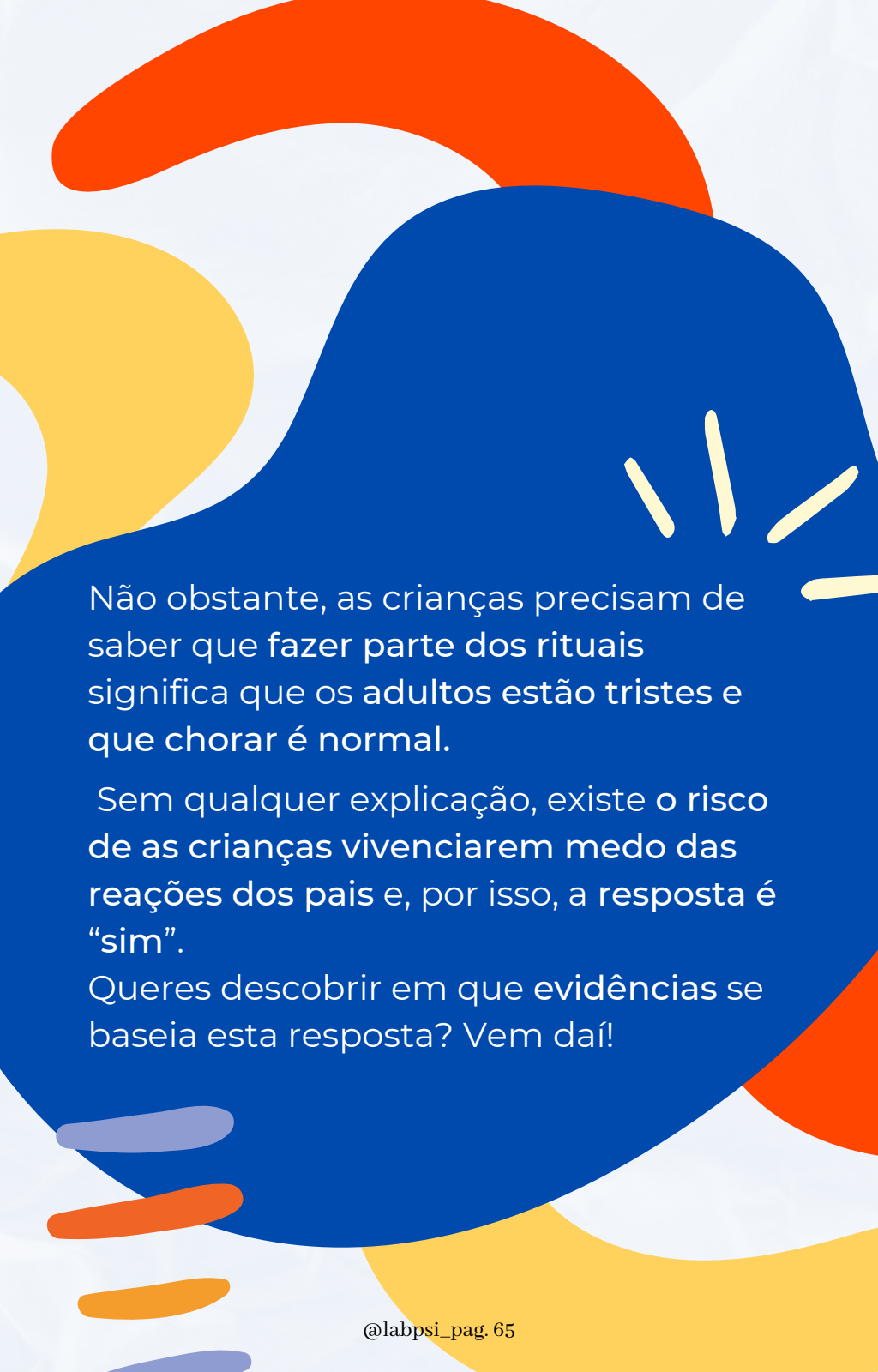
2.2.5. Pré-adolescência (a partir dos 12 anos de idade)

Apesar da tendência dos adolescentes ao isolamento e a afastar os cuidadores mais próximos, é importante “dar colo” ao seu filho (mesmo que este considere que é “demasiado crescido”). Por dar colo não se entende somente abraçar o pré-adolescente, mas incentivar a expressar as emoções, pensamentos e, inclusive, o que considera que seria importante para homenagear a pessoa perdida e sentir-se mais próximo, em termos emocionais e simbólicos, da mesma. Esta é uma forma de o adolescente sentir que tem um papel ativo no próprio processo de luto, sentir que é considerado um adulto, em detrimento de uma criança.

2.5. Devem as crianças estar presentes nos rituais do luto?

A resposta é: sim, apesar de algumas exceções e do medo associado a permitir a presença das crianças.

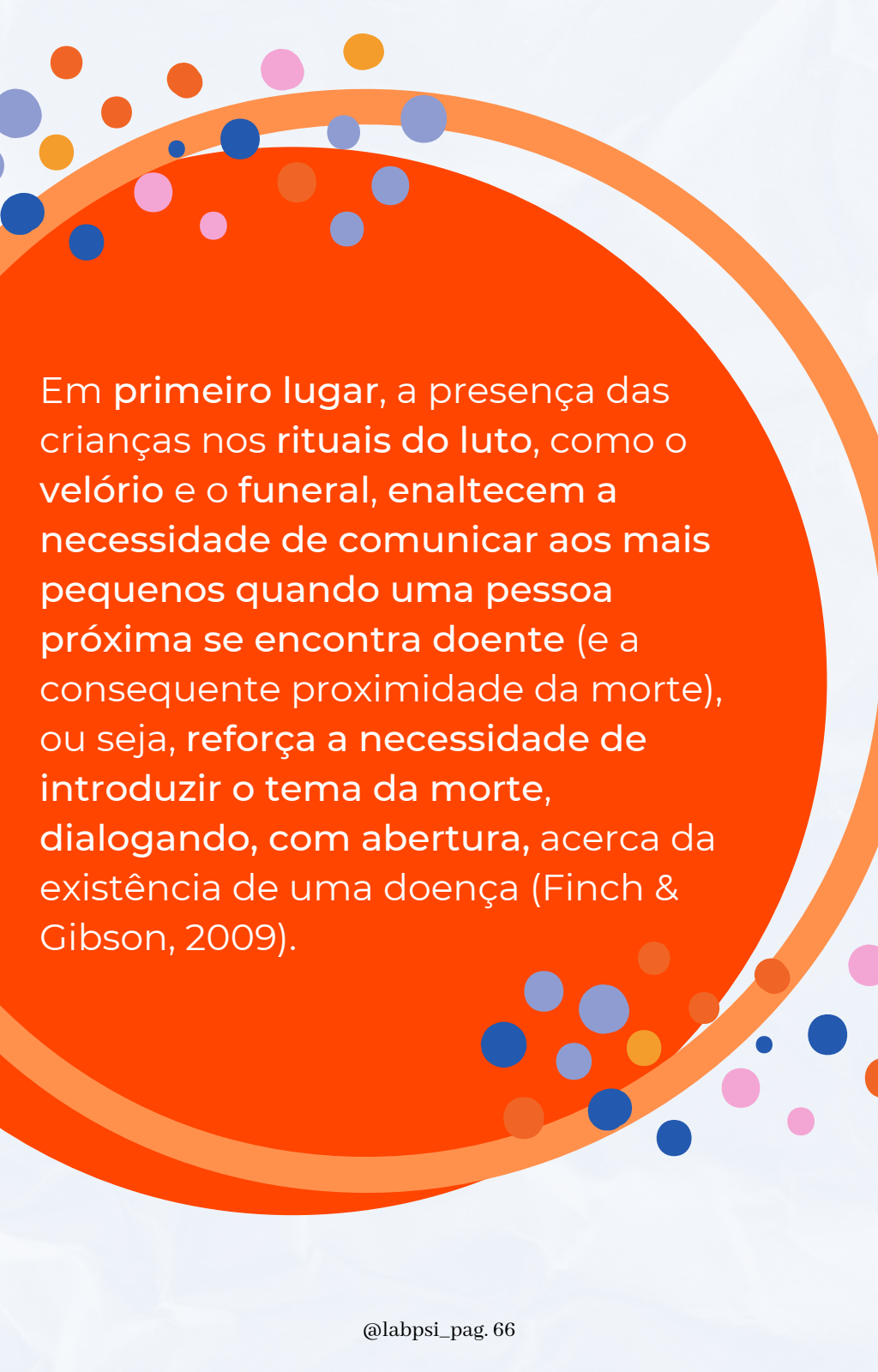
Este medo é alimentado pelo receio de provocar um episódio traumático na vida das crianças e, simultaneamente, os próprios pais terem medo de perder o controlo durante o funeral.



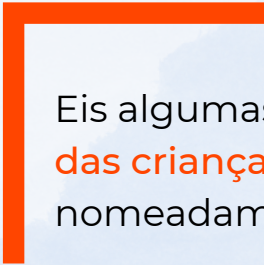
Não obstante, as crianças precisam de saber que **fazer parte dos rituais** significa que os adultos estão tristes e que chorar é normal.

Sem qualquer explicação, existe o risco de as crianças vivenciarem medo das reações dos pais e, por isso, a resposta é “sim”.

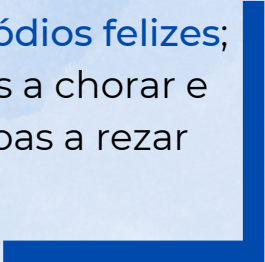
Queres descobrir em que evidências se baseia esta resposta? Vem daí!



Em primeiro lugar, a presença das crianças nos rituais do luto, como o velório e o funeral, enaltecem a necessidade de comunicar aos mais pequenos quando uma pessoa próxima se encontra doente (e a consequente proximidade da morte), ou seja, reforça a necessidade de introduzir o tema da morte, dialogando, com abertura, acerca da existência de uma doença (Finch & Gibson, 2009).



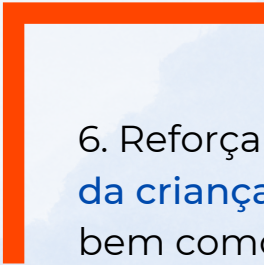
Eis algumas **guidelines** para a **participação das crianças em rituais do luto**, nomeadamente:

1. **Descrever os rituais à criança** (o que é um funeral, o **que acontece**, **quais as reações** e **comportamentos mais frequentes** das pessoas) e, após explicar, reforçar que a criança **dispõe de tempo** para tomar uma decisão;
 2. **A linguagem deve ser simples e explícita**, aquando da **definição dos rituais**. Por exemplo, verbalizar que “**Quando uma pessoa morre é realizado um funeral, onde a família e amigos se reúnem para se despedirem da pessoa**. No funeral, existem pessoas **a sorrir e a contar episódios felizes**; mas também há outras pessoas a chorar e a gritar. Também existem pessoas a rezar em voz alta ou baixinho”.
- 

3. Reforçar à **criança que é permitido expressar as suas emoções**, ou seja, que pode reagir em **função de como se está a sentir** e que **ninguém a irá julgar se quiser chorar** ou, **inclusivamente**, se a criança **desejar ir embora antes do término do ritual**;

4. Alertar que é **frequente os adultos terem reações intensas**, como **chorar ou gritar**, mas que isso **não é errado ou perigoso** (e, por isso, não necessita de ter medo);

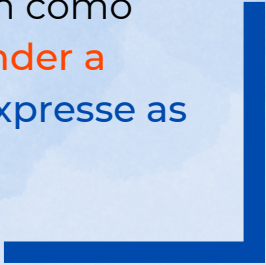
5. Preparar para as **emoções**, **pensamentos** e **sensações** que pode vir a sentir, mas **reforçar que todos temos reações diferentes** e que nenhuma delas é certa ou errada, mas única.



6. Reforçar que a **decisão de ver o corpo é da criança** e **prepará-la para o aspeto físico**, bem como para os **comportamentos típicos das pessoas** quando contactam com o corpo (tocar, beijar, olhar).

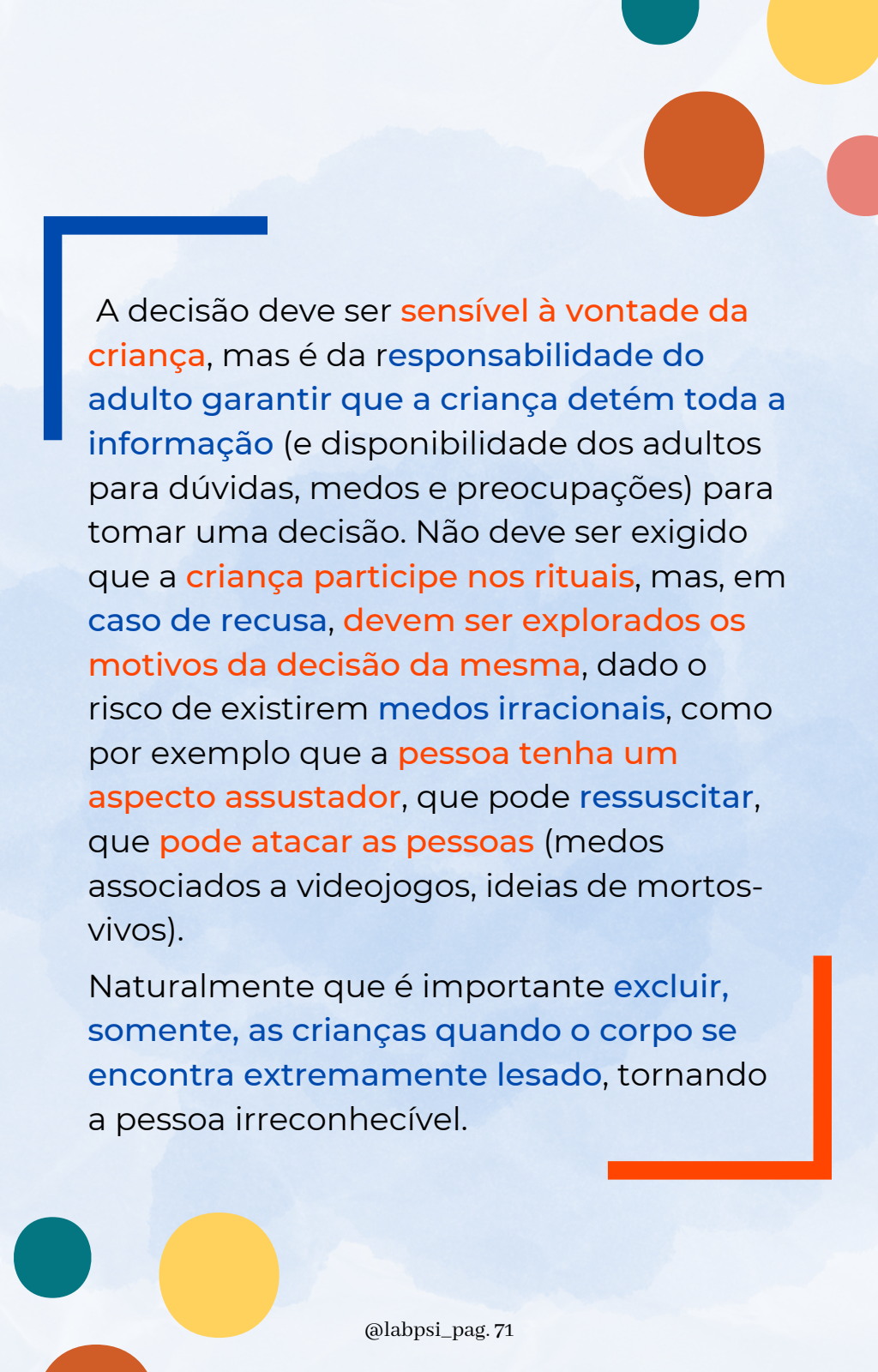
7. Partilhar que **pode tocar, abraçar e beijar a pessoa**, ou **estar durante algum tempo a sós com a mesma**, mas que é igualmente correto se decidir que não o quer fazer.

8. Em caso de a criança **decidir participar, nomear uma pessoa responsável** por **acompanhar a criança e permanecer a seu lado**. Esta deve **transmitir confiança, paz e estabilidade à criança**, pois tem como **papel único confortá-la, responder a questões** e permitir que esta **expresse as suas emoções e pensamentos**.



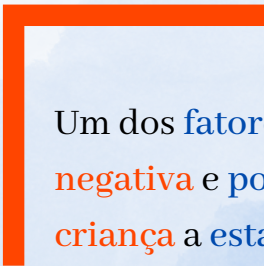
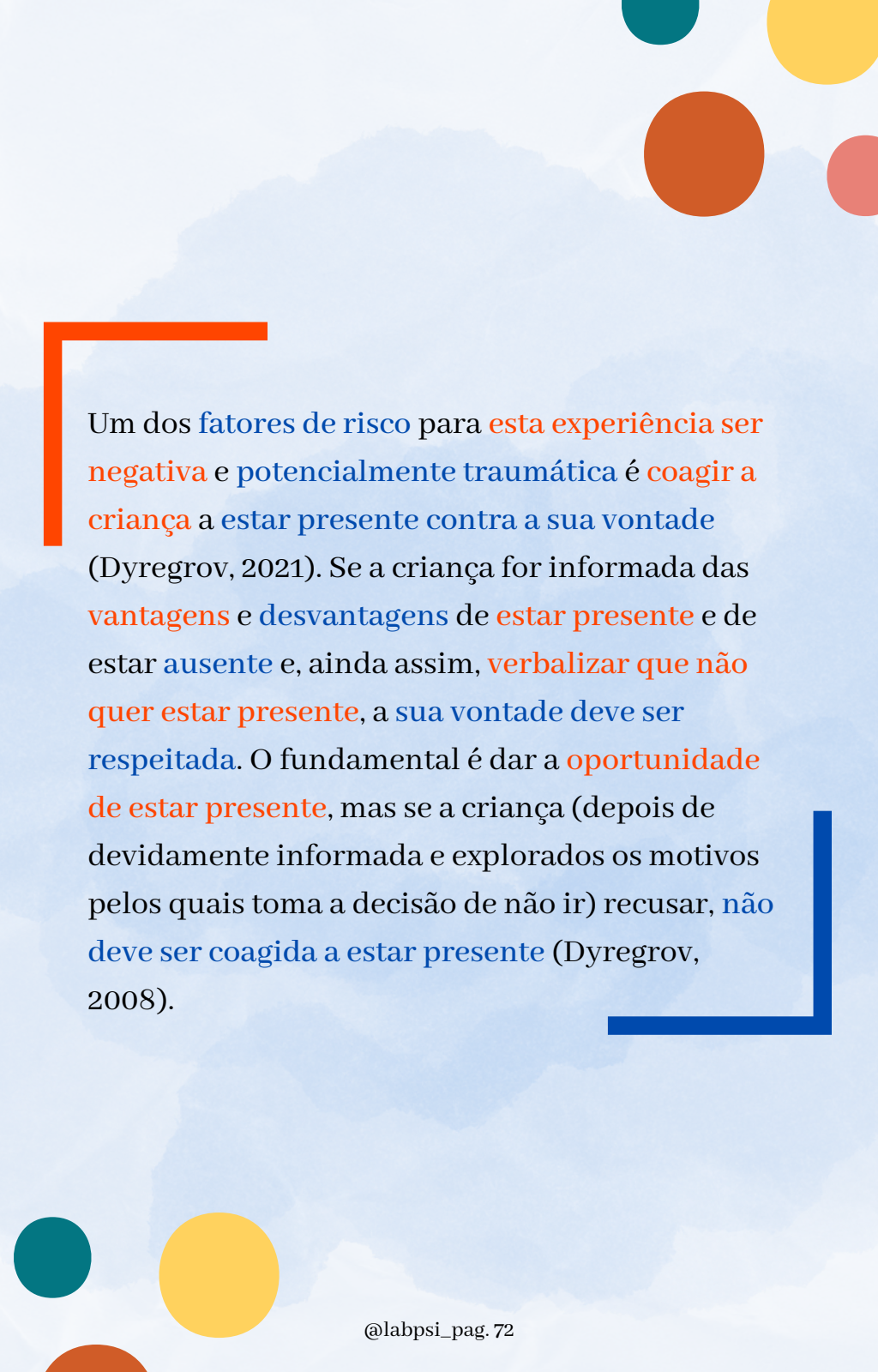
9. Se a criança **concordar**, pode ter um **papel ativo no funeral**: escolher a decoração da capela e/ou da igreja (caso se aplique), escrever uma carta de despedida e deixar no caixão, colocar flores junto ao corpo da pessoa perdida, ler um poema na missa, **entre outros elementos referidos anteriormente** - tocar, abraçar, beijar ou segurar a mão da pessoa perdida.



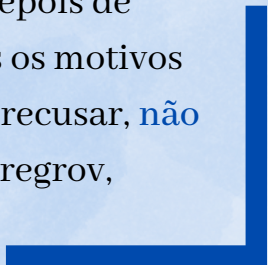


A decisão deve ser **sensível à vontade da criança**, mas é da **responsabilidade do adulto garantir que a criança detém toda a informação** (e disponibilidade dos adultos para dúvidas, medos e preocupações) para tomar uma decisão. Não deve ser exigido que a **criança participe nos rituais**, mas, em **caso de recusa, devem ser explorados os motivos da decisão da mesma**, dado o risco de existirem **medos irracionais**, como por exemplo que a **pessoa tenha um aspecto assustador**, que pode **ressuscitar**, que **pode atacar as pessoas** (medos associados a videojogos, ideias de mortos-vivos).

Naturalmente que é importante **excluir, somente, as crianças quando o corpo se encontra extremamente lesado**, tornando a pessoa irreconhecível.



Um dos fatores de risco para esta experiência ser negativa e potencialmente traumática é coagir a criança a estar presente contra a sua vontade (Dyregrov, 2021). Se a criança for informada das vantagens e desvantagens de estar presente e de estar ausente e, ainda assim, verbalizar que não quer estar presente, a sua vontade deve ser respeitada. O fundamental é dar a oportunidade de estar presente, mas se a criança (depois de devidamente informada e explorados os motivos pelos quais toma a decisão de não ir) recusar, não deve ser coagida a estar presente (Dyregrov, 2008).

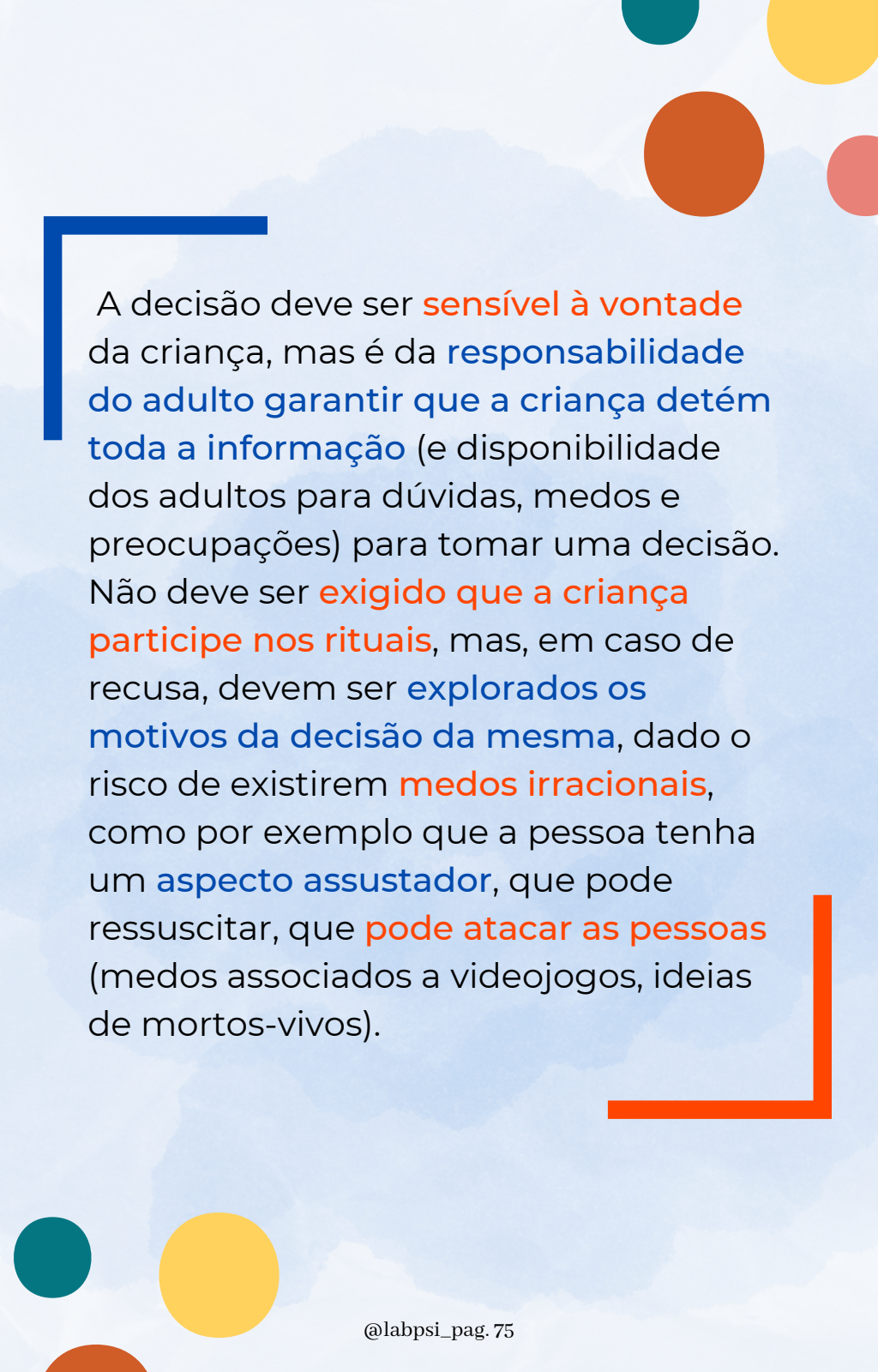


No estudo de **Søfting e colegas** (2016) com crianças que **participaram em rituais fúnebres**, o *feedback* de todos os participantes **remeteu para a valorização da respetiva presença no funeral**, inclusive para **aqueles que estavam reticentes acerca de como agir**. Para as crianças, estar presente significou **dizer adeus à pessoa perdida**, pertencer à família e à comunidade.



A sensação de pertencer à família que é potenciada pela presença nos rituais fúnebres, aplica-se às crianças mais pequenas. Se uma criança com apenas 01 ano de vida perde um dos pais e estiver presente no funeral, mais tarde, aquando da adolescência ou vida adulta, vai sentir que fez parte dos rituais familiares, que foi permitido existir uma despedida – ainda que não existam memórias explícitas (Dyregrov, 2021).





A decisão deve ser **sensível à vontade** da criança, mas é da **responsabilidade do adulto garantir que a criança detém toda a informação** (e disponibilidade dos adultos para dúvidas, medos e preocupações) para tomar uma decisão. Não deve ser **exigido que a criança participe nos rituais**, mas, em caso de recusa, devem ser **explorados os motivos da decisão da mesma**, dado o risco de existirem **medos irracionais**, como por exemplo que a pessoa tenha um **aspecto assustador**, que **pode atacar as pessoas** (medos associados a videojogos, ideias de mortos-vivos).

Naturalmente que é importante
excluir, somente, as crianças
quando o corpo se encontra
extremamente lesado, tornando a
pessoa irreconhecível.



É igualmente **responsabilidade do adulto respeitar a forma como a criança reage à perda**, como por exemplo falar repetidamente sobre a pessoa perdida, desenhar, falar sobre as emoções ou brincar. Desta forma, é importante usar o tempo com as crianças, após o funeral, para **permitir o colocar de dúvidas e também para evitar mal-entendidos**.

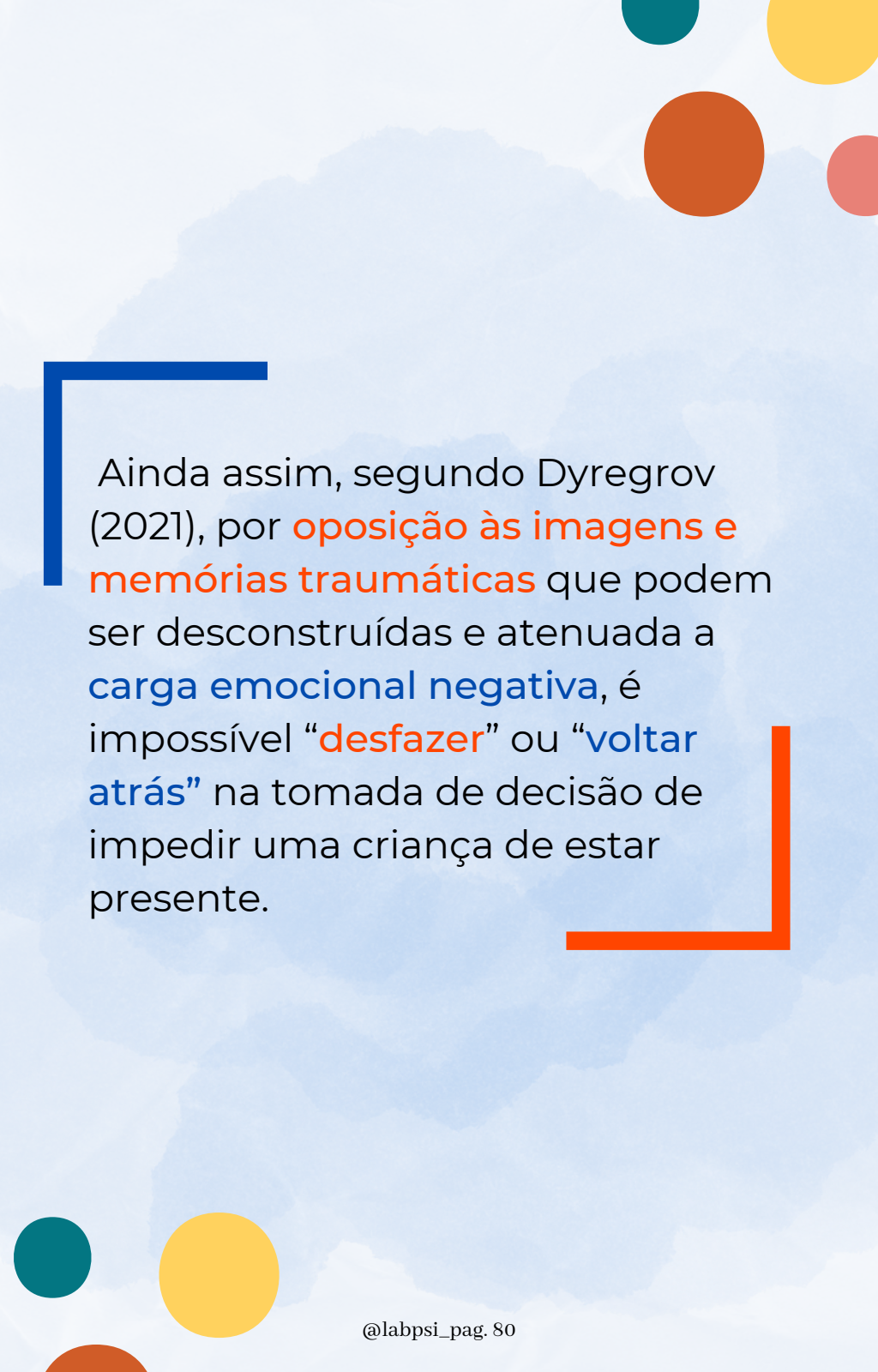


Por exemplo, se **após um funeral, os adultos estiverem a dialogar e, por algum motivo, rirem ao partilhar algo engraçado que a pessoa perdida fez ou disse, a criança, sem compreender o que está a acontecer, pode considerar este momento perturbador e inoportuno**



Por fim, mas nunca menos importante, é importante enaltecer que ainda que com todo o cuidado na preparação da criança para o funeral, este pode ser um evento traumático e, por sua vez, a criança pode necessitar de ajuda psicológica - particularmente e as imagens e memórias se tornarem intrusivas e associadas a pensamentos automáticos negativos.





Ainda assim, segundo Dyregrov (2021), por **oposição às imagens e memórias traumáticas** que podem ser desconstruídas e atenuada a **carga emocional negativa**, é impossível “**desfazer**” ou “**voltar atrás**” na tomada de decisão de impedir uma criança de estar presente.



3. Intervenção Psicológica com Adolescentes - Luto



3. Intervenção Psicológica com Adolescentes

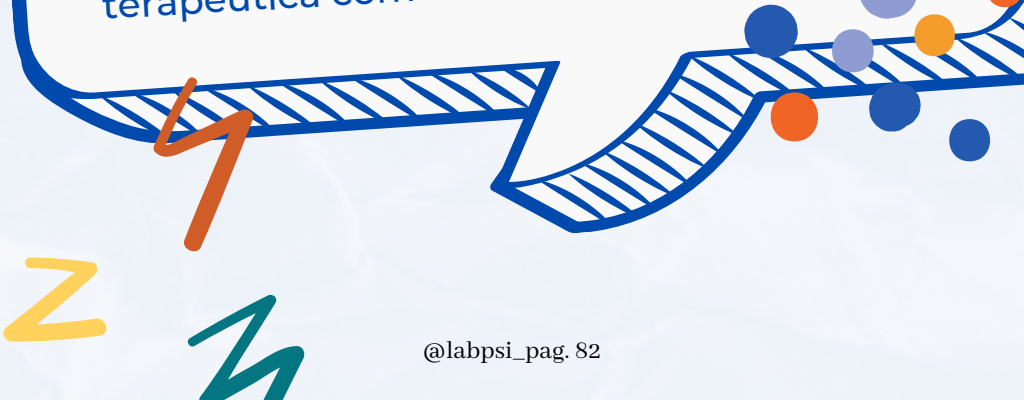
E no que remete para os **adolescentes**? Qual é o **impacto que a ciência psicológica** tem vindo a identificar como associado à **perda de uma pessoa próxima**?

A vivência de uma **perda na adolescência** é distinta da **experiência de perder uma pessoa importante na infância**, dada a **maior capacidade de compreender o conceito de morte**, as **consequências e perdas secundárias** de uma **perda**, a **reflexão filosófica e religiosa** sobre a **morte** e, inclusivamente, as **novas perspetivas sobre a vida** (Dyregrov, 2008).



Existem **dois passos primordiais** aquando da **intervenção psicológica** com **adolescentes em luto**: estudar as **reações mais frequentes apontadas pela literatura da especialidade** e **conhecer as características individuais do adolescente**, ou seja, **a sua história de vida**, **maturidade emocional**, **rede de suporte social**, assim como que **mudanças e conflitos internos se encontram a acontecer nesta fase do desenvolvimento**.

Para alcançar o **segundo passo** mencionado anteriormente e, apesar de ser uma **premissa básica para qualquer processo terapêutico**, destaca-se o estabelecimento de **uma relação terapêutica com o adolescente**.



E o que pode facilitar a aliança terapêutica?

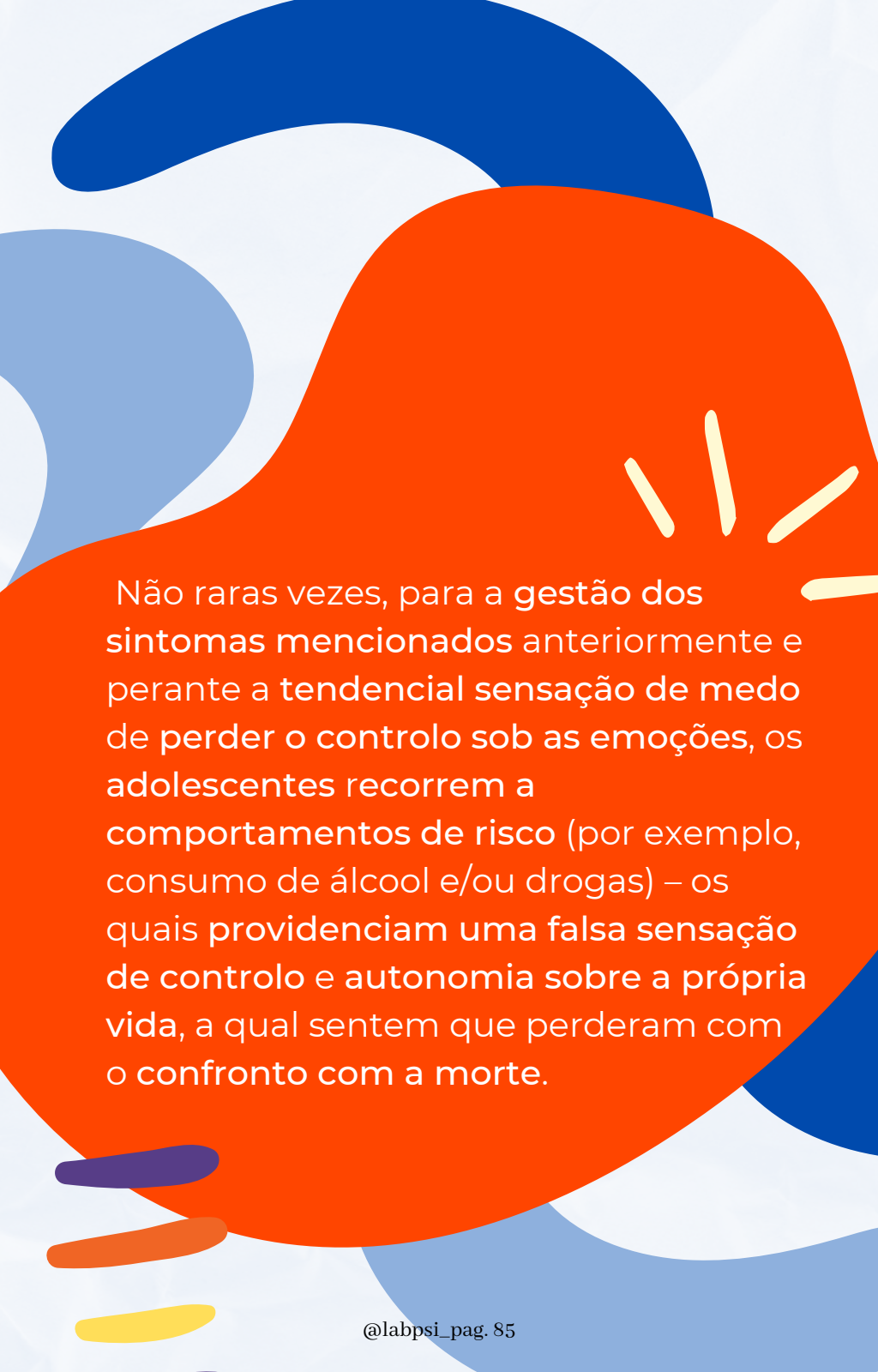
Tomem-se como exemplos:

- O conhecimento dos interesses, objetivos a curto e a longo prazo;
- Elementos da história de vida considerados mais significativos;
- Mudanças identificadas como imperativas para o bem-estar – todos os elementos que permitam um acesso genuíno e respeitador ao mundo interno do adolescente, o qual se encontra em constante mutação.



Quais as reações mais frequentes dos adolescentes num processo de luto?

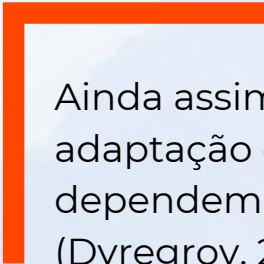
- Sintomatologia semelhante aos sintomas de depressão: tristeza profunda, choro, isolamento social, perda de apetite, dificuldade em regular o sono, quebra no rendimento académico e perda de interesse em atividades quotidianas que lhes proporcionavam bem-estar (Mannarino & Cohen, 2011).
- Sintomas que remetem para sintomatologia ansiosa: medo da morte de pessoas próximas, medo da própria morte, insónias, regressão no desenvolvimento e autonomia (Dowdney, 2000; Holland, 2008).
- Outros psicossomáticos, como dor de cabeça, náuseas, vômitos, taquicardia (Parkes & Weiss, 1983).



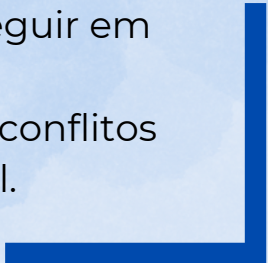
Não raras vezes, para a gestão dos sintomas mencionados anteriormente e perante a tendencial sensação de medo de perder o controlo sob as emoções, os adolescentes recorrem a comportamentos de risco (por exemplo, consumo de álcool e/ou drogas) – os quais providenciam uma falsa sensação de controlo e autonomia sobre a própria vida, a qual sentem que perderam com o confronto com a morte.

A sintomatologia mencionada anteriormente, associada aos comportamentos de risco (novos ou aumento da intensidade dos comportamentos pré-existentes à perda), potencia que sejam desenvolvidas consequências no âmbito social e familiar (por exemplo, conflitos com colegas e amigos), no domínio da sexualidade (por exemplo, aumento da atividade sexual) e no domínio escolar (por exemplo, menor rendimento) – podendo, em alguns casos, estas mudanças negativas colocar em causa o processo normativo de autonomização e independência do adolescente (Dyregrov, 2008).





Ainda assim, as respostas e processo de adaptação do adolescente à perda dependem de fatores como são exemplo (Dyregrov, 2008; Haine et al., 2008):

- a) A **natureza da perda** (e.g., abrupta, por doença prolongada, suicídio ou homicídio);
 - b) O **tipo de relação com a pessoa perdida** (quem era esta pessoa na vida do adolescente?);
 - c) O **género do adolescente** (e reações mais comuns);
 - d) O **mundo externo**: as reações externas da família e a pressão social para seguir em frente;
 - e) O **mundo interno**: tensões e conflitos internos, maturidade, emocional.
- 

Vamos analisar cada um deles!

a) **Natureza da Perda**

No que diz respeito para as circunstâncias da morte, existe um **risco elevado de complicações no luto** (por exemplo, luto prolongado, sintomas de ansiedade e/ou depressão, imagens traumáticas) aquando da **vivência de perdas inesperadas**, em que existe uma morte súbita, como é exemplo um acidente rodoviário, um homicídio ou suicídio (Pham et al., 2018; Spuij et al., 2015).

Não obstante, podem igualmente ser desenvolvidas **imagens e memórias traumáticas em casos de luto antecipatório**. Tome-se como exemplo casos de familiares com **doenças crónicas a que os adolescentes foram expostos a procedimentos médicos, internamentos e outros momentos associados a imagens com uma carga emocional negativa elevada** (Kaplow et al., 2014).

b) O tipo de relação com a pessoa perdida

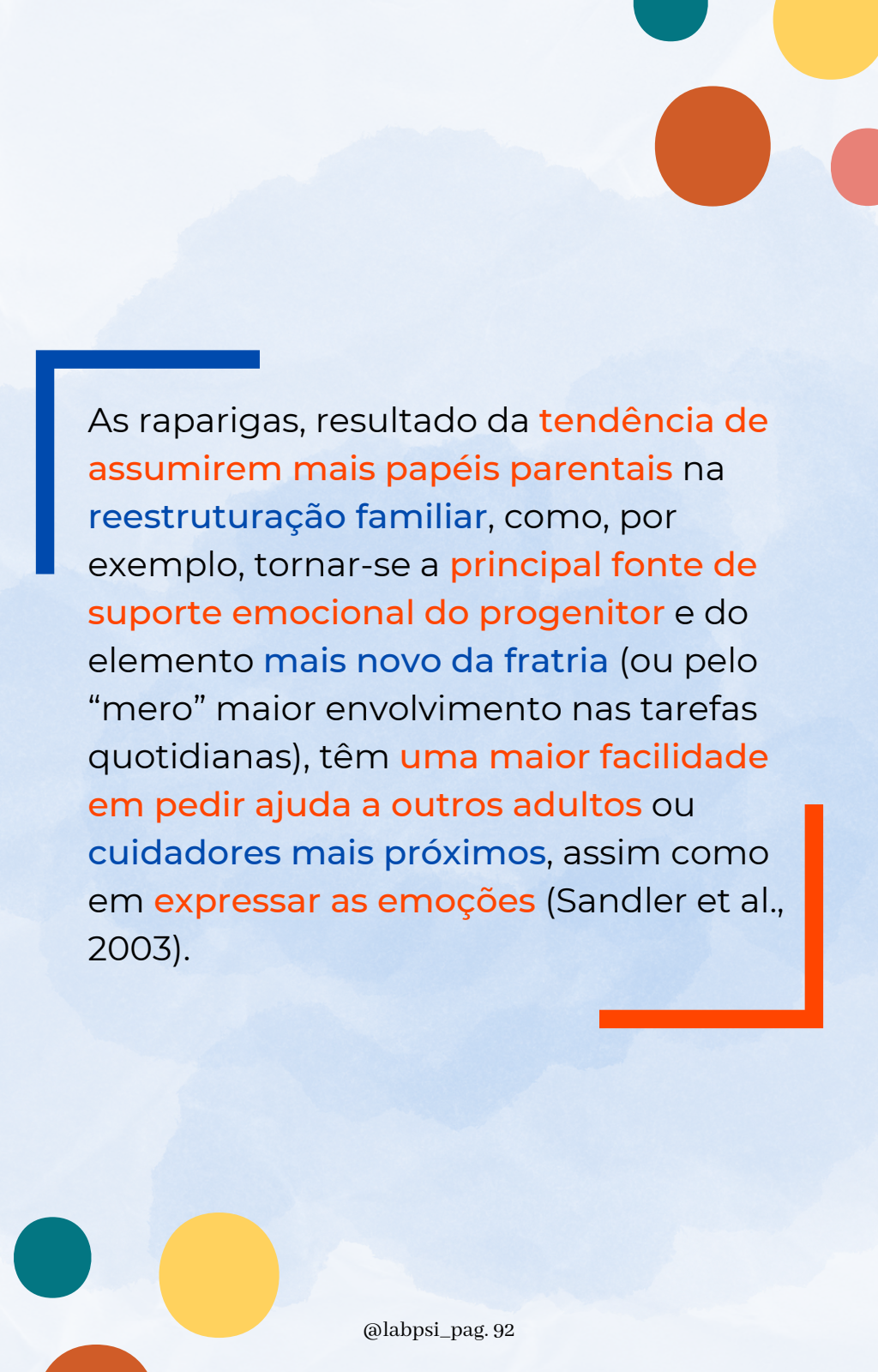
A perda, não raras vezes, que é considerada com **um impacto negativo é a perda de um dos progenitores** (Pham et al., 2018; Stikkelbroek et al., 2016), a qual se encontra associada a um **risco elevado de sintomas de depressão, ansiedade, stress pós-traumático, e luto traumático** (Haine et al., 2008). Segundo Dyregrov (2008), destacam-se ainda as **consequências desta perda na (re)organização do sistema familiar**, podendo, em algumas **situações, levar a que o adolescente assuma responsabilidades** que não são apropriadas à sua idade.

Dada a **centralidade das relações sociais na adolescência** (as quais tendem a ser intensas), outra **perda com impacto significativo** é a perda de um amigo. As **reações emocionais e comportamentais** à perda de um amigo variam em função da qualidade da amizade real e da **amizade percebida** (Corr & Balk, 2010) e das **perdas consideradas secundárias** como o **afastamento de outros amigos**, **perda das rotinas** e **dinâmicas de grupo** (Dyregrov, 2008). Outro fator facilitador do impacto significativo desta perda é o **não reconhecimento do sofrimento causado pela morte de um amigo pela sociedade** (“antes um amigo, do que um familiar” – frases feitas comuns de serem referidas) – o denominado por disenfranchised griever (Doka, 2002).

c) O **género do adolescente**

No que remete para o género, verificam-se **diferenças nas respostas dos rapazes e das raparigas**. Os rapazes apresentam tendencialmente **sintomas de externalização** (Dowdney, 2000), como **comportamentos mais agressivos e desafiantes** e, por **oposição**, as raparigas, revelam **sintomas de internalização**, associados a uma **maior facilidade em pedir ajuda**.

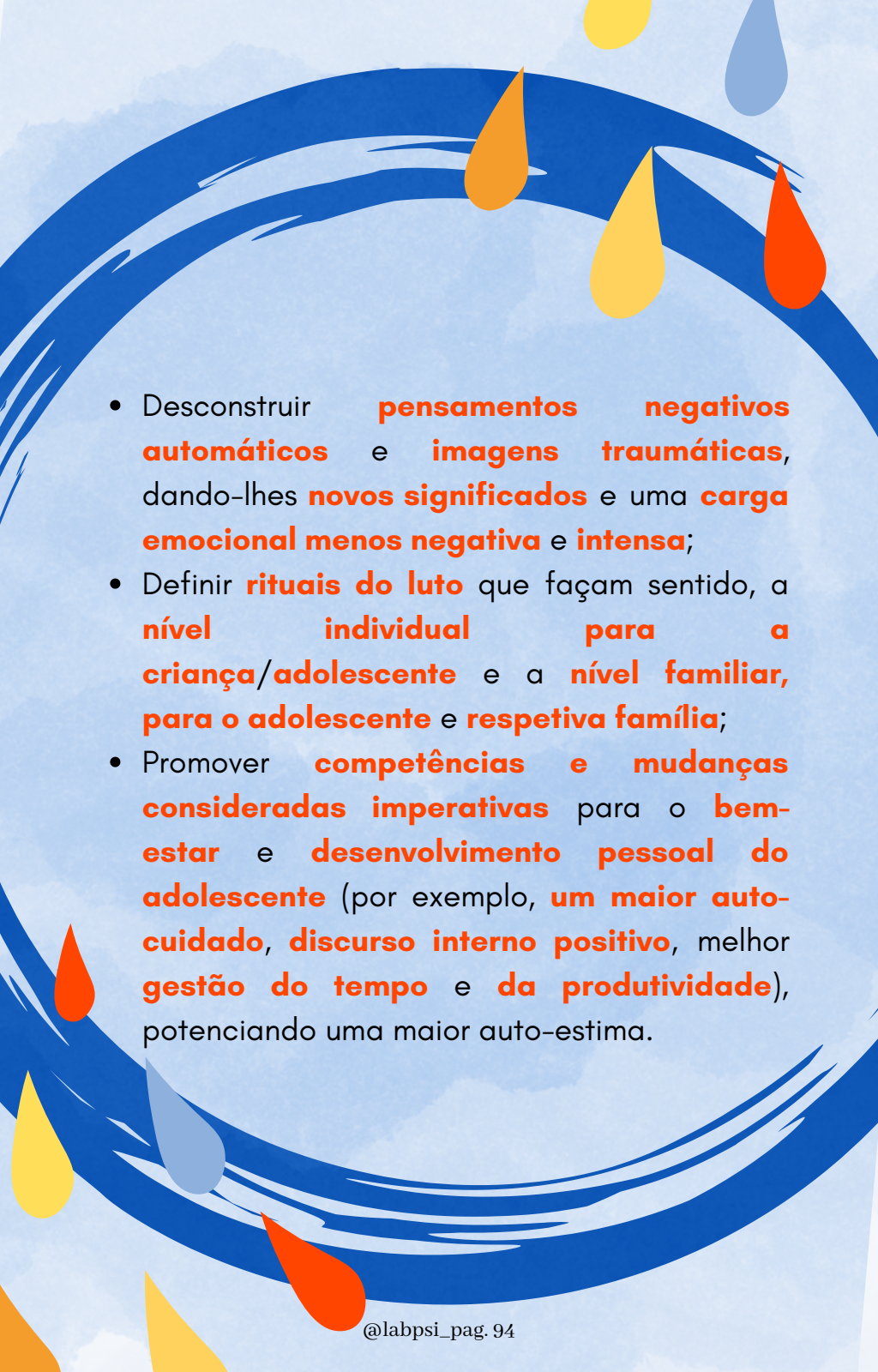
Quanto aos **rapazes**, a raiva parece ser “**bem aceite**” dada a **tendência a perceber estes comportamentos como uma forma de expressar a tristeza** (Dyregrov, 2008), uma vez que “os homens não choram”.

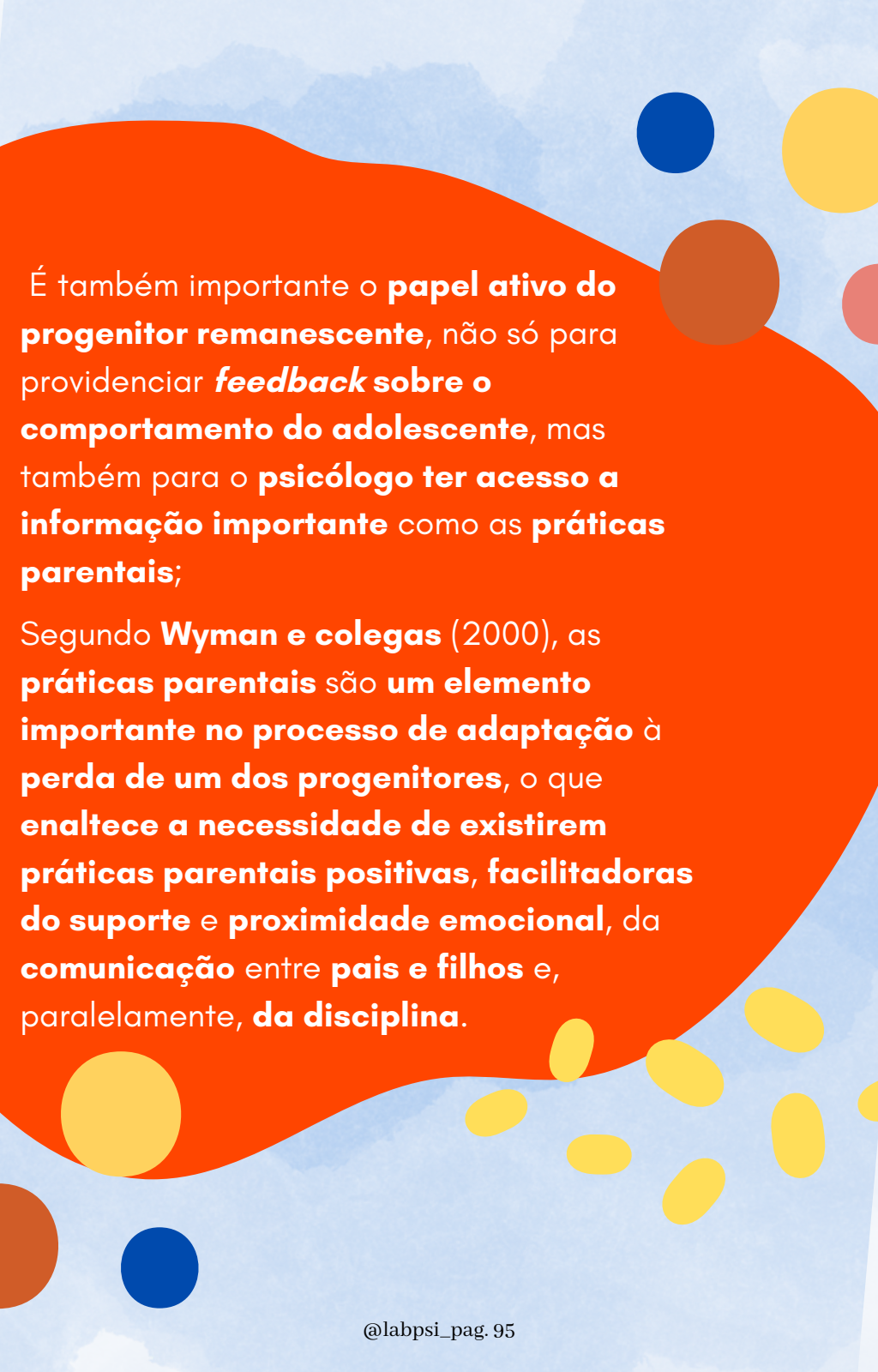


As raparigas, resultado da **tendência de assumirem mais papéis parentais** na **reestruturação familiar**, como, por exemplo, tornar-se a **principal fonte de suporte emocional do progenitor** e do elemento **mais novo da fratria** (ou pelo “mero” maior envolvimento nas tarefas quotidianas), têm **uma maior facilidade em pedir ajuda a outros adultos** ou **cuidadores mais próximos**, assim como em **expressar as emoções** (Sandler et al., 2003).

Quais os principais objetivos terapêuticos
aquando da intervenção psicológica com
crianças e adolescentes?

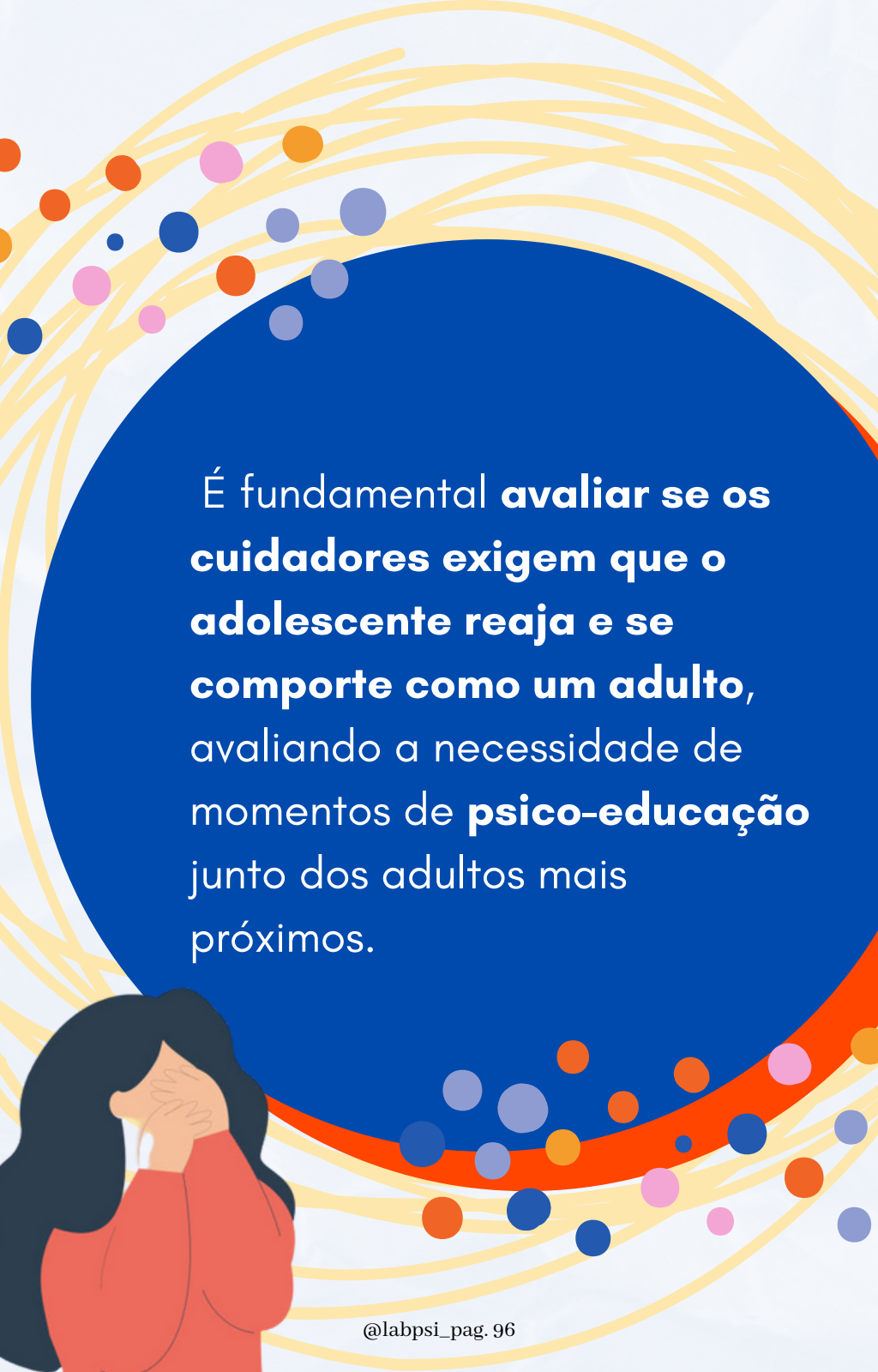
- Promover a **aceitação** e **integração da perda na história de vida**;
- Explorar **novos significados**, **reflexões** e **aprendizagens** (positivas e negativas) associadas à perda;
- Identificar **mecanismos de coping** funcionais e estratégias de regulação emocional;
- Psicoeducar acerca do processo de luto, facilitando uma maior sensação de auto-controlo sobre as reações à perda e de auto-conhecimento;
- Desenvolver estratégias de comunicação positiva e de assertividade, no sentido de melhorar as relações interpessoais;

- 
- Desconstruir **pensamentos negativos automáticos** e **imagens traumáticas**, dando-lhes **novos significados** e uma **carga emocional menos negativa e intensa**;
 - Definir **rituais do luto** que façam sentido, a **nível individual para a criança/adolescente** e a **nível familiar, para o adolescente e respetiva família**;
 - Promover **competências e mudanças consideradas imperativas** para o **bem-estar e desenvolvimento pessoal do adolescente** (por exemplo, **um maior autocuidado, discurso interno positivo, melhor gestão do tempo e da produtividade**), potenciando uma maior auto-estima.



É também importante o **papel ativo do progenitor remanescente**, não só para providenciar ***feedback* sobre o comportamento do adolescente**, mas também para o **psicólogo ter acesso a informação importante** como as **práticas parentais**;

Segundo **Wyman e colegas (2000)**, as **práticas parentais** são um **elemento importante no processo de adaptação à perda de um dos progenitores**, o que **enaltece a necessidade de existirem práticas parentais positivas, facilitadoras do suporte e proximidade emocional, da comunicação entre pais e filhos** e, paralelamente, **da disciplina**.



É fundamental **avaliar se os cuidadores exigem que o adolescente reaja e se comporte como um adulto**, avaliando a necessidade de momentos de **psico-educação** junto dos adultos mais próximos.



E que ferramentas podem ser usadas com as crianças e adolescentes para atingir os objetivos mencionados anteriormente?

Eis algumas sugestões, sempre em função da idade, género e diferenças individuais do menor, nomeadamente:

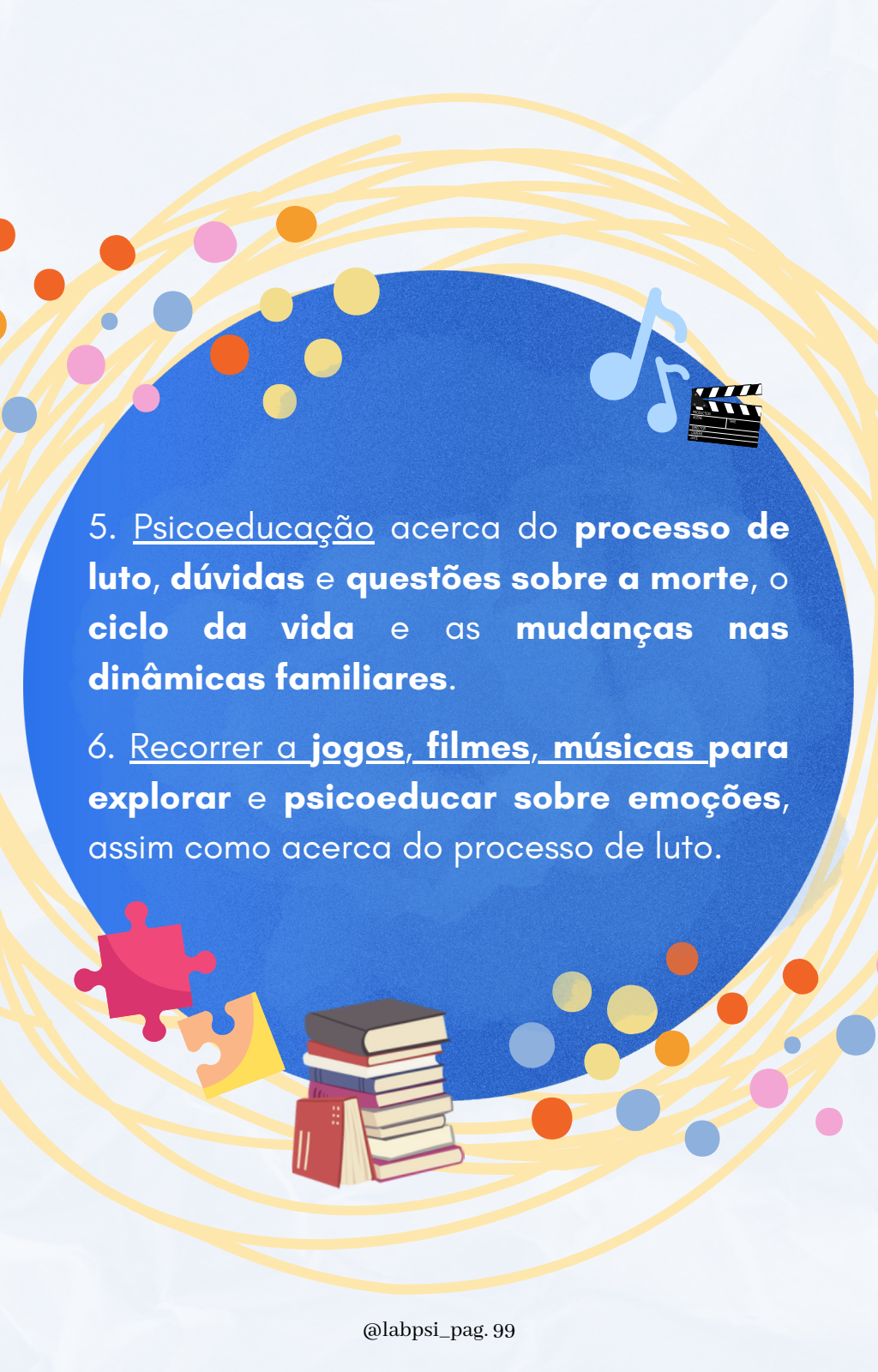
1. Desenho (desenhar acerca das emoções, desenhar para a pessoa perdida, desenhar sobre episódios e momentos do passado. Pode ser importante fazer um termómetro das emoções ou régua das emoções, de forma à criança avaliar a intensidade das emoções e as respectivas estratégias de regulação emocional para cada uma dessas emoções → É importante ouvir música? Falar com um adulto? E a criança vai aprendendo a regular as emoções).

2. **Carta** (carta de despedida, carta a expressar as emoções, carta da saudade).

3. **Diário Terapêutico** (escrever aprendizagens sobre o luto, sobre a vida e sobre o quotidiano que são alcançadas em sessão, registo de emoções, pensamentos e ideias consideradas importantes).

4. **Ajudar no regresso à escola**: potenciar a capacidade de atenção, organização, métodos de estudo (perceber o papel da pessoa perdida no domínio escolar, “era a mãe que ajudava nos trabalhos de casa?”, e ajudar o menor a ganhar autonomia e sentir-se apoiado).

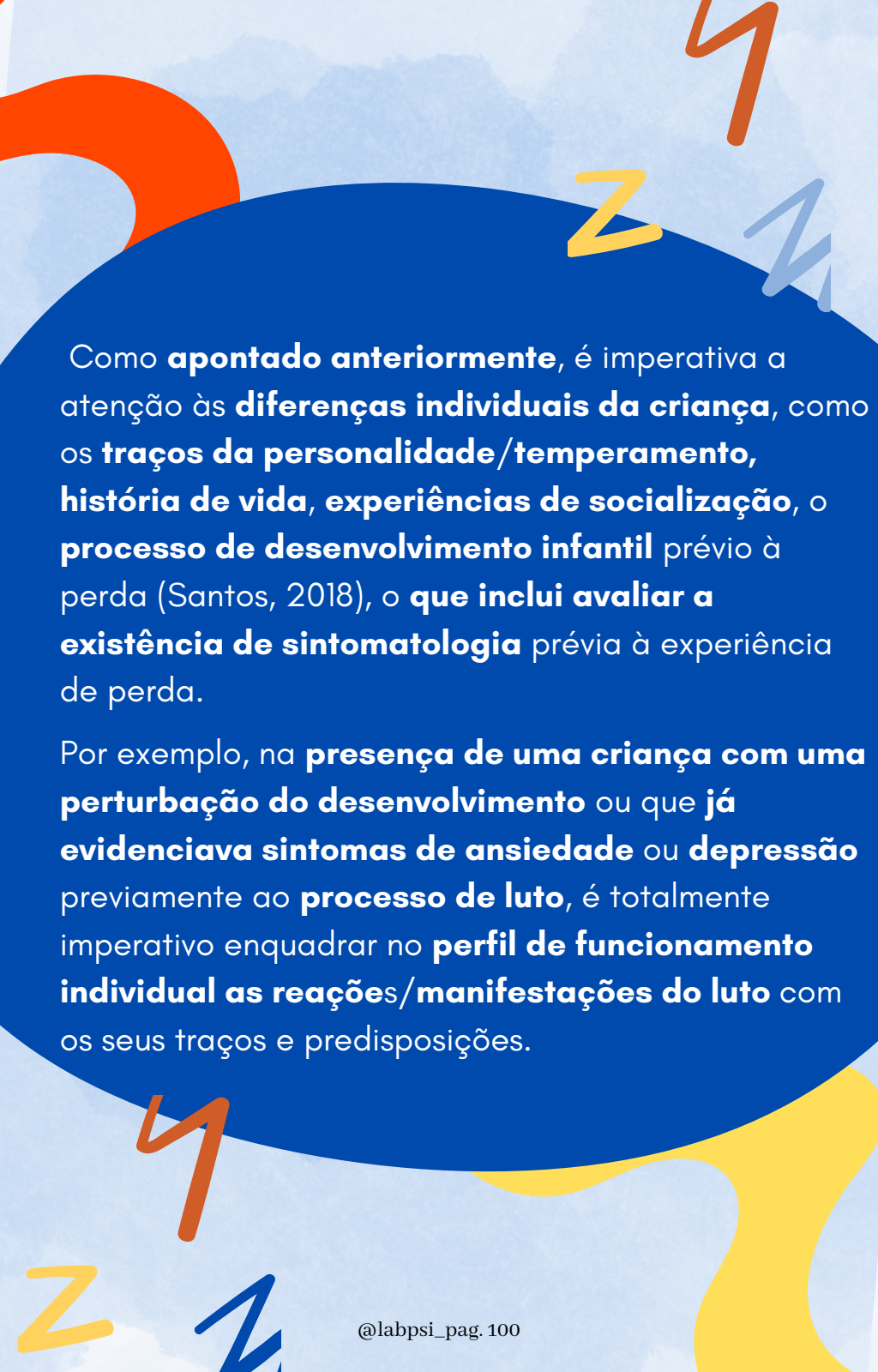




5. Psicoeducação acerca do **processo de luto, dúvidas e questões sobre a morte, o ciclo da vida** e as **mudanças nas dinâmicas familiares**.

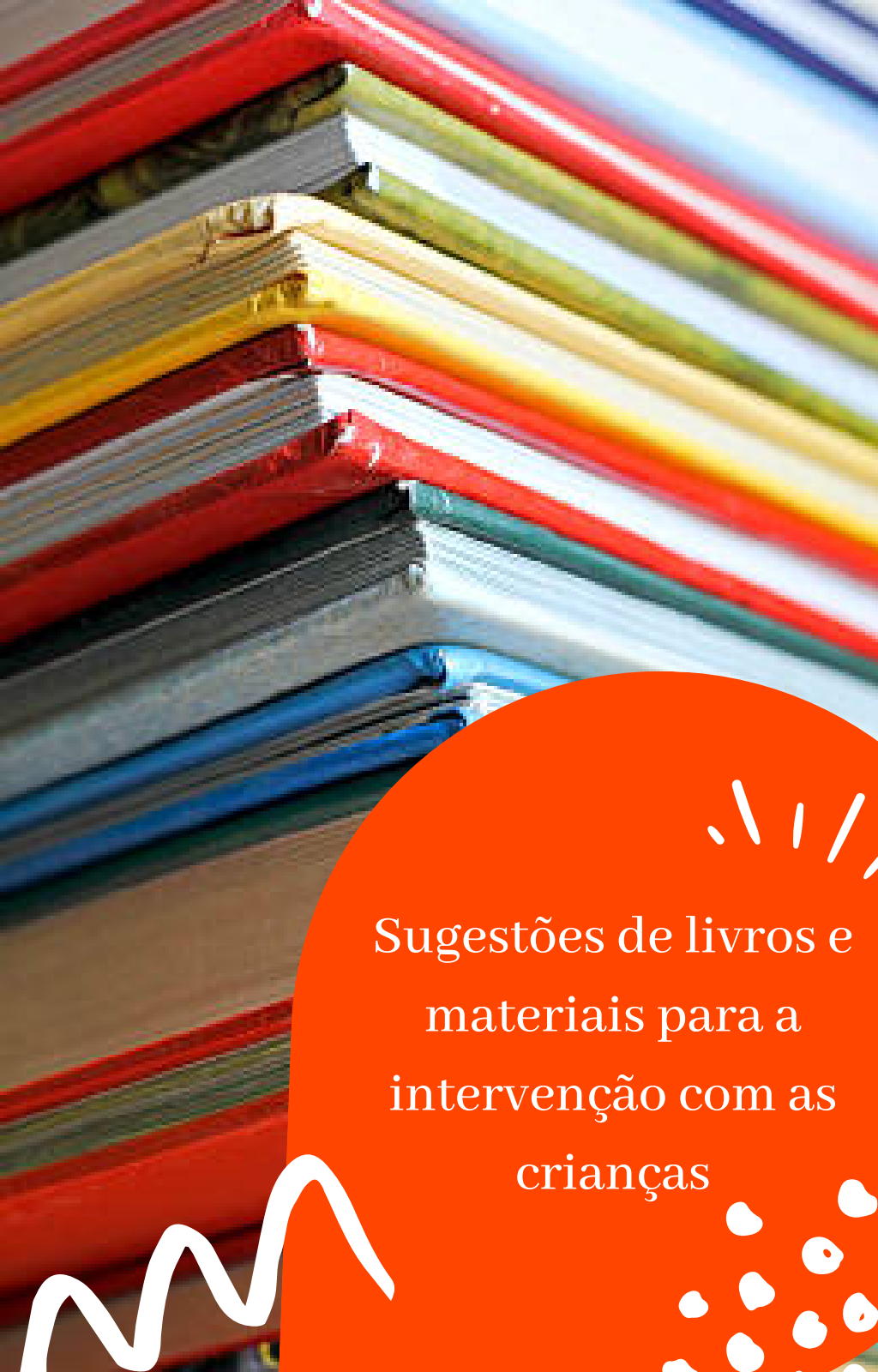
6. Recorrer a jogos, filmes, músicas para explorar e psicoeducar sobre emoções, assim como acerca do processo de luto.





Como **apontado anteriormente**, é imperativa a atenção às **diferenças individuais da criança**, como os **traços da personalidade/temperamento**, **história de vida**, **experiências de socialização**, o **processo de desenvolvimento infantil** prévio à perda (Santos, 2018), o **que inclui avaliar a existência de sintomatologia** prévia à experiência de perda.

Por exemplo, na **presença de uma criança com uma perturbação do desenvolvimento** ou que **já evidenciava sintomas de ansiedade** ou **depressão** previamente ao **processo de luto**, é totalmente imperativo enquadrar no **perfil de funcionamento individual as reações/manifestações do luto** com os seus traços e predisposições.



Sugestões de livros e
materiais para a
intervenção com as
crianças

Livro



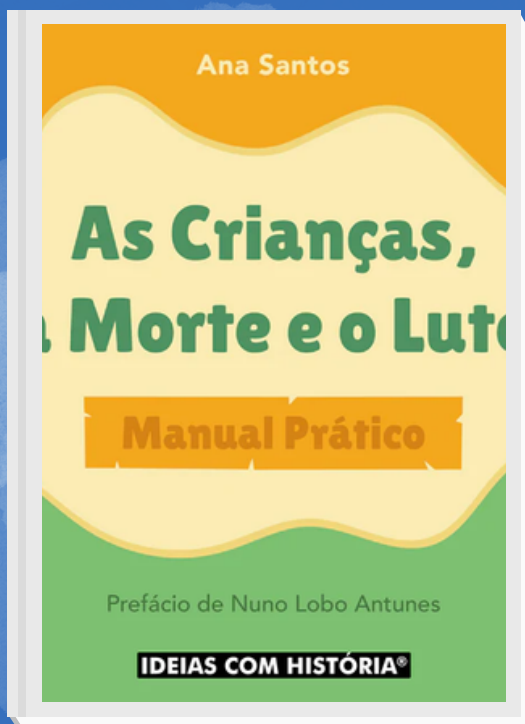
Quando a tristeza chama: manual de instruções, de Eva Eland (2019).

Livro



O Fio Invisível, de Míriam Tirado (2022)

Livro



As crianças, a Morte e o Luto: Manual Prático,
de Ana Santos (2021)

Livro



A Árvore das Recordações, Edicare (2018).

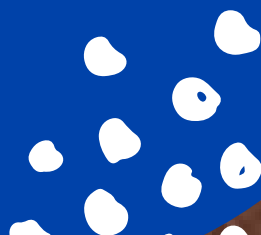
Jogo/Kit
Pedagógico

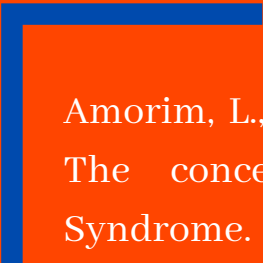


(Sobre)Viver na Selva: Luto e Perdas, de Ana Santos e Susana Esteves (2021).



Referências Bibliográficas





Amorim, L., & Assumpção Junior, F. (2012). The concept of death and Asperger Syndrome. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 363-370. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300006>

Aynsley-Green, A., Penny, A., & Richardson, S. (2012). Bereavement in childhood: Risks, consequences and responses. *BMJ Support & Palliative Care*, 2(1), 2-4. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000029>

Bowlby, J. (2004). *Apego e Perda. Perda: Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1985)



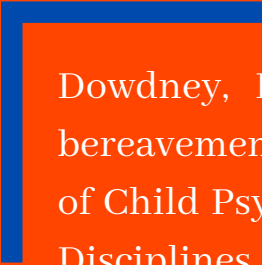


ABuckman, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Psychosocial Oncology*, 2, 138-142. [https://doi.org/10.1016/S1548-5315\(11\)70867-1](https://doi.org/10.1016/S1548-5315(11)70867-1)

Corr, C. A., & Balk, D. E. (2010). *Children's Encounters with Death, Bereavement, and Coping*. Springer Publishing

Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press

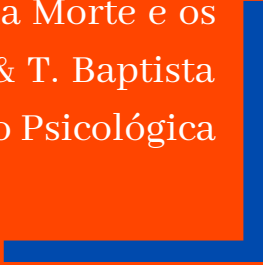




Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(7), 819-830. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00670>

Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children: A Handbook for Adults* (2nd Edition.). Jessica Kingsley Publishers

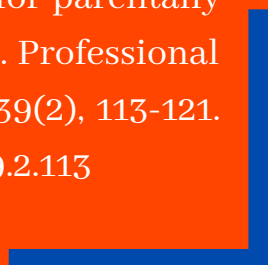
Dyregrov, A. (2021). Crianças que Perdem uma Pessoa Próxima: A Comunicação da Morte e os Rituais. In S. Gabriel, M. Paulino & T. Baptista (Eds.), *Luto: Manual de Intervenção Psicológica* (pp. 153-161)

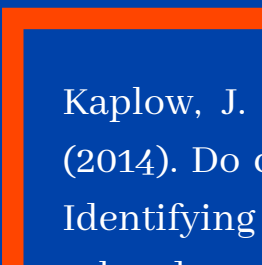




Ellis, S. J., Wakefield, C. E., Antill, G., Burns, M., & Patterson, P. (2016). Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: A systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), e12432. <https://doi.org/10.1111/ecc.12432>

Finch, A., & Gibson, F. (2009). How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.010>

Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A. (2008). Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 113-121. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.113>

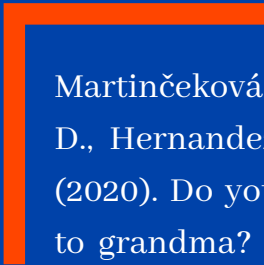


Kaplow, J. B., Howell, K. H., & Layne, C. M. (2014). Do circumstances of the death matter? Identifying socioenvironmental risks for grief-related psychopathology in bereaved youth. *Journal of Traumatic Stress*, 27(1), 42-49. <https://doi.org/10.1002/jts.21877>

Kroen, D. W. C. (2011). *Como Ajudar as Crianças a Enfrentar a Perda de um Ente Querido: Um Guia para Adultos*. Planeta.

Mallon, B. (2011). *Working with Bereaved Children and Young People*. Sage Publications

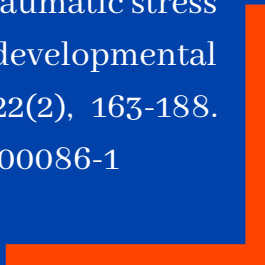




Martinčková, L., Jiang, M. J., Adams, J. D., Menendez, D., Hernandez, I. G., Barber, G., & Rosengren, K. S. (2020). Do you remember being told what happened to grandma? The role of early socialization on later coping with death. *Death Studies*, 44(2), 78-88. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1522386>

Pham, S., Porta, G., Biernesser, C., Walker-Payne, M., Iyengar, S., Melhem, N., & Brent, D. A. (2018). The burden of bereavement: Early-Onset depression and impairment in youths bereaved by sudden parental death in a 7-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 175(9), 887-896. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17070792>

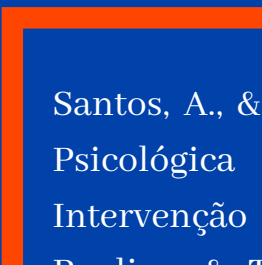
Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 163-188. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00086-1](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00086-1)



Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Kwok, O. M., Haine, R. A., Twohey- Jacobs, J., Suter, J., Lin, K., Padgett-Jones, S., Weyer, J. L., Cole, E., Kriege, G., & Griffin, W. A. (2003). The family bereavement program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 587-600. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.587>

Sandler, I., Gunn, H., Mazza, G., Tein, J. Y., Wolchik, S., Kim, H., Ayers, T., & Porter, M. (2018). Three perspectives on mental health problems of young adults and their parents at a 15 -year follow-up of the family bereavement program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(10), 845-855. <https://doi.org/10.1037/ccp0000327>

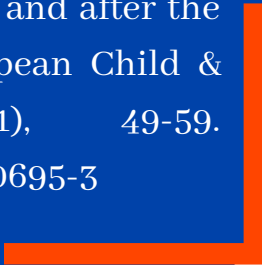
Santos, E. (2021). O Processo de Luto na Adolescência. In S. Gabriel, M. Paulino & T. Baptista (Eds.), *Luto: Manual de Intervenção Psicológica* (pp. 163-178).



Santos, A., & Albuquerque, S. (2021). Intervenção Psicológica no Luto: Concetualização e Intervenção no Luto Infantil. In S. Gabriel, M. Paulino & T. Baptista (Eds.), Luto: Manual de Intervenção Psicológica (pp. 131-149).

Spuij, M., Prinzie, P., Dekovic, M., van den Bout, J., & Boelen, P. A. (2013). The effectiveness of grief-help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(395), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-395>

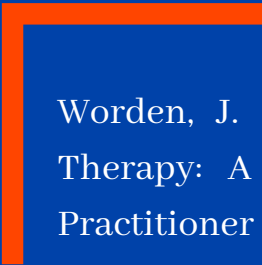
Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., Reitz, E., Vollebergh, W. A. M., & van Baar, A. L. (2016). Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 49-59. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0695-3>



Torres, W. (2002). O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 221-229. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000200012>

Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R.P. Weissberg (Eds.), *The Promotion of Wellness in Children and Adolescents* (pp. 133-184). Child Welfare League of America Press

Worden, J. (1996). *Children and Grief: When a Parent Dies*. The Guilford Press



Worden, J. (2001). Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner (3rd Edition). Routledge

Worden, J. W. (2009). Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner (4th Edition). Springer Publishing Company



The background of the entire page is a grayscale photograph of a human hand, palm facing up, with fingers slightly spread. Overlaid on the lower half of the hand is a large, solid blue circle. Inside this circle is a white, stylized graphic of a brain. At the bottom of the blue circle, there is a thick, white, wavy line that resembles an EEG or ECG trace, extending from the left edge of the circle towards the right.

LABPSI

 Laboratório de Psicologia
 Clínica e Formação