



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO PROCESSO DE RESOLUÇÃO DO LUTO

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE GRIEVING PROCESS

Sara Gabrielle de Melo Leal¹

RESUMO: A morte ainda é vista como um tabu, e na maioria das vezes as pessoas não se encontram preparadas para lidar com a perda de um ente querido. O presente trabalho refere-se a uma pesquisa narrativa sobre a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pessoas que passam por situação de luto decorrente de uma perda de um ente querido. O objetivo deste trabalho é investigar a aplicação de técnicas e estratégias da Terapia Cognitivo- Comportamental para o tratamento do luto. O método utilizado foi da bibliográfica narrativa de artigos publicados em plataformas online como SciELO e PePSIC, e em revistas online de Psicologia, como a Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e a Revista de Psiquiatria Clínica, sobre o tema referido. Foram estudados no trabalho quatro artigos que falam sobre o tratamento de pessoas enlutadas. Embora sejam poucos os trabalhos publicados sobre o tema em questão, foi possível observar de acordo com os artigos estudados, melhora nos sintomas e queixas dos pacientes atendidos.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia cognitivo-comportamental, Luto, Revisão.

ABSTRACT: Death is still seen as a taboo, and most of the time, people are not prepared to deal with the loss of a loved one. The present work refers to narrative research about the application of Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of people who are in mourning situations due to the loss of a loved one. The objective of this study is to investigate the application of techniques and strategies of Cognitive-Behavioral Therapy for the treatment of mourning. Through the bibliographic narrative of articles published in online platforms such as SciELO and PePSIC, and in online journals of Psychology, such as the Brazilian Journal of Cognitive Therapies and the Journal of Clinical Psychiatry, on the subject. Four papers dealing with the treatment of bereaved persons were used in the paper. Although few published works on the subject in question, it was possible to observe according to the articles studied, improvement in the symptoms and complaints of patients attended.

KEYWORDS: Cognitive-behavioral therapy; Grief; Review.

1 INTRODUÇÃO

A perda de um ente querido nunca é agradável e não é possível evitar a tristeza, sentimento saudosos, angústia, sentimento de pesar, dor, e até um certo nível de desesperança (dependendo do grau de proximidade com o falecido) decorrentes da ausência e da finitude do ser humano. Pensar na morte, seja ela de alguém que amamos ou a nossa própria, nos leva a refletir sobre a finitude da vida. Algo do qual não podemos fugir nem escapar. É algo incompreensível, uma realidade imutável, chega para todos e não há exceção. Questões relacionadas à morte são construídas no ser humano desde a infância e pode ser um medo do desconhecido, junto ao medo do fim de si mesmo. Quando olhamos para o outro, o medo passa a ser o da ausência da pessoa que amamos. (MARTINS, 2015)

Sendo que a morte ainda é vista como um tabu, não é algo que normalmente é falado abertamente, e quando nos deparamos com ela, não sabemos o que dizer ou como agir diante

¹ Especialista em Psicologia: Terapia Cognitivo-Comportamental (PUC Minas). saramleal@gmail.com
Orientada pela Profa. Cristina Yumi Nogueira Sedyama.

dela, diante do luto (SANTOS, 2007). Segundo o dicionário Michaelis (1998), luto é: sentimento de pesar ou tristeza pela morte de alguém; burel, cipreste; Tristeza profunda causada por grande calamidade; dor, mágoa, aflição; panos pretos com que se forram a câmara ardente, a casa ou a igreja por ocasião do falecimento de uma pessoa; vestes escuras que a família e amigos da pessoa falecida usam durante certo tempo, como sinal do seu pesar ou tristeza; tempo que dura o uso dessas roupas; o aspecto tristonho das coisas.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), o processo de luto se assemelha a um Episódio de Depressão Maior, no entanto, embora possam ser observadas algumas semelhanças, são bem distintos. As perdas podem propiciar o aparecimento de sentimento de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e, conseqüentemente, perda de peso. Abaixo o trecho do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) com as diferenciações entre o Episódio Depressivo Maior e o Luto:

Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicas. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das rumações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideiação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão. (DSM-5, 2014. p. 126)

Ainda de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), o luto con-figura um “anseio intenso ou saudades da pessoa falecida, tristeza intensa e dor emocional e preocupação com a pessoa falecida ou com as circunstâncias da morte são respostas esperadas” (p. 194).

No livro *Sobre a Morte e o Morrer*, de Elizabeth Kübler-Ross (1997), são mostradas as fases da morte, pela perspectiva de pessoas que estavam acometidas de alguma doença que poderia pôr fim à sua vida. Em uma outra obra publicada pela mesma autora, com consultoria de David Kesler, em 2005 (*On Grief and Grieving*, sem tradução para o português), são des-

critas as fases do luto da perspectiva de familiares e amigos que perdem seus entes queridos. Nesse sentido, as fases do luto proposta por Kübler-Ross (2005) podem ser divididas em 5 fases, sendo elas:

Negação: a primeira fase. Ao receber a notícia do falecimento de um familiar ou amigo, a primeira reação é não acreditar, negar que aquilo está acontecendo.

Raiva: segunda fase. É um sentimento que não possui uma lógica, pois não precisa ser direcionado a uma pessoa específica.

Barganha: terceira fase mencionada pela autora. Nessa fase, há uma tentativa de adiar o sofrimento originado naquela situação. A pessoa tenta de negociar com Deus, por exemplo, algo que pudesse trazer a pessoa de volta. Pode, nessa fase, aparecer a culpa e pensamentos como “eu poderia ter sido melhor?”, ou “se eu tivesse feito algo diferente isso teria acontecido?”. O sentimento não é fixo: ao mesmo tempo que se pensa em ter a pessoa de volta, há uma esperança, ou pedido, para que, já que não foi inevitável a morte do ente querido, que não haja tanto sofrimento com sua ausência.

Depressão: quarta fase do luto. É o momento que antecede a aceitação, enfrentam aspectos mais práticos da perda, e é considerada uma reação normal diante do luto.

A *aceitação* é a quinta e última fase. É uma aceitação da realidade, que o ente querido não está mais presente fisicamente. Passa-se a aceitar a nova fase, e aprende-se a viver sem aquela presença.

Segundo Silva (2009), o sujeito enlutado passa por esse processo, percorrendo as fases acima citadas, porém nem todos vivenciam todas as fases, e não há necessariamente uma ordem fixa para tal experiência.

Com isso, pode-se observar que a tristeza e saudades são características do luto, portanto, normais e nem sempre são reações demonstradas ou sentidas da mesma maneira por todas as pessoas, sendo que cada indivíduo sente e lida de uma forma específica com esse processo. O processo de luto provoca fortes sentimentos e é necessário tempo para sua elaboração, muitas vezes um tempo maior que o que a sociedade está disposta a oferecer (Silva, 2009).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se baseia em um modelo educacional e indutivo, havendo uma orientação experimental e objetiva (Silva, 2009). Martins (2015) afirma que a TCC traz, então, uma série de estratégias e técnicas que seriam boas aliadas para auxiliar o processo e resolução do luto. O modelo cognitivo-comportamental propõe que o pensamento disfuncional (ou mal adaptativo) é comum a todos os transtornos psicológicos, e

afirma que quando as pessoas avaliam esses pensamentos, podem obter melhora em seu estado emocional e no seu comportamento.

De acordo com Wright, Basco e Thase (2008), a TCC se baseia em dois princípios centrais, que são: a cognição influencia nossas emoções e comportamentos; a forma como nos comportamos ou agimos afetam nossos padrões de pensamento e as emoções. Nesse sentido, Judith Beck (2013) descreve que seu pai, Dr. Aaron Beck buscava trazer melhor demonstração da psicanálise para a medicina quando percebeu que a origem de sintomas depressivos era na cognição distorcida da realidade e que os pensamentos distorcidos de seus pacientes estavam repletos de uma visão negativa sobre si mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro. A partir daí, passa a atender seus pacientes através de uma abordagem cognitiva, ajudando os pacientes a identificar, avaliar e responder aos pensamentos desadaptativos, percebendo melhora nos sintomas.

Segundo Beck (2013), o ponto de partida do tratamento na TCC parte da fonte do sofrimento do paciente, a partir das distorções que aparecem na forma de o sujeito pensar sobre si mesmo, e sobre o mundo. E um dos objetivos é a correção dessas distorções que formam o problema, e também mostrar ao paciente formas eficazes para que enfrente os problemas. O tratamento se baseia em uma compreensão de cada paciente, onde suas crenças e padrões de comportamento são identificados. Para que a melhora seja efetiva, o terapeuta trabalha com a tríade cognitiva, que são as crenças do paciente sobre si mesmo, sobre o seu mundo e sobre outras pessoas. (BECK, 2013).

De acordo com Martins (2015), quando uma pessoa perde um ente querido, há uma modificação na forma com que lida com o mundo, e com a forma de enxergar o mundo e as outras pessoas. A ausência da pessoa no dia-a-dia traz inúmeras desestabilidades na forma de pensar sobre si mesmo.

A partir dessa visão, o objetivo do presente trabalho é de analisar e investigar através de revisão narrativa, a aplicação de técnicas e estratégias da Terapia Cognitivo – Comportamental no tratamento de pessoas em processo de luto, abordando sua eficácia no tratamento do luto.

2 METODOLOGIA

A presente revisão bibliográfica narrativa foi composta por artigos científicos disponíveis *online* nas bases digitais do Google Acadêmico, SciELO, PePSIC e também na Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Revista de Psiquiatria Clínica, além de livros publicados

sobre a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pessoas enlutadas. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: luto, terapia cognitivo-comportamental, enlutado, fases do luto. Foram incluídos todos os trabalhos em português que trazem pesquisa ou relatos sobre aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do luto e foram excluídos os trabalhos que não abordavam o tema escolhido.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Através das pesquisas, foram encontrados quatro artigos nas bases de dados mencionadas que falam da aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do luto, sendo que três artigos falam do protocolo de atendimento de paciente enlutado: Silva (2009), Silva e Nardi (2011) e Zwielewski e Sant'Ana (2016), e o outro artigo traz uma revisão bibliográfica para atendimentos, a serem definidos de acordo com cada paciente (BASSO; WAINER, 2011).

De acordo com Basso e Wainer (2011), o tratamento com pessoas em processo de luto deve caminhar no sentido de auxiliar o paciente a restabelecer uma rotina, a reestruturar a vida de modo a funcionar de forma inteira e eficaz. A TCC deve minimizar os efeitos emocionais que são causados pela perda do ente querido. O objetivo da terapia é de facilitar o processo de readaptação do indivíduo.

Num primeiro momento de terapia devem ser identificadas as principais preocupações do paciente, e priorizá-las no tratamento. A auto eficácia do paciente também deve ser estimulada, para que ele possa entender e conhecer suas capacidades com o objetivo de passar por aquele processo. O terapeuta deve mostrar empatia, respeitar e adequar ao ritmo do paciente, especialmente no uso de técnicas e estratégias, caso haja um confronto o paciente pode criar resistência ao tratamento, dificultando ou até mesmo impossibilitando o processo. (SILVA; NARDI, 2011).

Os artigos encontrados apresentam como ponto em comum a situação de pacientes enlutados e a dificuldade de se readaptar a vida, reestabelecer uma nova rotina e novos costumes, especialmente em casos de morte súbita do ente querido.

Além disso, situações estressoras, como o falecimento de um ente querido, podem ser situações ativadoras de crenças disfuncionais que foram criadas ao longo da vida. O luto traz, portanto, uma série de sintomas e sinais específicos físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais. Alguns dos sintomas trazidos pelos autores Silva (2009), Silva e Nardi (2011) e Zwielewski e Sant'Ana (2016) são:

- *Físicos*: vazio no estômago, perda de apetite, falta de ar, aperto no peito, dores de cabeça, náusea, fraqueza muscular, falta de energia, sensação de despersonalização.
- *Emocionais*: agonia, desesperança, medo, solidão, fadiga, desamparo, culpa, choque, saudade.
- *Cognitivos*: confusão, sensação de presença, alucinações, descrença, preocupação com futuro.
- *Comportamentais*: insônia, isolamento social, sonhos com o ente falecido, idas a lugares que trariam a pessoa à memória, choro, hiperatividade.

É mencionado pelos autores acima citados, o cuidado e sensibilidade que o terapeuta deve ter ao elaborar o diagnóstico de luto, em que os sintomas são apropriados às circunstâncias, enquanto pacientes que se enquadram em um diagnóstico de depressão tendem a apresentar maior prejuízo disfuncional e são vinculados a crenças disfuncionais. No processo de luto, a adaptação pode ser dificultada, e ainda pode levar a quadros de depressão mesmo depois de alguns meses depois da perda. No luto os sintomas tendem a diminuir com o passar do tempo.

De acordo com Beck (2013), as crenças estabelecidas decorrentes da perda de um ente querido são ativadas de acordo com a forma que o paciente entende a morte, a reação dependerá dos padrões aprendidos pelo indivíduo e vão refletir e interferir na alteração emocional e comportamental devido aos pensamentos disfuncionais. Beck (2013) traz em seu livro os principais pensamentos disfuncionais de acordo com a Teoria Cognitivo-Comportamental; são eles:

- *Pensamento de tudo ou nada*: As situações são vistas em apenas duas categorias, ou são totalmente boas, ou totalmente más. Também chamado de pensamento absolutista ou dicotômico.
- *Catastrofização*: Ou adivinhação. O futuro é previsto negativamente, e não são levados em conta outros significados, não há outra possibilidade.
- *Desqualificar ou desconsiderar o positivo*: O indivíduo se convence de que as situações positivas não valem, ou não contam, pois entra em conflito com a visão negativa de si mesmo.
- *Raciocínio emocional*: Acredita que algo deve ser verdade, pois sentiu intensamente (acreditou) e qualquer evidência contrária é ignorada.
- *Rotulação*: É colocado em si ou nos outros um rótulo fixo e global, sem considerar as evidências que possam levar a uma conclusão menos desastrosa.

- *Maximização/Minimização*: Ao avaliar outra pessoa ou situação, o lado negativo é magnificado e/ou o lado positivo é minimizado.
- *Filtro mental*: Ou abstração seletiva. É dada atenção indevida a um detalhe negativo ao invés de avaliar a situação como um todo.
- *Leitura mental*: O indivíduo acredita que sabe o que os outros estão pensando, e possibilidades mais prováveis (e agradáveis) não são levadas em conta.
- *Supergeneralização*: É tirada uma conclusão negativa radical que ultrapassa a situação atual.
- *Personalização*: Os outros agem de forma negativa por causa do indivíduo, sem considerar outras opções mais plausíveis.
- *Imperativos*: Ideia fixa de como ele mesmo e os outros devem se comportar e hipervaloriza o quão ruim será se as expectativas não forem atendidas.
- *Visão em túnel*: São vistos apenas aspectos negativos da situação.

São necessárias, de acordo com os artigos estudados, uso de estratégias que vão auxiliar o enlutado a produzir respostas saudáveis, com mecanismos e comportamentos que possam ser aprendidos ou modificados. A listagem das técnicas e estratégias foi feita de forma aleatória pelos autores, e não exigem ordem específica. As estratégias propostas por Basso e Wainer (2011) são:

- *Resolução de problemas*: é usada para avaliar como e o que o enlutado está priorizando. Nesse momento, busca-se a melhora na habilidade de resolver problemas, maximizando o que está funcional e diminuindo a complexidade dos mesmos (NEZU & NEZU, 1999). É importante que o paciente consiga verificar a existência de distorções cognitivas que impossibilitam a busca e a tentativa de alternativas saudáveis. Ainda, é fundamental a construção de estratégias e recursos que podem facilitar e auxiliar no enfrentamento da situação problemática: “Será que não haveria outras formas de lidar com essa situação?”; “Que empecilhos podemos encontrar?”; “Haveria algum recurso disponível que pudesse nos auxiliar nesse momento?” (NEZU & NEZU, 1999).
- *Automonitoramento*: aumentar a capacidade de metacognição, com intuito de o paciente perceber como pensa e passa a ter sentimentos e comportamentos devido às crenças. Recomenda-se que, diante de uma situação aversiva, o paciente identifique o que está fazendo, pensando, sentindo. É o pensar sobre o pensamento. “Desde quando fulano faleceu, as pessoas não me procuram mais. Se esse pensamento fosse verdade, como me sentiria?” (FLAVELL, 1979)

- *Treino de habilidades sociais*: aumentar e ensinar novas habilidades cognitivas como o automonitoramento, habilidades verbais e, principalmente, comportamentais, para que o enlutado consiga perceber e lidar melhor com o ambiente (CABALLO, 1999). Neste caso, recomenda-se que possam ser listadas algumas situações em que o paciente apresenta dificuldades para resolver. Na maioria das vezes, os pacientes enlutados encontram-se deprimidos e tendem a antecipar sentimentos negativos, bem como avaliam erroneamente o grau de dificuldade. Diante das situações listadas e por meio de um ensaio comportamental, avalia-se como o paciente se comportaria em determinada situação, e juntos, paciente e terapeuta, treinam uma resposta adaptativa: “Já que treinamos em sessão, o que você acha de tentar aplicar nas situações que, num primeiro momento, você consideraria embaraçosas?”; “O que aconteceria se você tentasse?”
- *Estratégias de coping*: o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas, ou seja, uma resposta cognitiva e comportamental ao estresse, com objetivo de suavizar características aversivas. É preciso que os pacientes busquem novas estratégias de enfrentamento, frente às anteriormente internalizadas. Além disso, realizar o levantamento de outros eventos adversos na vida dos enlutados e quais estratégias foram úteis para amenizar os sintomas gerados: “Quando você se encontrou numa situação difícil, como você lidou com ela?”; “Se uma pessoa amiga estivesse na mesma situação na qual você se encontra, que conselho daria a ela?” (LISBOA et.al., 2005).
- *Reestruturação cognitiva*: numa colaboração entre paciente e terapeuta, identifica-se pensamentos irracionais e catastróficos, exame das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos, a fim de avaliar e perceber outros pensamentos mais adaptativos (BECK, 1997). Nesse momento, pode ser usado o modelo A-B-C (A-situação, B-pensamento, 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?”. Identificado esse pensamento, o segundo passo é avaliar a veracidade desse pensamento: “Que evidências eu tenho para comprovar esse pensamento?”; “Esse pensamento é realista?”. Num último momento, orienta-se o paciente a desafiar e substituir o pensamento por afirmações mais racionais: “Qual

vantagem tenho em manter esse pensamento irracional?"; "Qual seria o pensamento saudável nessa situação?"

- *Prevenção e recaída*: psicoeducar o enlutado quanto ao seu funcionamento, suas dificuldades e também sua autoeficácia (BECK, et al., 1997). No decorrer do processo psicoterapêutico, foi lhe orientado a utilizar estratégias e habilidades para lidar de maneira eficaz com o problema percebido. Ao se deparar com outras situações, terá recursos para enfrentar possíveis problemas: "Quais os primeiros indícios de um evento adverso?"; "Que situações são consideradas como situação de risco?"; "Que estratégias disponíveis me auxiliariam neste momento?" (BECK, et al., 1997).
- *Motivação*: indivíduos sem motivação não conseguirão obter êxito no processo terapêutico. Uma forma de o terapeuta trabalhar a motivação e o vínculo do paciente seria mantendo as emoções em equilíbrio. Dessa forma, o enlutado é encorajado a desenvolver resolução dos seus problemas de acordo com as suas próprias habilidades. A motivação consiste em um conjunto operacional de mecanismos biopsicossociais que estimulam determinada ação, podendo servir para alcançar objetivos ou fugir de algo incômodo. Sendo assim, quanto mais motivado o indivíduo, mais resultado positivo a terapia irá produzir, pois as ações desenvolvem comportamentos de acordo com a estimulação do paciente por parte do terapeuta (LIEURY; FENOUILLET, 2000)

Besso e Wainer (2011) também trazem algumas técnicas que vão auxiliar o tratamento, no processo do luto. As técnicas têm o papel de identificar os pensamentos disfuncionais que formam interpretações catastróficas e negativas. As principais técnicas citadas pelos autores foram:

- *Psicoeducação*: momento em que o terapeuta explica ao paciente o modelo da terapia e também o funcionamento disfuncional do paciente, para promover a compreensão deste perante a perda sofrida (BECK, 2013).
- *Registro de Pensamentos Disfuncionais*: o RPD é um instrumento bastante utilizado para verificar quais pensamentos passaram pela mente do paciente diante de uma determinada situação, e, a partir desses pensamentos, pode-se utilizar outra técnica, a flecha descendente para encontrar as crenças centrais que geraram tais emoções e comportamentos ao paciente (BECK, 1997).
- *Role-Play*: é a simulação de um evento em que o paciente e terapeuta identificam qual pensamento ocorreu naquele certo momento, para promover formas

de manejo e enfrentamento mais funcionais. O paciente dramatiza o que diria para alguém que estivesse na mesma situação e o mesmo problema que ele, tentando mostrar a disfuncionabilidade da crença da pessoa (BECK, 1997).

- *Descoberta guiada*: esta técnica busca descobrir significados mais profundos com base na informação dada pelo paciente. O que ele atribui, pensa e entende perante uma situação. Perguntas como: “O que significa isso para você?”. “Se isso fosse verdade, o que quer dizer de você?” são utilizadas para evocar as crenças centrais (BECK, 1997).
- *Dessensibilização sistemática*: paciente e terapeuta hierarquizam quais situações são mais ansiogênicas ao paciente, e, gradativamente, do menor ao maior evento ansiogênico, há a confrontação deste com a finalidade de dessensibilização (RALPH, 1999).

Silva (2009) traz um protocolo de atendimento composto por 12 sessões individuais, onde o paciente pode desfrutar dos benefícios desse tipo de trabalho. O paciente recebe informações sobre o curso normal do luto e, quando necessário, esclarecimentos sobre o seu quadro. De acordo com a autora, o atendimento deve abranger os seguintes itens (fundamentais para a vivência do luto):

- Função psicoeducativa: promover esclarecimento sobre alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais consideradas comuns durante o período de luto, reduzindo assim a ansiedade. O entendimento de que determinadas experiências são universais e esperadas durante esse período é capaz de provocar alívio para o sujeito.
- Entendimento e respeito às fases do enlutamento tidas como normais, como torpor, procura, depressão e reorganização, desejo intenso pela presença da figura perdida, desorganização e desespero.
- Uso de técnicas condizentes com os diferentes momentos do sujeito, ou seja, com a fase do luto em que ele se encontra.
- Treino de reconhecimento e auto-monitoração de pensamentos, sentimentos e comportamentos.
- Abordagem dos principais sentimentos presentes no processo de luto: tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio pela presença do outro, emancipação, alívio, estarecimento.
- Esclarecimento quanto as principais queixas somáticas presentes nesse momento e desenvolvimento de estratégias para lidar com cada uma delas.

- Abordagem das alterações cognitivas mais frequentes durante o período do luto, buscando melhor funcionalidade e readaptação do sujeito à vida cotidiana.
- Orientações e treino de técnicas para manejo dos problemas comportamentais, como isolamento, sonhos com a pessoa morta, etc.

O protocolo (SILVA, 2009) pode ser dividido em três grandes blocos de acordo com a finalidade proposta, sendo cada bloco composto de quatro sessões terapêuticas (um mês de acompanhamento). No primeiro mês: esclarecimento quanto ao processo de enlutamento, identificação de sinais e sintomas, técnicas para controle da ansiedade e depressão em momentos agudos, técnicas para manejo de delírios e alucinações (se houver), reconhecimento da realidade da perda, objetos que atestem a realidade da perda, partilha da experiência da perda, rituais de despedida. Segundo mês: resolução de problemas pendentes entre o sujeito enlutado e o ser perdido, criação de rede de apoio, reorganização do sistema familiar, redistribuição de papéis/tarefas. Terceiro bloco, ou mês: propiciar readaptação da pessoa à vida cotidiana, organização de horários de atividades semanais, investimento e, novos objetivos de vida e novas relações, prevenção de recaída. (SILVA, 2009).

Os atendimentos foram realizados de acordo com o quadro:

Quadro 1. Protocolo para atendimento de pacientes enlutados

Fase 1: Sessões de 1 a 4	1.1 Aplicação das escalas de autorrelato Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Desesperança de Beck (BHS), para avaliar a intensidade da depressão, da ansiedade e da desesperança, semanalmente. 1.2 Avaliação do risco de suicídio. 1.3 Psicoeducação sobre as fases do luto e sobre as alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais, consideradas comuns nesse período. 1.4 Identificação das distorções cognitivas da paciente relacionadas ao luto. 1.5 Ajudar a paciente a reconhecer a perda. 1.6 Utilizar técnicas para ansiedade e depressão em momentos agudos, se necessário.
Fase 2: Sessões de 5 a 8	2.1 Psicoeducação sobre o efeito das distorções cognitivas na emoção e no comportamento. 2.2 Questionamento dos pensamentos disfuncionais da paciente relacionados ao luto. 2.3 Resolução de problemas pendentes entre a paciente e o ser perdido. 2.4 Nomeação de uma pessoa "resgate". 2.5 Reorganização do sistema familiar e redistribuição de papéis.
Fase 3: Sessões de 9 a 12	3.1 Propiciar a readaptação do sujeito à vida cotidiana; organização dos horários de atividades semanais. 3.2 Investimento em novos objetivos de vida e novas relações. 3.3 Reforçar os pensamentos alternativos referentes às distorções trabalhadas. 3.4 Prevenção de recaídas.

Fonte: SILVA, NARDI, 2011

Os artigos de Silva e Nardi (2011) e de Zwielewski e Sant'Ana (2016) trazem um protocolo de atendimento na TCC. O protocolo é composto por técnicas tanto cognitivas quanto comportamentais.

Silva e Nardi (2011) afirmam que após a avaliação inicial da paciente, que perdera o marido de forma súbita, e aplicação de testes como o BDI (Inventário Beck de Depressão), BAI (Inventário Beck de Ansiedade), o BHS (Escala Beck de Desesperança), o Inventário de

Sintomas de Stress Lipp (ISSL) e o Questionário de Saúde Geral, foi iniciado o processo terapêutico. Esse processo constitui de um protocolo de 12 sessões de 45 minutos, com intervalo de 7 dias entre as sessões. Sendo que o objetivo da utilização do protocolo bem como de todo o processo terapêutico foi a psicoeducação da paciente quanto ao processo do luto, a redução de sintomas e emoções característicos do luto, e auxiliar a paciente com relação a reformulação de papéis e readaptação à vida e também na formulação de projetos futuros.

No artigo de Zwielewski e Sant'Ana (2016), os autores relatam o caso de uma mulher e 50 anos que sofria pelo falecimento de seu filho mais velho em decorrência de um câncer. Na avaliação inicial foram colhidas informações sobre a queixa da paciente, as medicações que estariam sendo usadas, parentes próximos e expectativas com relação a terapia. Houve alteração no protocolo original proposto por Silva (2009) – composto por 12 sessões de 45 minutos com intervalo de 7 dias entre as sessões. Essa alteração se mostrou necessária devido a percepção do sofrimento profundo que acometia a paciente. Foi elaborado então um novo modelo: 12 sessões, sendo duas sessões por semana durante as primeiras 4 semanas. Com a detecção de risco de suicídio, foram adicionadas duas sessões ao protocolo, totalizando 14 sessões que foram divididas em 3 fases.

Foram aplicados o Inventário de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI), Escala de Desesperança (BHS) na avaliação inicial. A aplicação era repetida na primeira sessão de cada semana.

Após o tratamento, os autores Silva (2009), Silva e Nardi (2011) e Zwielewski e Sant'Ana (2016), observaram redução em todos os itens mensurados pelos testes aplicados. Ambas as pacientes apresentaram redução no estresse psíquico. Ao fim das sessões, as pacientes atendidas estavam frequentando ambientes antes evitados, e não mais se isolavam. Os autores relatam também a escassez de materiais referentes ao tratamento de pessoas enlutadas na perspectiva Cognitivo-Comportamental, incentivando assim a ampliação de pesquisas nessa área, tendo em vista os bons resultados apresentados em seus estudos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da revisão bibliográfica narrativa realizada neste trabalho sobre a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pessoas em processo de luto decorrente da perda de entes queridos, é possível afirmar que este é um evento causador de estresse e traz emoções, sintomas e comportamentos característicos, que acarretam mudanças no contexto em que o indivíduo está inserido.

Nos estudos de caso apresentados, são trazidas técnicas e estratégias da TCC, e elas se mostraram eficazes no sentido de aliviar os sintomas do enlutado e auxiliar na readaptação à vida. A proposta dos artigos estudados foi a de colher dados que pudessem orientar uma forma de trabalhar na prática clínica com o tratamento do luto, não se esquecendo da importância da empatia necessária para com os pacientes enfrentando esse processo.

Por meio dos resultados, observa-se que ainda existem poucos estudos publicados na língua portuguesa voltados para a terapia do luto, especialmente quando se diz da eficácia da TCC no tratamento de pessoas enlutadas, levando em conta as particularidades que são vivenciadas por pessoas que estão passando por esse processo. Fato que trouxe limitações à pesquisa e obtenção de dados. Entretanto, de acordo com os dados coletados para a revisão bibliográfica, foi possível observar melhora nos aspectos observados nos estudos de caso, no sentido de aliviar os sintomas do enlutado e auxiliar na readaptação à vida.

Em relação às perspectivas futuras, apesar das técnicas mencionadas nos artigos encontrados, cabe ressaltar que dentre as técnicas da TCC há a técnica do *Mindfulness* que, por ser uma técnica recente, não foi citada nos artigos estudados. Essa técnica é composta pela regulação intencional da atenção com foco no que está vivendo no momento, e orientação da atenção de forma curiosa, aberta e com caráter de aceitação para o momento que está passando (VANDENBERGHE; SOUSA, 2006). Embora não seja uma técnica utilizada para modificar pensamentos negativos ou disfuncionais, ela permite que o paciente consiga observar o momento que vive, sem julgamento, mas com total aceitação às emoções e pensamentos que surgem decorrentes da perda do ente querido, decorrente disso seria interessante estudos futuros sobre a eficácia da aplicação dessa técnica no tratamento do luto.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Psychiatry Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5ª ed. Artmed. Porto Alegre, 2014.

AMORIM, Cloves; PONIWAS, Marina; JUNIOR, Léo Peruzzo. **Terapia Cognitivo-Comportamental**. Psicologia argumento, Curitiba, v. 25, n. 51, p. 427-429, out./dez. 2007.

BAHLS, Saint-Clair; NOVOLAR, Ariana Basseti. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos e Pressupostos Teóricos**. Revista Eletrônica de Psicologia. n. 04, Curitiba, jul. 2004.

BASSO, Lissia Ana, WAINER, Ricardo. **Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas [online]. 2011, vol.7, n.1, pp. 35-43.

BECK, J.S. **Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática**. 2.ed.Porto Alegre: Artmed, 2013.

CABALLO; V.E. **O Treinamento em Habilidades Sociais**. In: Caballo. V.E.(Org.). Manual de Técnicas de Terapia Comportamental e Modificação de Comportamento, cap.18, pag.361-398, São Paulo: Santos, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer – O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8.ed.São Paulo: Martins Fontes, 1997.

KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. **On Grief and Grieving: Finding The Meaning of Grief Through The Five Stages of Loss**. New York: Scribner, 2005.

MARTINS, Kennedy Gomes. **A Aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento de Luto**. São Paulo, 2015

MICHAELIS: **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MOREIRA, Rosiane Lemos; SOUZA, Ana Mara Dutra. **A Depressão na Elaboração do Luto: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Revista Extensão & Cidadania. v. 4, p. 44-55, 2017.

OLIVEIRA, D. R. (2014) **Terapia do Luto: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento**. Monografia de Conclusão de Curso apresentada à Universidade de São Paulo (USP). São Paulo. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **Pró-Reitoria de Graduação Sistema de Bibliotecas. Padrão PUC Minas de normalização normas da ABNT para apresentação de artigos de periódicos científicos**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <http://www.pucminas.br/biblioteca/>>. Acesso em 28 abr. 2019.

SANTOS, F.S. **Perspectivas Histórico-Culturais da Morte.Vol.I**. In: Incontri, D.& Santos.F.S. (Orgs.), A Arte de Morrer – Visões Plurais, cap.1, pag.13-25. Bragança Paulista-SP: Comenius, 2007.

SILVA, Adriana Cardoso de Oliveira; NARDI, Antônio Egídio. **Terapia cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge**. Revista de Psiquiatria Clínica; 38(5):213-5. 2011.

VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina Aquino de. **Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro , v. 2, n. 1, p. 35-44, jun. 2006

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Mônica R. & THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZWIELEWSKI, Grazielle; SANT'ANA, Vania. **Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. n.12(1), p. 17-24. 2016.