

Graziele Zwielewski ¹
Vânia Sant'Ana ²

Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental

A grief protocol details and the cognitive behavior therapy applicability

RESUMO

Este artigo descreve detalhes das sessões realizadas para um estudo de caso de uma paciente em processo de luto por um filho, usando como base teórica a psicologia cognitivo-comportamental. O objetivo do artigo é apresentar a intervenção do caso clínico: a lista de distorções cognitivas vinculadas ao luto, o desafio de pensamento disfuncional, escores de inventários utilizados e cartão de enfrentamento construído com a paciente. Descreve o passo a passo no atendimento de uma paciente enlutada e comprova a eficácia do protocolo escolhido para o atendimento de um caso clínico. Os resultados mostram que, após a aplicação do protocolo breve, focado e estruturado, houve significativa melhora na interpretação da paciente a respeito da morte do seu filho. Isso se evidenciou por uma maior capacidade de compreensão e reavaliação das interpretações, pela emissão de comportamentos funcionalmente mais efetivos na produção de consequências reforçadoras para a paciente diante da saudade do filho, e emoções mais positivas.

Palavras-chave: Protocolo de luto; Terapia cognitivo-comportamental; Luto materno.

ABSTRACT

This article describes details of sessions taken place for a case study of a female patient going through a grieving process for her son, using cognitive behavioral psychology as the theoretical basis. The objective of this article is to present the intervention of the clinical case: the list of cognitive distortions linked to the grief, the challenge of dysfunctional thinking, inventory scores used and coping card built with the patient. It describes the step by step in the care of a grieving patient and proves the effectiveness of the chosen protocol for the care of this patient. The results show that after the implementation of the brief protocol, focused and structured, there was significant improvement in the interpretation of the patient regarding the death of her son. This ability was evidenced by a greater capacity for understanding and reassessment of interpretations, by the carrying out of functionally more effective behaviors in the production of reinforcing consequences for the patient in face of missing her son, and more positive emotions.

Keywords: Grief protocol; Cognitive behavior therapy; Maternal grief.

¹ Pós-graduanda - Departamento de Psicologia
- Universidade Estadual de Maringá.

² Professora Associada - Departamento
de Psicologia - Universidade Estadual de
Maringá.

Correspondência:

Universidade Estadual de Maringá.
Av Rio Branco, 354 sala 806, Florianópolis,
SC, Brasil.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de
Gestão de Publicações) da RBTC em 7 de abril
de 2016. cod. 421.

Artigo aceito em 26 de novembro de 2016.

Existem muitas formas de se perceber a morte, mas, ao se falar em luto, inevitavelmente se fala em tristeza, e a forma como as pessoas vivenciam essa tristeza precisa ser compreendida considerando prioritariamente a civilização, a cultura, a religião e a idade da pessoa enlutada. Isso decorre do fato de a morte ter diferentes significados em diferentes contextos culturais. O grau de parentesco, o gênero, o tipo de morte, os vínculos e os recursos internos disponíveis a cada indivíduo influenciam na sua forma de vivenciar a tristeza e a situação do luto (Parkes, 1998).

Fazendo uma retrospectiva histórica, tem-se que a morte já foi considerada um acontecimento natural e tranquilo do qual todos participavam, e todos se sentiam autorizados a expressar seus sentimentos vinculados à perda. Os moribundos pressentiam suas partidas e faziam seus próprios rituais de despedida. No entanto, a morte era percebida como um fracasso em relação à vida que se findava, devido à impotência diante dela (Ariès, 2014).

As interpretações religiosas dadas ao morrer variam com a cultura. Assim, no budismo a morte não é o fim, mas a continuação de um ciclo existente entre vida e morte; no hinduísmo também se interpreta a morte como um recomeço, em que a reencarnação é o passo seguinte, mesma interpretação dada pelo espiritismo. Portanto, a morte como “fim” não existe para essas religiões. No Brasil, a maior parte da população tem suas crenças influenciadas pelo cristianismo e, para essas pessoas, a morte é o fim da vida terrena, sendo que só haverá outra vida após a vinda de Cristo, quando todos serão julgados e levados ao paraíso ou ao inferno. Assim, um reencontro com o morto só se dará após a morte dos que estão em luto, e por isso estes choram a morte de uma pessoa querida, que estará ausente para sempre da sua vida presente. Este evento, a morte, ainda é muitas vezes interpretado como uma punição de um ser supremo, como se a ciência ainda não explicasse e revelasse as causas das doenças e da morte (Ariès, 2014).

Os sintomas relacionados à perda de uma pessoa com quem se teve relacionamento próximo (luto) mais comumente relatados são: os emocionais (tristeza profunda, culpa, ansiedade e solidão), os comportamentais (falta de concentração, choro, sonhos com a pessoa falecida, o apego ainda maior a objetos pertencentes ao falecido), os cognitivos (descrença, preocupações, alucinações e confusão mental) e os físicos (falta de ar, maior sensibilidade aos ruídos, falta de energia e despersonalização) (American Psychiatric Association [APA], 2014; Hensley & Clayton, 2008; Zisook & Shear, 2009).

Durante muitos anos, o luto foi associado a doença mental devido à sua semelhança com os sintomas da depressão. Atualmente, ao se diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), considera-se que no luto o sentimento é de vazio e perda, enquanto no EDM o sentimento é de humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar visões positivas do futuro, incluindo a alegria e a felicidade (APA, 2014), conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Diferencial entre luto e episódio depressivo maior

Luto	EDM
Vazio e perda.	Humor deprimido e incapacidade de antecipar visões positivas do futuro, incluindo alegria e felicidade.
A disforia pode diminuir ao longo dos dias e semanas, aparecendo em “ondas” associadas a lembranças do falecido.	Humor deprimido persistente e não relacionado a pensamentos ou lembranças específicas.
Dor do luto pode vir acompanhada de humor positivo.	Infelicidade e angústia generalizadas.
Autoestima preservada. Em alguns casos percebe-se a autodepreciação, porém, referente a falhas associadas ao falecido.	Sentimento de desvalia e aversão a si mesmo.
Pensamento de morte para poder se “unir” ao falecido.	Sentimento de morte para acabar com a própria vida, devido ao sentimento de desvalia.

O luto vivenciado por um paciente pode, conforme o DSM-5 (APA, 2014), levar a um grande sofrimento, mas dificilmente provoca um EDM. Porém, quando um paciente apresenta sintomas de luto e de EDM, trata-se de pessoa com predisposição a doenças emocionais. O anseio intenso, a saudade da pessoa falecida, a tristeza, a preocupação com as circunstâncias da morte são respostas esperadas em pacientes enlutados; porém, o medo da separação é um indício de possível dificuldade emocional, como, por exemplo, um transtorno de ansiedade (APA, 2014). Em caso de pacientes enlutados, em que os sintomas do luto são fortemente vivenciados e persistem por mais tempo do que se esperaria considerando sua cultura, sua idade e sua religião, deve-se investigar um possível transtorno de adaptação, que tem um prognóstico pior devido às chances maiores de tentativas e consumação de suicídio.

O luto normal é uma resposta saudável à perda do ente querido e implica a capacidade saudável das pessoas enlutadas de expressar essa dor a partir do reconhecimento da perda, do reajustamento e de novos investimentos nas suas relações. Mas quando essas capacidades de lidar com a perda são escassas, conforme Parkes (1998), pode-se perceber o sofrimento pelos sintomas que se manifestam vinculados à negação e à repressão da perda, e esse sofrimento pode levar ao que Malkinson (2010) chama de um processo de luto irracional, ou mal adaptativo.

A morte é, sem dúvida, um evento estressor na vida de uma pessoa, gerador de muito sofrimento e de alterações psicológicas, fisiológicas, comportamentais e até sociais onde o enlutado está inserido. As dificuldades advindas do luto podem incapacitar e desorganizar a vida das pessoas enlutadas a ponto de não conseguirem lidar com tamanha tristeza (Basso

& Wainer, 2011). Saber diferenciar a tristeza característica de um luto normal daquela considerada patológica é importante para o profissional da área da psicologia, tanto para que o processo de intervenção seja adequado e não cause mais sofrimento quanto para que não se acabe por negligenciar os sintomas do paciente (Zisook & Shear, 2009). Compreender as crenças do paciente que foram ativadas com a morte de seu ente querido, qual o seu entendimento sobre a morte e como ele tem enfrentado a situação da perda são elementos importantes para que o profissional da área da psicologia possa identificar os erros de pensamento e os esquemas que estão vinculados ao sofrimento do paciente na situação do luto e ajudá-lo por meio da intervenção (Dattilio & Freeman, 2004).

Este artigo apresenta um estudo de caso clínico de luto no qual se fez uso de um protocolo estruturado tendo como base teórica a psicologia cognitivo-comportamental. O protocolo escolhido valoriza três esferas da vida do paciente, a saber: a) o aprendizado de novas habilidades cognitivas e comportamentais, possibilitando ao paciente a readaptação ao seu ciclo de vida; b) a reformulação dos papéis sociais das pessoas envolvidas no luto, e c) o respeito pelo curso natural do luto.

MÉTODO

Para este trabalho, optou-se pelo estudo de caso, por ser um método capaz de focar o entendimento de diferentes cenários, de forma particular. Para tanto, adotou-se um protocolo para atendimento de pacientes enlutados que foi aplicado, com adaptações, a uma paciente que buscou a psicoterapia por ter perdido seu filho. Para descrever o caso e manter o sigilo da identidade da paciente, os nomes foram modificados e são apresentados neste artigo de forma fictícia.

DESCRIÇÃO DO CASO

Este artigo tem como objeto de estudo uma paciente do sexo feminino, 50 anos, divorciada de seu segundo casamento, identificada pela inicial de um nome fictício, R. A paciente é mãe de três filhos, sendo que o mais velho, de seu primeiro casamento, F., 34 anos, casado, falecera de câncer 15 dias antes de ela procurar psicoterapia. No segundo casamento, teve dois filhos: N., 32 anos, casado; e R., 27 anos, solteira. No momento em que procurou a psicoterapia, não exercia atividade laboral, ocupacional e social, relatava cuidar da casa e conviver apenas com seus filhos e algumas tias. A paciente tem duas netas, do filho N., com as quais tem pouca convivência. Está com sobrepeso, relata ter diabetes e observar poucos cuidados com a alimentação. Tem problemas dentários que a impedem de manter uma boa alimentação.

Nos últimos anos, suas atividades se resumiam aos cuidados com o filho doente, F., que lutou durante três anos contra um tumor cerebral. Nos últimos seis meses, a paciente

estava morando na casa de F. para intensificar os cuidados com ele durante a noite. O filho falecido era o mais velho e, conforme relato da paciente, exercia papel não apenas de filho. Ela relata ter sido este filho quem presenciou os sofrimentos de suas duas separações, bem como o sofrimento vivenciado no segundo casamento (sic), estando sempre ao seu lado, segurando sua mão nos momentos difíceis de sua vida e assumindo o papel de amigo, dando conforto e exercendo o papel de “pai” (sic), ajudando a paciente com seu autocuidado e a tomar decisões pessoais.

A paciente também afirma ter sido dependente dos dois maridos para tomar decisões e que, após as separações, se tornou dependente de F. Define a dependência como deixar que o filho tomasse decisões sobre sua aparência (escolhendo suas roupas novas, decidindo sobre corte e cor do cabelo, bem como sobre móveis para a casa), suas finanças (sempre que precisava comprar algo, ela ligava para ele e lhe solicitava “a benção” (sic), o consentimento para a aquisição). A paciente era dependente financeiramente de todos os filhos, que a ajudavam com um valor mensal, porém se dizia incapaz de administrar esse dinheiro sozinha. Após o falecimento de F., como este deixou-lhe um seguro de vida, tornou-se financeiramente independente dos filhos, tendo recursos financeiros próprios. Porém, sente-se inapta a cuidar de suas finanças sozinha, pois nunca aprendeu e nunca precisou administrar seu dinheiro e conta bancária. Também afirma sentir falta da presença e carinho dos outros filhos, que se afastaram dela após o falecimento do irmão mais velho. A filha, que ainda mora com ela, não demonstra afetividade e mantém sua rotina sem dedicar atenção à mãe.

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nesta seção serão apresentados detalhes da aplicação do protocolo de luto, recortes dos relatos da sessão, as distorções cognitivas da paciente vinculadas ao luto e as ferramentas utilizadas, para que possam servir de guias para futuros profissionais que desejem tratar pacientes enlutados.

Inicialmente, foi feita uma avaliação para compreender a demanda da paciente e somente após essa primeira avaliação foi iniciada a aplicação de um protocolo para atendimento de pacientes enlutados.

Na avaliação inicial da paciente, foram colhidas informações sobre sua queixa, quais as medicações usadas por ela, quem eram seus familiares e amigos próximos, qual a atual rotina que estava vivendo e quais as suas expectativas com relação à terapia. Durante essa avaliação, os relatos da paciente descreviam muito sofrimento, com verbalizações repetidas de muita dor e afirmações de que estava pedindo socorro para conseguir aliviar os sentimentos vinculados ao luto: “Sinto muita dor, me ajuda. Meus outros filhos sofrem também, mas é diferente, ninguém sabe a dor que estou sentindo” (sic). A avaliação inicial evidenciou que a paciente sentia

culpa com relação à morte do filho e que era emocionalmente dependente dele, além do fato de que o sofrimento intenso, a alta desesperança identificada e a fraca rede de apoio estavam colaborando para que ela pensasse em suicídio como uma possível saída para sua dor.

Após esse primeiro contato, iniciou-se a aplicação do protocolo na sessão seguinte, porém adaptado, pela primeira autora, do modelo de Silva (2009). O protocolo original apresentado por Silva (2009) tem duração de 12 sessões, com espaço de sete dias entre as sessões. Porém foi adaptado na sua aplicação, devido à necessidade de estabilizar o humor da paciente, visto que ela se encontrava em profundo sofrimento e sem pessoas com as quais pudesse compartilhar sua dor.

O novo modelo do protocolo, proposto neste artigo para o tratamento de R., teve duração de 12 sessões, com dois encontros semanais até a quarta semana, usando como base teórica a teoria cognitivo-comportamental. Porém foi detectado risco de suicídio, e houve, portanto, um acréscimo de duas sessões para avaliar os fatores relacionados ao risco de suicídio, totalizando 14 sessões. Além da adaptação do número de sessões e periodicidade, foram também incluídos procedimentos como a identificação das distorções cognitivas, psicoeducação sobre o efeito das distorções de pensamento no emocional e o questionamento dos pensamentos disfuncionais da paciente. Foram aplicados o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Desesperança de Beck (BHS). O protocolo adaptado pode ser visto no Quadro 2.

Fase 1: Na sessão de avaliação inicial foram aplicadas escalas de autorrelato BAI, BDI e BHS para avaliar a intensidade da depressão, da ansiedade e da desesperança. A aplicação foi repetida semanalmente, sempre na primeira sessão da semana, e os escores podem ser vistos na Tabela 1.

Houve significativa melhora dos escores entre a avaliação inicial e a realizada na 7ª semana de atendimento; porém, observou-se um agravamento nos escores na semana 2, que pôde ser associado a dois fatos relevantes: tratava-se da semana do aniversário do filho falecido e próxima das festas de fim de ano, geralmente comemoradas pela paciente em companhia desse filho.

Durante a avaliação inicial, o BHS mostrou um resultado significativo: 11, caracterizando uma faixa moderada de desesperança. Esse resultado se tornou mais preocupante quando associado ao escore de depressão, mensurado pelo BDI (33). Pôde-se, portanto, suspeitar de que se tratava de uma paciente com risco moderado de suicídio. Foram então realizadas duas sessões extras ao protocolo a fim de identificar os elementos que poderiam servir de gatilhos para uma tentativa de suicídio, assim como para avaliar esse risco.

Conforme Serra (2006), é considerado com risco de suicídio o paciente que apresenta os constructos desesperança e depressão associados, pois a desesperança está associada à tríade cognitiva relacionada ao “futuro.” Outro fator de risco apontado pela autora é o autoconceito, que se refere à dimensão do “eu” da tríade cognitiva, assim como às distorções no processamento das informações, em que o paciente apresenta rigidez de pensamentos.

O suicida geralmente apresenta crenças perfeccionistas e irreais a respeito de si, a respeito da expectativa que tem dos outros, e da expectativa que acredita que os outros têm dele (Dattilio & Freeman, 2004). Essa característica perfeccionista não foi identificada na paciente R., porém, além dos altos índices de desesperança e depressão, mensurados pelos instrumentos BHS e BDI, respectivamente, foram identificados alguns fatores de risco como autoavaliação negativa e sentimento de desamor

Quadro 2. 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.

Tabela 1. Escores das escalas de autorrelato (BAI, BDI e BHS)

	Avaliação inicial	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7
BAI	37	28	35*	22	18	12	7	6
BDI	33	28	30*	28	20	15	10	6
BHS	11	7	9*	7	5	2	1	1

por parte de um dos filhos. Mas, ao se conversar com a paciente sobre o suicídio, ela comentou que uma das promessas que havia feito ao filho antes de ele falecer era a de que jamais tiraria sua própria vida. Ela também comentou que, ao morrer, o filho lhe deixara recursos financeiros suficientes para que pudesse participar de um programa de emagrecimento, arrumar todos os dentes e realizar implantes, passar por uma cirurgia bariátrica e fazer diversas cirurgias plásticas para se sentir “mais bonita” (sic). A paciente relatou estar focada nos planos para melhorar a autoimagem, e afirmou que se empenhará nos próximos meses, descartando qualquer possibilidade de que venha a cometer suicídio. Porém, mesmo após essa conversa com a paciente, foi alertado ao seu psiquiatra e a seus dois filhos sobre o risco de tentativa de suicídio, e a terapeuta passou a ficar atenta a possíveis precipitadores de uma crise.

Após a avaliação do risco de suicídio e da constatação de que no momento a paciente não apresentava precipitadores suficientes para cometê-lo, foi dada continuidade à aplicação do protocolo adaptado para enlutados, por meio de psicoeducação sobre as fases do luto: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Considerando que essas fases não são um roteiro, elas podem sofrer alterações de acordo com a perspectiva pessoal de cada paciente (Kübler-Ross & Kessler, 2005). Assim, foram trabalhados com a paciente os sintomas emocionais, cognitivos, fisiológicos e comportamentais do luto, como uma resposta às interpretações que ela fazia a respeito da morte.

“E se eu não der conta de cuidar do meu dinheiro?” Esse pensamento causava muita ansiedade à paciente e a deixava preocupada e com insônia. “Ele morreu, pois precisou de mim e eu estava dormindo” era um pensamento que gerava muita culpa e tristeza à paciente, fazendo-a sentir-se sem energia, chorar muito, sentir-se desesperada e com desejo de morrer.

Como é possível observar no Quadro 3, existe uma relação entre os processos cognitivos da paciente e os sintomas relatados, pois as cognições são mediadoras entre o evento e suas consequências, e essas emoções disfuncionais sentidas por R. são decorrentes dos pensamentos irracionais a respeito do luto que está vivenciando (Daniel, Lynn, & Ellis, 2010). Durante todas as sessões, a escuta da terapeuta estava pronta para identificar, no histórico do luto, os pensamentos automáticos negativos da paciente e suas crenças disfuncionais a respeito das situações que envolvem o luto. Essas crenças podem ser vistas no Quadro 4.

Nessa fase, a paciente demonstrou algumas distorções cognitivas, porém, o papel da terapeuta nessa primeira etapa

Quadro 3. Relação entre cognição e sintomas apresentados

Cognição	Sintomas
“E se eu não der conta de cuidar do meu dinheiro?”	Ansiedade (emocional)
	Preocupação (cognitivo)
	Insônia (comportamental)
“Ele morreu, pois precisou de mim e eu estava dormindo.”	Culpa (emocional)
	Tristeza (emocional)
	Desesperança (cognitivo)
	Choro (comportamental)

Quadro 4. Pensamentos automáticos negativos da paciente relacionados ao luto

“E se eu não der conta de cuidar do meu dinheiro?”
“Sou culpada pela morte do meu filho.”
“E se eu não der conta de viver sozinha?”
“Eu deveria ter sido mais presente na vida do F.”
“Ele morreu, pois precisou de mim e eu estava dormindo.”

é de acolhimento e auxílio no reconhecimento da perda. A paciente foi então instruída a compartilhar sobre a morte do seu filho com pessoas próximas, com membros da família e vizinhos e elaborar rituais de despedida do filho, pois, conforme Wetherell (2012), é terapêutico que o paciente exponha, conte sobre a morte e a reviva por diversas vezes. A paciente, além de escrever uma carta para o filho como tarefa de casa da terapia, fez homenagens em redes sociais falando de seu amor por ele e da saudade que sentia. Durante as sessões, ela pôde verbalizar o que gostaria de dizer a F. se ele ainda estivesse vivo, e relembrou os momentos em que permaneceu cuidando dele nos últimos três anos, identificando a importância da sua presença, dos seus cuidados e “mimos” (sic). A paciente comentou que o aniversário do falecido estava próximo, e que já começara a pensar em formas simbólicas de comemorá-lo. Para isso, entrou em contato com a esposa dele e, juntas, combinaram de, no dia do aniversário, levar flores ao túmulo, encomendar um bolo, cantar parabéns com a família reunida e, em seguida, assistir a um filme chamado *Nosso Lar*, da doutrina espírita.

Na Fase 2 do protocolo, foi trabalhada a psicoeducação sobre o efeito das distorções cognitivas na emoção e no comportamento da paciente, e foram trabalhados os principais pensamentos automáticos negativos identificados nas sessões anteriores a respeito da situação do luto. Foram questionados também os pensamentos mais atuantes, demonstrados no

Quadro 4 anteriormente apresentado, com o objetivo de a paciente encontrar pensamentos alternativos, ou seja, interpretações alternativas sobre a morte do filho. Um dos pensamentos disfuncionais questionados na sessão junto com a paciente pode ser visto no Quadro 5.

O pensamento disfuncional da paciente que persistiu foi o relacionado à culpa pela morte de F.: “Sou culpada pela morte do meu filho” (sic). Sendo assim, foi construído, com ela, um cartão de enfrentamento, para ser lido nos momentos em que o pensamento automático negativo aparecesse. Esse cartão de enfrentamento pode ser visto no Quadro 6. A paciente relatou, na sessão seguinte, que apresentou esse pensamento ainda durante a semana, porém, disse ter controlado facilmente sua tristeza e mencionou não ter se sentido culpada.

Durante as sessões, conforme o protocolo proposto neste estudo de caso, após o questionamento das distorções cognitivas, a psicóloga responsável pelo atendimento da paciente enlutada precisou abordar este tópico: “resolução de problemas pendentes entre o paciente e o ser perdido”. Conforme R., ela e seu filho tinham uma relação de muito companheirismo e nada precisaria ser resolvido. Porém, comentou que, se esse assunto tivesse sido abordado há algumas sessões, ela teria pedido perdão ao filho por ter dormido no momento de sua morte, mas que agora ela já consegue reconhecer que não foi a culpada pela morte dele e que restou apenas o sentimento de saudade.

Também foi escolhida, pela paciente, uma pessoa para ser o seu “resgate” em momentos de tristeza, quando precisasse

Quadro 5. Questionamento de pensamento disfuncional

COGNIÇÃO	EMOÇÃO	COMPORTAMENTO
“O meu filho morreu, porque precisou de mim e eu estava dormindo”	Culpa e tristeza profunda	Choro
O quanto você acredita nesta cognição (0-100): 100	O quanto você acredita nesta emoção (0-100): 100	Desejo de morte
DESAFIO DO PENSAMENTO DISFUNCIONAL		
<p>a) Evidência: Quais as evidências A FAVOR e as evidências CONTRA o pensamento negativo?</p> <p style="padding-left: 40px;">É verdade, pois...</p> <p style="padding-left: 40px;">Não é verdade, pois...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eu chamei os enfermeiros quando percebi o meu filho gelado; - Ele tinha câncer terminal e não foi por minha causa que ele se foi; - Eu cuidei dele naquela noite sozinha, acordei três vezes e ele ainda estava vivo, dormindo; - Uma das vezes que acordei, arrumei a sonda no nariz dele, pois eu zelava por ele; - Cuidei dele por muitos meses, me mudei de casa para poder ajudar; - Fiz tudo que estava ao meu alcance. <p>b) Interpretações alternativas: Quais as alternativas ao Pensamento Automático Negativo?</p> <p>“Ele se foi porque era a hora dele. Se eu estivesse acordada, ele teria morrido da mesma forma e eu não teria percebido.”</p> <p style="padding-left: 40px;">O que apoia essa sua alternativa?</p> <p style="padding-left: 40px;">“Ele estava dormindo quando morreu e não fez barulho, não agonizou.”</p> <p style="padding-left: 40px;">Como outra pessoa reagiria?</p> <p style="padding-left: 40px;">“Da mesma forma.”</p> <p style="padding-left: 40px;">Como você aconselharia outra pessoa nessa situação?</p> <p style="padding-left: 40px;">“Você não tem culpa, você fez tudo e mais um pouco pelo seu filho.”</p>		

Quadro 6. Cartão de enfrentamento

<p>“Sou culpada pela morte do meu filho. F. morreu, pois precisou de mim e eu estava dormindo”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tenho evidências de que esse pensamento é verdadeiro; • Meu filho tinha um câncer terminal e foi por esse motivo que morreu; • Na noite da sua morte eu acordei muitas vezes e ele ainda estava vivo e dormindo; • Fiz tudo que estava ao meu alcance, passei anos cuidando exclusivamente dele, mudei de casa para poder melhor ajudá-lo; • Passei todas as noites ao lado do meu filho nos últimos anos e sempre acordei quando ele fazia barulho e precisava mudar de lado ou precisava de alguma coisa; • Mesmo que eu estivesse acordada, ele teria morrido, pois eu não o perceberia, já que a sua morte, conforme os médicos, foi tranquila e ele não agonizou. <p>Pensamento alternativo: Eu não sou culpada pela morte dele, fiz o meu melhor. Ele se foi pois chegou a hora dele.</p>

falar sobre a dor da perda com alguém, ou caso viesse a necessitar de ajuda emergencial, ou apenas de um “ombro amigo”. A paciente escolheu uma prima próxima e perguntou se ela poderia exercer esse papel. Após a confirmação da prima, a psicóloga responsável pelo atendimento, com consentimento da paciente, ligou para a pessoa “resgate” e lhe passou orientações a respeito de seu papel e dos riscos de suicídio. Também foram passados os telefones de contato da terapeuta para caso a paciente entrasse em crise e precisasse de intervenção emergencial.

Sobre a reorganização familiar, meta estipulada na Fase 2, foi feito um atendimento aos filhos de R., em que se expôs a eles o papel que o irmão falecido exercera durante anos na vida da mãe (confidente, filho, cuidador, amigo, “pai” [sic]); foi mostrado a eles a necessidade de a paciente ter apoio e cuidados, principalmente com a saúde (diabetes, obesidade, dentes); e foi estipulada uma rotina de apoio a R. em que os filhos se revezaram para levá-la a médico, supermercado, banco, dentista. Assim, ficou estabelecido o papel de cada um dos filhos, e a mais nova se comprometeu a estar mais presente na rotina da mãe e a fazer companhia a ela todas as noites nos próximos meses. Os filhos também se organizaram para ocupar o tempo ocioso da mãe e ensiná-la a conquistar seu próprio dinheiro. Abriam, então, espaço para ela trabalhar na fábrica da família e assim ocupar o tempo antes dedicado integralmente ao falecido.

Na 8ª sessão (ainda na Fase 2), a paciente estava com sua agenda preenchida e precisava espaçar as sessões para uma vez na semana. Essa decisão foi tomada por se considerar que ela estava trabalhando em prol de sua organização, sua independência, suas atividades laborais e ocupacionais, assim como por não terem sido observados precipitadores de uma crise com risco de suicídio, mas sim avanços na estabilização de seu humor e comportamentos mais funcionais.

Na Fase 3, última fase do protocolo, foi trabalhada com a paciente a readaptação de sua rotina sem a presença do filho; foi construído um calendário com a paciente para a organização de sua rotina de trabalho e dos dias em que teria apoio logístico dos filhos para ir ao supermercado. A paciente também foi auxiliada na identificação do transporte público adequado para ir e voltar do trabalho de forma independente e, além disso, escolheu uma forma de lazer (hidroginástica) para que, durante dois dias na semana, pudesse cuidar de seu bem-estar e se exercitar.

Foram identificados com a paciente novos objetivos de curto, médio e longo prazos a serem alcançados para o seu bem-estar, entre eles: ir a uma nutricionista e entrar em um programa de emagrecimento, cuidar dos seus dentes e implantes, tratar o diabetes, fazer a cirurgia bariátrica e as cirurgias plásticas no abdome e face. Também foi identificada na paciente a necessidade de doar seu carinho para pacientes que sofrem de patologias semelhantes à de seu filho. Portanto, após conseguir atingir algumas de suas metas pessoais, ela

iniciará um trabalho voluntário com pacientes portadores de câncer, pois acredita que, dessa forma, poderá ajudar as pessoas ainda em vida.

RESULTADOS

Após a 8ª sessão, a paciente já apresentava humor menos deprimido (BDI = 18) e menor ansiedade (BAI = 20), maior esperança sobre seu futuro (BHS = 5) e comportamento mais funcional, de maior aceitação com relação à morte do filho. Ao final das sessões, a paciente obteve uma redução significativa nos escores dos inventários de Beck, passando de 37 para 6 no BDI, 33 para 6 no BAI, e 11 para 0 no BHS.

Após o questionamento dos pensamentos e crenças distorcidos, a identificação de evidências a favor e contra os pensamentos distorcidos e a identificação de pensamentos mais adaptativos, o que é chamado por Beck (1997) de reestruturação cognitiva, R. conseguiu reduzir seu sentimento de culpa com relação à morte do filho, além do medo de estar sozinha e desamparada diante das dificuldades rotineiras. Os papéis que o falecido filho exercia foram redistribuídos entre os outros filhos e ela própria. Portanto, ela passou a se responsabilizar por seu autocuidado, de acordo com as metas estabelecidas em terapia (busca por uma nutricionista, endocrinologista, dentista, cirurgião plástico), e os filhos se responsabilizaram pelos cuidados logísticos. A paciente passou a cometer menos distorções cognitivas e se readaptou à sua vida cotidiana. Buscou novos objetivos de vida, que, além de a motivarem, a distraíam e geravam nela o sentimento de esperança.

A paciente relata ter tido recaídas e ter estado triste em alguns dias, mas diz que apenas com o “tocar do telefone” (sic) já se distrai e facilmente consegue retomar suas atividades diárias, não se sentindo prejudicada pela tristeza referente às lembranças que tem e a saudade que sente do filho ausente.

CONCLUSÃO

Existe uma quantidade limitada de protocolos terapêuticos com eficácia comprovada para tratamento do luto utilizando como suporte teórico a terapia cognitivo-comportamental, por isso considera-se que este artigo poderá contribuir com outros clínicos que desejem tratar pacientes enlutados, pois se utilizou de instrumentos relevantes, válidos e fidedignos. A partir da aplicação deste protocolo, houve significativa melhora na interpretação da paciente a respeito da morte do filho: ela demonstrou maior capacidade de reavaliação das interpretações, que passaram a ser mais funcionais, refletindo em emoções mais positivas. Pode-se concluir que ela teve uma adaptação funcional referente à perda do seu filho, passou pelo luto de forma racional e adaptativa, o que, conforme Malkinson (2010), se trata de uma forma saudável de lidar com a perda. A paciente também demonstrou maior

capacidade para desenvolver estratégias de enfrentamento da saudade que sentia do filho e para lidar com seus problemas diários, abandonando o comportamento dependente e tendo uma reinserção social positiva.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ariès, P. (2014). *O homem diante da morte*. São Paulo: UNESP.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Daniel, D., Lynn, S. J., & Ellis, A. (2010). *Rational and irrational beliefs*. New York: Oxford University Press.
- Dattilio, F. M., Freeman, A. (Eds.). (2004). *Estratégias cognitivo comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.
- Hensley, P. L., Clayton, P. J. (2008). Bereavement: Signs, symptoms, and course. *Psychiatric Annals*, 38(10), 649-654.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. London: Simon & Schuster.
- Malkinson, R. (2010). Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy. *Psychological Topics*, 19(2), 289-305.
- Parkes, C. M. (1998). Luto: *Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Serra, A. M. (2006). Estudo da terapia cognitiva: Um novo conceito de psicoterapia. *Psicologia Brasil*, 4(31), 19-26.
- Silva, A. C. O. (2009). Atendimento clínico para luto no enfoque da terapia cognitivo-comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos*. Santo André: ESEtec.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159-166.
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74.