

# UM PROTOCOLO DE LUTO E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Graziele Zwielewski\*  
Vânia Sant´Ana\*\*

**RESUMO:** Este artigo apresenta um estudo de caso sobre a aplicabilidade de um protocolo baseado na terapia cognitivo-comportamental no atendimento de uma paciente em processo de luto por um filho. Os objetivos do artigo são apresentar o passo a passo para o atendimento de pacientes enlutados e comprovar a eficácia do protocolo escolhido, por meio de um caso clínico. Após a aplicação do protocolo, houve significativa melhora na interpretação da paciente a respeito da morte do seu filho. Ela demonstrou maior capacidade de reavaliação das interpretações, passou a ter comportamentos mais funcionais diante da saudade do filho e emoções mais positivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tratamento para luto; Terapia cognitivo-comportamental; Luto materno.

## GRIEF PROTOCOL AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

**ABSTRACT:** A case study on the applicability of a protocol in cognitive-behavioral therapy in the attendance of a female patient in grief for a son is analyzed. Current analysis describes a step-by-step attendance of patients in grief and underscores the efficaciousness of a protocol applied to a clinical case. There was a significant improvement after its application with regard to the patient´s interpretation of her son´s death. She revealed a better capacity for reevaluation of interpretations, with better behavior in nostalgia and more positive emotions.

**KEY WORDS:** Grief treatment; Cognitive-Behavioral therapy; Maternal grief.

---

\* Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), Brasil; E-mail: grazizw@gmail.com

\*\* Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil

## INTRODUÇÃO

Ao se falar em luto, inevitavelmente se fala em tristeza, mas a forma como as pessoas vivenciam essa tristeza precisa ser compreendida, considerando-se prioritariamente a civilização, a cultura do sujeito enlutado, a sua religião e idade. Conforme Malkinson (2010), a perda por meio da morte é um acontecimento universal, e o luto é uma reação natural do ser humano, mas tem diferentes significados, pois acontece em diferentes contextos culturais. Assim, tem-se que, no budismo, a morte não é o fim, mas a continuação de um ciclo existente entre vida e morte; já no hinduísmo também se interpreta a morte como um recomeço, em que a reencarnação é o passo seguinte; portanto, a morte como “fim” não existe. No entanto, no Brasil, a maior parte da população tem suas crenças influenciadas pelo cristianismo e, para essas pessoas, a morte é o fim da vida, por isso choram pela morte de uma pessoa querida.

No processo de luto normal, as reações são conhecidas por serem intensas imediatamente após a perda e diminuírem ao longo do tempo; mas também acontece de as pessoas não se encontrarem prontas para lidar com a finitude da vida humana, e a falta de aceitação do rompimento desse vínculo afetivo pode passar de um luto normal para um luto patológico. O luto normal é uma resposta saudável à perda do ente querido e implica na capacidade saudável de as pessoas enlutadas expressarem essa dor por meio do reconhecimento da perda, reajustarem-se e realizarem novos investimentos em nível de relações. Mas, quando essas capacidades de lidar com a perda são escassas, pode-se perceber o sofrimento por meio dos sintomas, que se manifestam vinculados à negação e à repressão à ideia da perda (PARKES, 1998).

O luto é caracterizado pelo sofrimento pela perda de uma pessoa com quem se teve um relacionamento próximo, e os sintomas mais comumente relatados são os emocionais (a tristeza profunda, culpa, ansiedade, solidão); os sintomas comportamentais (falta de concentração, choro, sonhos com a pessoa falecida, apego ainda maior a objetos pertencentes ao falecido); sintomas cognitivos (descrença, preocupações, alucinações e confusão mental) e sintomas físicos (falta de ar, maior sensibilidade aos ruídos, falta de energia e despersonalização) (DSM-5, 2014; ZISOOK; SHEAR, 2009; HENSLEY; CLAYTON, 2008).

Durante muitos anos, o luto foi associado à doença mental, por sua proximidade a sintomas como a 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 alegria e felicidade (ROSNER et al. 2011; DSM-5 2014), conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1.** Diferencial entre o luto e o 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 relacionados a pensamentos ou lembranças específicas.
Dor do luto pode vir acompanhada com humor positivo.	Infelicidade e angústias generalizadas.
Autoestima preservada. Em alguns casos, percebe-se a autodepreciação, porém, referente a falhas associadas ao falecido.	Sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo.
Pensamentos de morte para poder se “unir” ao falecido.	Sentimento de morte para acabar com a própria vida, devido ao sentimento de desvalia.

Fonte: Dados da pesquisa

O luto vivenciado por um paciente pode, conforme o DSM-5 (2014), induzi-lo a grande sofrimento, mas dificilmente provocar um episódio de transtorno depressivo maior (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 (DSM-5, 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-se sua cultura, sua idade e sua religião, precisa-se investigar um possível transtorno de adaptação, o que tem um prognóstico pior, pelas chances maiores de tentativas e consumação de suicídio.

Saber diferenciar a tristeza característica de um luto normal daquela considerada como patológica é importante para o profissional da área da psicologia, para que o processo de intervenção seja adequado e não cause mais sofrimento, ou para que esse profissional não acabe negligenciando os sintomas do paciente (ZISOOK; SHEAR, 2009). Compreender as crenças do paciente que foram ativadas com a morte do ente querido, qual o seu entendimento sobre a morte, quais são as formas que ele tem usado para enfrentar 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 possa ajudá-lo por meio da intervenção (DATILIO; FREEMAN, 2004).

Nesse sentido, este artigo apresenta um estudo de caso que tem como objetivo expor, por meio da teoria cognitivo-comportamental, a eficiência de um protocolo para tratamento de pacientes enlutados. O protocolo escolhido valoriza o aprendizado de novas habilidades cognitivas e comportamentais, possibilitando ao paciente a readaptação ao seu ciclo de vida. Também considera a reformulação dos papéis sociais das pessoas envolvidas no luto, respeitando o curso natural do luto.

## 2 METODOLOGIA

Para este trabalho, optou-se pelo estudo de caso, por ser um método capaz de focar o entendimento de diferentes cenários, de forma particular. Dessa forma, foi feito o convite a uma paciente e, após o seu aceite, foi-lhe oferecido por escrito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com os objetivos da pesquisa e a garantia dos sigilos dos dados, assim como sua livre escolha em participar. Somente após a assinatura do TCLE pela paciente se deu início aos atendimentos considerados para a pesquisa. Este trabalho foi submetido para avaliação na Comissão de Ética em Pesquisa, para que todos os preceitos éticos fossem respeitados, conforme determinado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Para tanto, adotou-se um protocolo para atendimento de pacientes enlutados, que foi aplicado com adaptações a essa 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.

## 2.1 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 50 anos, divorciada do seu segundo marido, identificada neste artigo pela inicial R. A paciente fora mãe de três filhos, nascidos no primeiro casamento, sendo o mais velho F., com 34 anos, casado, o que falecera de câncer 15 dias antes de a paciente procurar psicoterapia. No segundo casamento, teve dois filhos: N., com 32 anos, casado, e R., com 27 anos, solteira. No momento em que procurou a psicoterapia, não possuía atividade laboral, ocupacional e social, relatava cuidar apenas 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 ter 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 é o mais velho e, conforme relato da paciente, ele exercia um papel não apenas de filho, mas de amigo e “pai” (sic). A paciente relata que este filho presenciou os sofrimentos das suas duas separações, bem como aquele vivenciado no segundo casamento (sic). Relata que seu filho esteve sempre ao seu lado, segurando sua mão nos momentos difíceis da 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 últimos maridos para tomar decisões e ter se tornado dependente deste filho, após as separações. Declara que o filho tomava decisões sobre sua aparência (escolhendo suas roupas novas, decidindo sobre corte e cor do cabelo, sobre móveis para casa), suas finanças (sempre que precisava comprar algo, ela ligava para o filho e lhe solicitava “a

bênção” (sic), o consentimento dele para a aquisição). A paciente era dependente financeiramente de todos os filhos, que a ajudavam com um valor mensal, porém ela se dizia incapaz de administrar esse dinheiro, sozinha. Atualmente a paciente não mais depende financeiramente dos filhos, pois o falecido deixou um seguro de vida em seu nome, e ela agora tem recursos financeiros próprios. Porém a paciente não se sente apta a cuidar das 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 mais nova, que ainda mora com ela, não demonstra afetividade e mantém sua rotina, sem dedicar atenção à mãe.

### 3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Após a avaliação da paciente, foi iniciada a aplicação de um protocolo para atendimento de pacientes enlutados, adaptado do modelo de Silva (2009), pela primeira autora. O protocolo original, apresentado por Silva (2009), tem duração de 12 sessões, com espaço de sete dias entre elas. Porém esse protocolo foi adaptado na sua aplicação, pela necessidade de estabilizar o humor da paciente, visto que esta se encontrava em profundo sofrimento e sem pessoas com as quais pudesse compartilhar a 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-se como base teórica a teoria cognitivo-comportamental. Porém foi detectado o risco de suicídio e houve, portanto, um acréscimo de duas sessões para avaliar os fatores relacionados a esse risco, 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. Não foram aplicados testes para avaliar a atenção da paciente, visto que esta não apresentou essa sintomatologia. Foram aplicados os Inventários 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.

**Quadro 2.** Protocolo para atendimento de pacientes enlutados

<b>Fase 1:</b> Sessões de 1 a 4	1.1 Aplicação das escalas de autorrelato Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) e Beck Hopelessness Scale (BHS), para avaliar a intensidade da depressão, da ansiedade e desesperança, semanalmente; 1.2 Avaliação do risco suicídio; 1.3 Psicoeducação sobre as fases do luto e sobre as alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais, consideradas comuns neste 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.
<b>Fase 2:</b> 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.
<b>Fase 3:</b> Sessões de 9 a 12	3.1 Propiciar 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 Reforçamento dos pensamentos alternativos referente às distorções trabalhadas; 3.4 Prevenção de recaída.

Fonte: Dados da pesquisa

Fase 1: Na sessão de avaliação inicial foram aplicadas escalas de autorrelato *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Beck Hopelessness Scale* (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 no Quadro 3.

**Quadro 3.** Escores das escalas de autorrelato (BAI, BDI e BHS)

(Continua)

	BAI	BDI	BHS
Avaliação Inicial	37	33	11
Semana 1	28	28	7

(Conclusão)

Semana 2*	35*	30*	9*
Semana 3	22	28	7
Semana 4	18	20	5
Semana 5	12	15	2
Semana 6	7	10	1
Semana 7	6	6	1

Fonte: Dados da pesquisa

Houve significativa melhora dos escores entre a avaliação inicial e a realizada na sétima semana de atendimento; porém observa-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 final de ano, geralmente comemoradas pela paciente em companhia do falecido.

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

Conforme Serra (2000), é considerado com risco de suicídio o paciente que apresenta o constructo da desesperança e da 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 mesmo, a respeito da expectativa que tem dos outros e da expectativa que ele acredita que os outros têm dele (DATILIO; 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 dos fatores de risco na paciente R., como a autoavaliação negativa e sentimento de desamor 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 para seu filho, antes de ele falecer, era a de que jamais tiraria sua própria vida. Ela também comentou que, ao morrer, seu filho lhe deixou recursos financeiros suficientes para que ela pudesse participar de um programa de emagrecimento, arrumar todos os dentes e realizar implantes, passar por uma cirurgia bariátrica e fazer diversas cirurgias plásticas estéticas para se sentir “mais bonita” (sic). A paciente relata estar focada nos planos para melhorar a autoimagem, e diz que se empenhará nos próximos meses, descartando qualquer possibilidade de que venha a cometer o suicídio. Porém, mesmo após essa conversa com a paciente, foi alertado ao seu psiquiatra e a dois filhos sobre o risco do suicídio, e a terapeuta passou a ficar atenta aos possíveis precipitadores de uma crise.

Após a avaliação do risco de suicídio e da constatação de que no momento a paciente não apresentava os precipitadores suficientes para cometer suicídio, foi dada continuidade à aplicação do protocolo adaptado para enlutados, por meio da psicoeducação sobre as fases do luto: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação, considerando que essas fases não são como roteiros, mas podem sofrer alterações de acordo com a perspectiva pessoal de cada paciente (KÜBLER-ROSS, 2005). Assim, foram trabalhados com a paciente os sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais do luto, como uma resposta das interpretações que ela fazia a respeito da morte.

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.

**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.”

Fonte: Dados da pesquisa

Nesta fase, foi percebido que a paciente cometia algumas distorções cognitivas, porém não foi feita intervenção nesse sentido, pois o papel do terapeuta, nesta primeira etapa, é de acolhimento e auxílio no reconhecimento da perda. A paciente foi, então, estimulada a compartilhar sobre a morte do seu filho com pessoas próximas, com membros da família e vizinhos e a elaborar rituais de despedida do seu filho. Assim, além de escrever uma carta para o filho, como tarefa de casa da terapia, a paciente fez homenagens em redes sociais, falando do 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 lembrou 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 já começou a pensar em formas simbólicas de comemorá-lo. Para isso, entrou em contato com a esposa dele e, juntas, elas combinaram de, no dia do aniversário, levar flores ao túmulo, encomendar um bolo, cantar parabéns com a família reunida e, em seguida, assistiriam a um filme intitulado “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 objetivo de a paciente encontrar pensamentos alternativos, ou seja, interpretações alternativas sobre a morte do filho. O pensamento que persistiu foi relacionado à culpa pela morte de F., e então foi construído, com a paciente, um cartão de enfrentamento, para que fosse lido nos momentos em que o pensamento automático negativo aparecesse. Esse cartão de enfrentamento pode ser visto no

Quadro 5. A paciente relatou, na sessão seguinte, que apresentou esse pensamento ainda durante a semana, porém disse ter controlado facilmente a sua tristeza e relata não ter se sentido culpada.

#### Quadro 5. Cartão de enfrentamento

“Sou culpada pela morte do meu filho. F. morreu, pois precisou de mim e eu estava dormindo.”  
 Não tenho evidências de que este pensamento é verdadeiro;  
 Meu filho tinha um câncer terminal e foi por este motivo que ele morreu;  
 Na noite de 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 e mudei de casa para poder melhor ajuda-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.

**Pensamento alternativo:** Eu não sou culpada pela morte dele, fiz o meu melhor. Ele se foi, pois chegou a hora dele.

Fonte: Dados da pesquisa

Durante as sessões, a paciente não relatou qualquer situação mal resolvida entre ela e o seu filho falecido. Porém, conforme o protocolo proposto neste estudo de caso, após o questionamento das distorções cognitivas, a psicóloga responsável pelo atendimento do paciente enlutado 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 pediria perdão para o filho por ter dormido no momento da sua morte, no entanto agora ela já consegue reconhecer que não foi a culpada pela morte dele, e, assim, restou-lhe apenas o sentimento de saudade.

Também foi escolhida, pela paciente, uma pessoa para ser o seu “resgate” em momentos de tristeza, quando precisasse falar sobre a dor da perda com alguém, ou caso viesse a precisar 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 sua prima, a psicóloga responsável pelo atendimento, com consentimento da paciente, ligou para a pessoa “resgate” e passou orientações a respeito do seu papel e dos riscos de suicídio. Também foram passados os

telefones de contato do terapeuta, para caso de a paciente entrar em crise e precisar 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 estes o papel que o irmão falecido exercera durante anos na vida da mãe (confidente, filho, cuidador, amigo, “pai” (sic)); foi mostrada 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 revezariam para levar a mãe ao 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 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. Então abriram espaço para ela trabalhar na fábrica da família e, assim, ocupar o tempo antes dedicado integralmente ao falecido.

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

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

Foram identificados com a paciente novos objetivos de curto, médio e longo prazo 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 abdômen e

face. Também foi identificada na paciente a necessidade de doar seu carinho para pacientes que sofrem de patologias semelhantes à do seu filho. Portanto, após conseguir atingir algumas das suas metas pessoais, a paciente iniciará um trabalho voluntário com pacientes portadores de câncer, pois acredita que, dessa forma, poderá ajudar as pessoas ainda em vida.

#### 4 RESULTADOS

A terapia cognitivo-comportamental é apontada como eficaz no tratamento de lutos complicados, conforme Boelen et al. (2007), Matthews e Marwit (2004), Cohen e Mannarino (2011), e, neste estudo de caso, a eficácia ficou evidente, pois, após a oitava 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 de seu filho. No 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 de 11 para 0 no BHS.

Após o questionamento dos pensamentos e crenças distorcidos, identificação de evidências a favor e contra os pensamentos distorcidos e identificação de pensamentos mais adaptativos, fase denominada por Beck (1997) de reestruturação cognitiva, R. conseguiu reduzir seu sentimento de culpa com relação à morte do filho, e o 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 pelo 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, distraíam-na e geravam nela o sentimento de esperança.

A paciente relata ter tido recaídas e ter estado triste nos momentos em que se lembrava do filho em alguns dias, o que é normal, conforme os estudos empíricos,

pois as lembranças e as relações internas com o falecido muitas vezes continuam ao longo da vida (MALKINSON, 2010). Mas a paciente diz que apenas com o “tocar do telefone” (sic) ela já se distrai e facilmente consegue retomar as suas atividades diárias, não se sentindo prejudicada pela tristeza referente às lembranças que tem e a saudade que sente do filho ausente.

## 5 CONCLUSÃO

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem terapêutica adequada para tratamento de pacientes enlutados (FLEMING et al., 2001), sobretudo por meio da aplicação deste protocolo, que foi eficaz na elaboração de luto da paciente, proporcionando significativa melhora na sua interpretação a respeito da morte do filho: a paciente demonstrou maior capacidade de reavaliação das interpretações, que passaram a ser mais funcionais, refletindo em emoções mais positivas e redução do sofrimento, resultados também confirmados por Malkinson (2010). A reestruturação cognitiva, presente nas três fases do protocolo apresentado neste estudo de caso, é apontada como etapa essencial do tratamento do luto, assim como a exposição do paciente à nova realidade, para que ele possa desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas e funcionais (WAGNER et al., 2006). Após a exposição da paciente ao protocolo, a mesma 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.

## REFERÊNCIAS

BECK, J. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOELEN, P. A.; DE KEYSER, J.; VAN DEN HOUT, M.A.; VAN DEN BOUT, J. Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n.2, p.277-284, 2007.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P. Trauma: Focused CBT for Traumatic Grief in Military Children. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, v.41, n.4, pp.219-227, 2011.

DATILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Ed.). **Estratégias cognitivo comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

DSM-5: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. [s.l.]: American Psychiatric Association, 2014.

FLEMING, S.; ROBINSON, P.; STROEBE, M.S.; HANSSON, R.O.; STROEBE, W.; SCHUT, H. Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning. **Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care**, 2001. p. 647-669.

HENSLEY, P. L.; CLAYTON, P. J. Bereavement: signs, symptoms, and course. **Psychiatr Ann**, 2008, v. 38, p. 649-654. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/2008-15494-001>> Acesso em: 14 out. 2015.

KÜBLER-ROSS, E. **On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss**. Simon & Schuster, 2005.

MALKINSON, R. Cognitive behavioral grief therapy: the ABC model of rational-emotion behavior therapy. **Psychological Topics**, v. 2, p. 289-305, 2010.

MATTHEWS, L.T.; MARWIT, S.J. Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. **Death Studies**, v. 28, n. 9, p.849-863, 2004.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

ROSNER, R.; PFOH, G.; KOTOUKOVA, M. Treatment of complicated grief. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 2, 2011, disponível em: <<http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/7995http%3A>> Acesso em: 11 maio 2016.

SERRA, A. M.. **Estudo da Terapia Cognitiva: um novo conceito de psicoterapia**. Módulo 3: Intervenção em crise de depressão e suicídio. [s.l.: [2000?].

SILVA, A. C. O. Atendimento clínico para luto no enfoque da terapia cognitivo-comportamental. In: WIELENSKA, R. C. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: desafios, soluções e questionamentos**. Santo André: ESETec, 2009.

WAGNER, B.; KNAEVELSRUD, C.; MAERCKER, A. Internet based cognitive behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. **Death Studies**, v. 30, n. 5, p. 429-453, 2006.

ZISOOK, S.; SHEAR, K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. **World Psychiatry**, 2009, v. 8, p. 67-74. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691160/>>. Acesso em: 14 out. 2015.

*Recebido em: 14 de abril de 2016*

*Aceito em: 02 de junho de 2016*