



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO EM PSICOLOGIA

**LUTO MATERNO CRÔNICO: ANÁLISE DE CASO DE UMA CUIDADORA**

ANA KAROLINE DE SOUZA SILVA

Santo Antônio de Jesus

Julho / 2016

ANA KAROLINE DE SOUZA SILVA

**LUTO MATERNO CRÔNICO: ANÁLISE DE CASO DE UMA CUIDADORA**

Artigo apresentado como requisito final para conclusão do Estágio supervisionado de ênfase II do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Professor Supervisor: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Saskya C. Tavares  
Período: outubro de 2015 a julho de 2016

Santo Antônio de Jesus

Julho / 2016

ANA KAROLINE DE SOUZA SILVA

**LUTO MATERNO CRÔNICO: ANALISE DE CASO DE UMA CUIDADORA**

Artigo apresentado como requisito final para conclusão do Estágio Supervisionado Específico de Ênfase II do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Área de concentração: Centro de Ciências da Saúde

Data da defesa: 12 de agosto de 2016.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Jeane Saskya Campos Tavares – Orientadora  
Psicóloga – Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da  
Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).  
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Dr<sup>a</sup> Paula Sanders Pereira Pinto

---

Ms. Ana Paula Pitiá Barreto

*Dedico este trabalho de conclusão de curso a Deus primeiramente, fonte de força, luz, resistência e principalmente resiliência. A minha família, Manoel (pai), Creusa(mãe) e Thaís(irmã) por serem a maior fonte de amor incondicional, imensurável e pelo apoio e incentivo dado em diversos momentos não só desse capítulo de vida mas sim de toda a minha trajetória. Obrigada por confiarem e acreditarem sempre em mim!*

## AGRADECIMENTOS

Em todos os momentos da vida é necessário agradecer, tanto pelas experiências boas vivenciadas que propiciam uma alegria imensa, quanto pelas vivências que gostaríamos de evitar mas todas são de vivências enriquecedoras e propiciam um maior crescimento.

Agradeço primeiramente ao Pai, fonte de força maior, que ilumina todos os meus dias, e me dá forças e resistência para seguir em frente. Pois quem carrega a marca da Tua promessa, sabe que vitória é certa.

A Maria, pede a mãe que ela intercede junto ao filho. Mãezinha, entrar nesta universidade foi luta e graças também a tua interseção, obrigada por me cobrir com o manto sagrado protegendo de tudo.

Agradeço aos meus pais, Manoel e Creusa, que são meus maiores exemplos e inspiração do quanto devemos ir na luta dos nossos sonhos e que eles são possíveis de se realizar por mais que pareça difícil. Por ter me ajudado a superar a ausência física sempre com muito amor em cada ligação, mensagem, visita inesperada. Obrigada por toda confiança depositada em mim, mesmo diante de situações na qual nem mesmo eu tenho fé. Gratidão enorme de ser filha de vocês! Minha missão é honrar vocês!

A minha irmã, Thaís Emanuelle por estar sempre presente me ajudando quando preciso. Por acreditar em mim, ser uma fonte de inspiração para que eu siga com voos cada vez mais alto.

A minha família, em especial a minha avó (in memoriam) exemplo de mulher, de luta, de fortaleza e de sucesso. A minha tia Bia, por ser também uma inspiração, por estar sempre acreditando e ao lado em toda a minha vida.

As minhas amigas que se constituíram como fonte de apoio em diversos momentos, meu quarteto (Laila, Lícia e Jessica) a amizade de vocês foi essencial para a chegada deste momento, tenho certeza que estabelecemos laços para além da vida acadêmica.

Ao grupo APC, pela constante troca de conhecimentos e aprendizado. Em especial a supervisora, Jeane Tavares por conseguir passar com uma sutileza o quanto é lindo a atuação clínica, obrigada por todos os ensinamentos compartilhados e confiança depositada. Sem dúvidas um divisor de águas na minha vida profissional.

Aos meus pacientes, pela confiança e por terem sido fontes indiscutíveis de conhecimento, do ensinar a ser profissional e a praticar sempre o melhor buscando cada vez mais para conseguir ajudar cada um. O ensinamento foi para além do profissional.

A UFRB por propiciar toda a experiência tanto acadêmico, como de vida. Em especial, aos docentes por todas as discussões, pela partilha de informações e constante discussões construtivas na sala de aula e para além dela com uma riqueza ímpar. A docente Adriana Suehiro, por ser um exemplo de profissional e por confiar, investir, compartilhar e pela paciência.

Agradeço a vida por me permitir ser quem é, cada experiência é fonte sem dúvidas de uma aprendizagem único. Seja as facilidades ou resistências que a vida impõe, todas elas vem repleto de um significado único que auxiliam a constituir quem hoje sou. Gratidão por tudo nesta vida!

Um capítulo da vida se encerra, virão novos voos e novos desafios. O futuro é incerto mas só tenho gratidão por tudo já propiciado e ao que está por vir.

Eu sei que determinada rua que eu já passei  
Não tornará a ouvir o som dos meus passos  
Tem uma revista que eu guardo há muitos anos  
E que nunca mais eu vou abrir  
Cada vez que eu me despeço de uma pessoa  
Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela última vez  
A morte, surda, caminha ao meu lado  
E eu não sei em que esquina ela vai me beijar  
Com que rosto ela virá?  
Será que ela vai deixar eu acabar o que eu tenho que fazer? (...)

Raul Seixas e Paulo Coelho

## RESUMO

O presente artigo foi resultado das experiências vivenciadas no Estágio Supervisionado da Ênfase II, no Ambulatório de Atenção Psicológica a pessoas que vivem com condições Crônicas (APC). A morte e a perda são, de modo geral, eventos estressantes e difíceis. A maneira como o adulto vivencia a separação de uma pessoa significativa pode estar ligada às experiências de vinculação com as figuras de apego na infância, as quais são decisivas na estruturação dos esquemas de crenças centrais. Um indivíduo, que na infância, passa por experiências de abandono e desenvolve esquema de desamparo, quando adulto, diante de um evento estressor, como a morte de uma pessoa significativa, poderá ativar sua crença central, levando-o a se comportar de modo disfuncional e desadaptativo, e por consequência, viver um processo de luto complicado. Dentre estes, o luto adiado, que se caracteriza como um processo de adiamento do luto onde a pessoa pode apresentar comportamentos normais após a perda ou alguns sintomas do luto distorcido, como superatividade, identificação com os sintomas do morto e isolamento. O objetivo principal do artigo foi analisar um caso clínico em que se realizou intervenção psicológica por meio da Terapia Cognitiva Comportamental num caso de luto materno adiado. Foram realizadas 5 sessões, utilizando técnicas como: Escala das Emoções, Redação de Carta para a Fonte Ausente, Revivência por fotos. Os principais resultados obtidos se referem à vivencia e processo de elaboração do luto. Conclui-se que, os ganhos terapêuticos alcançados neste processo, reafirmam a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental em caso de Luto Complicado. Planejam-se intervenções para identificação de crenças com foco na flexibilização dos pensamentos e assim uma melhora na qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Terapia Cognitiva Comportamental; Esquema de Desamparo; Luto Materno; Luto Adiado

## ABSTRACT

This article was the result of the experiences of the Supervised Internship II Emphasis on Psychological Care Clinic to people living with conditions Chronicles (APC). The death and loss are generally difficult and stressful events. The way the adult experiences the separation of a significant person can be linked to the linking of experiences with attachment figures in childhood, which are decisive in the structuring of core beliefs schemes. An individual, who in childhood, past experiences of abandonment and develops helplessness scheme as an adult before a stressful event, like the death of a significant person, can activate your core belief, leading him to behave in a dysfunctional way and maladaptive, and therefore live a complicated grieving process. Among these, the delayed mourning, which is characterized as a delaying process of mourning where one can have normal behavior after a loss or some symptoms of distorted grief as overactivity, identification with the symptoms of dead and isolation. The main objective of the study was to analyze a case in which he conducted psychological intervention through Cognitive Behavioral Therapy in case of delayed maternal grief. techniques were used and the Emotions Scale, Letter Writing for Missing Source, reliving for photos. The main results refer to the experiences and the grief process. In conclusion, the therapeutic gains achieved in this process, reaffirm the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in case of Grief Complicated. Are planned interventions beliefs identification focusing on relaxation of thoughts and thus a better quality of life.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy; Helplessness scheme; Grieving Mother; bereavement Postponed

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....</b>	<b>16</b>
2.1. HISTÓRIA DE VIDA E QUADRO CLÍNICO ATUAL.....	18
<b>3. ALIANÇA TERAPÊUTICA.....</b>	<b>19</b>
<b>4. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....</b>	<b>21</b>
4.1. DISTRIBUIÇÃO DAS SESSÕES.....	21
4.2. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....	22
4.2.1. Escala de Intensidade das Emoções.....	22
4.2.2. Carta a fonte ausente.....	24
4.2.3. Tarefas extra sessão.....	25
4.2.4. Técnicas de Revivência.....	26
4.2.5. Revivência por fotos.....	27
<b>5. CONCEITUAÇÃO COGNITIVA.....</b>	<b>28</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1.INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado de uma experiência no Estágio Supervisionado da Ênfase II, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O Estágio em específico foi realizado no grupo Ambulatório de Atenção Psicológica as pessoas que vivem com condições Crônicas (APC), localizado no Serviço de Psicologia da UFRB no período de outubro de 2015 a junho de 2016.

Tal serviço, objetiva oferecer tratamento gratuito a cidade de Santo Antônio de Jesus e regiões circunvizinhas. Funciona como uma clínica-escola que prioriza atendimento a pessoas com renda baixa, independente da faixa etária.

O APC foi implementado em 2013 pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jeane Tavares e estagiários do 9º e 10º semestre do curso de Psicologia. Realiza atendimentos psicológicos à pessoas em condições crônicas, seus familiares e cuidadores. As condições crônicas são mudanças corporais que afetam a saúde ou doença e pode acompanhar o indivíduo por muito tempo. Os tipos são variados como: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e pessoas em Processo de Luto. Assim, o APC objetiva auxiliar os indivíduos que apresentam doenças crônicas a lidar com as dificuldades relacionadas a doença. Neste artigo será apresentado o caso de uma mulher que apresenta luto crônico devido à morte de um filho e que tornou-se cuidadora de uma neta de 06 anos com diagnóstico de acidose renal e de sua mãe idosa.

Para Parkes (2009), o “luto” é definido como a reação a uma perda. Refere-se a uma reação a uma perda por morte e implica não apenas um pesar, mas também uma complexa revisão das concepções sobre o mundo que antes fornecia segurança ao indivíduo. Em consonância a este autor, Barbosa (2005), sugere que geralmente as pessoas não estão preparadas para lidar com a finitude humana, o que torna mais difícil e delicada a aceitação do encerramento do ciclo da vida.

O luto é abordado de acordo com a Teoria do Apego para Bowlby, como:

“ um modo de conceituar a tendência dos seres humanos a estabelecer fortes vínculos afetivos com alguns outros, e de explicar as múltiplas maneiras de manifestação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e a perda involuntárias dão origem”. (1990)

Parkes (2009), considera com base na teoria de Bowlby que as experiências de morte e perda, são eventos estressante e difíceis. A morte é vista como um fenômeno que pode desencadear ou gerar uma sensação de fragilidade, também para

os familiares e amigos do falecido. É um momento difícil de ser enfrentado, o rompimento do vínculo afetivo existente, o nível de aceitação, o tipo de morte-repentina ou não, são determinantes na elaboração dessa perda (Lisboa & Crepaldi, 2003). Parkes (1998), informa que o processo do luto tende a causar desconforto, alterar funções, aumentar níveis de ansiedade, em potencial maior para aqueles que presenciaram o momento em que o ente faleceu.

Worden (1998), traz que eventos severamente adversos, tais como morte de entes queridos e as circunstâncias em que esta se deu, por si só provocam inseguranças e dificuldades de adaptação à perda, mas pessoas com estilo de apego seguro tendem a um melhor prognóstico de adaptação. Tal condição se deve ao fato de estas disporem de mais recursos psicológicos e cognitivos para o enfrentamento do processo do luto e conseqüente reposicionamento afetivo da pessoa que faleceu para seguirem suas vidas com novos investimentos afetivos.

Desespero e desapego, são reações para incluir o entorpecimento ou embotamento das emoções, como primeira resposta, sobretudo nas mortes repentinas. Corroborando ao autor anterior, Moura (2006) afirma que em casos de perdas súbitas o processo de elaboração do luto se torna mais complexo, pois tem o elemento surpresa, sem sinais, sem indício da sua eventualidade. As pessoas próximas ficam tentando encontrar os porquês, os detalhes das mortes (como foi, onde foi). Elas precisam achar um entendimento racional de como aconteceu, isso lhes é fundamental para aliviar a dor, ansiedade e confusão do enlutado.

Neste seguimento, Parkes (1998) relata que as pessoas que haviam perdido um ente querido, repentinamente, choravam mais, sentiam-se entorpecidos e tinham mais saudades que as outras pessoas. Ainda, foi percebido que a perda súbita dos filhos, em acidentes automobilísticos, proporcionou nos pais mais raiva, depressão, culpa e, por conseqüência, mais problemas com a saúde, além de lembranças dolorosas da pessoa que morreu, do que em filhos que vieram a falecer por alguma doença da qual os pais tinham conhecimento. Com isso, considera-se que morte repentina, inesperada e precoce é para elaboração do luto normal; pode gerar problemas psicológicos como a depressão e a ansiedade (Parkes, 1998).

Agnese, Batista, Oliveira, Rose e Lescano (2012) abordam a noção de que a perda de um filho é uma perda sem nome. A inversão da seqüência de eventos, considerada como natural da vida, causada pela morte de um filho desafia e deixa sem palavras para nomeá-la. As autoras destacam que no luto de pais, com o passar

do tempo, a perda não se acomoda, e apontam a existência de uma exigência social de esquecimento ou “superação” que constrange e exclui os pais no seu cotidiano, por não conseguirem responder de maneira adequada.

Tavares (2010) aponta que, atualmente, manifestações de dor e sofrimento são diagnosticadas como depressão, se observando, dessa forma, uma "patologização" de qualquer indício de mal-estar. O que revela a intolerância frente aos modos de subjetivação opostos aos ideais contemporâneos, não podendo haver um tempo para a introspecção e a reflexão.

Para Almeida (2015), não há dúvidas que a dor da perda é avassaladora para o território emocional e psíquico dos submetidos a esta circunstância. Fica entendido para o indivíduo que tal condição é permanente sem possibilidade de reversão. Neste momento apresenta-se a necessidade de proteção contra o sofrimento com o processo de reconstrução de uma nova trajetória de vida. Cabe salientar a necessidade de diferenciar a presença de um luto normal de um complicado. Aquele considerado normal é esperado e bem caracterizado, porém o limite para atingir o luto complicado, encontra-se na falta de superação e na permanência prolongada deste estado, com manifestações acentuadas e devastadoras ao ser enlutado (Melo, 2004).

O luto além de ser considerado um evento natural após a privação do que se considera vital para a existência é uma resposta inevitável que move o indivíduo a viver um processo de ajustes em todos os setores da vida (Ferreira, Leão, Cardoso, 2008).

Sullivan (1956 cit. por Sanders, 1999), caracteriza o processo de luto como um mecanismo extremamente valioso e protetor, sem no entanto negligenciar a dor e o aspecto desagradável que o caracterizam.

Bowlby (1989) propõe algumas fases consideradas esperadas no processo de luto. A fase de torpor ou aturdimiento é uma fase de negação do fato da morte, como um comportamento adaptativo de sobrevivência, tal fase serve como mecanismo para suportar a perda, geralmente o enlutado encontra-se desorientado. Na fase de anseio ou protesto e busca da figura perdida, que implica emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física, o enlutado fica a procura da pessoa perdida, um desejo de reencontrar a pessoa morta, com crises profundas de dor e choro incontrolável, a pessoa pode sentir raiva de si mesmo, dos outros e do morto. Na fase do desespero o enlutado reconhece a imutabilidade da perda, o que torna esta fase ainda mais difícil, pois implica desmotivação pela vida, apatia e depressão, é como

se o morto morresse de novo. Já na fase de recuperação, restituição e re-organização, o enlutado passa a aceitar as mudanças em si e na situação, vem daí uma nova identidade permitindo-o desistir da ideia de recuperar a pessoa morta. (BOWLBY, 1990; BROMBERG, 2000).

Franco (2011) assinala que, quando um vínculo é rompido, os recursos que o indivíduo utiliza para processar o luto encontram-se na qualidade do vínculo anteriormente existente. Quando os primeiros vínculos estabelecidos são ansiosos, a autoconfiança e a autoestima não se desenvolvem de forma positiva. Dessa maneira, a reação frente à perda se dará de forma ambígua, podendo desenvolver algumas reações complicadas em relação ao luto como: negação, distorção ou adiamento do luto.

Para Coelho (2008), tais processos ocorrem num período chamado “trabalho de luto”, quando o tempo do luto começa a se estender indefinidamente ou os comportamentos relacionados à perda não caminham para sua elaboração, tem-se um luto disfuncional.

No caso do luto crônico, o processo de elaboração não passa por todas as etapas. Geralmente, perdas ambíguas podem causar este tipo de luto. O cotidiano da pessoa é regido pelo luto, assim o morto e a perda ocupam um lugar de destaque maior do que o esperado, tornando a vida cotidiana disfuncional. (Coelho, 2008). Refere-se que em alguns casos frente a morte os enlutados tornam-se incapazes de reorganizar suas vidas tanto no contexto familiar, como no social. (Basso; Wainer, 2011).

Para Bromberg (1998), o luto adiado, portanto, pode ser compreendido como um processo de adiamento onde a pessoa pode apresentar comportamentos normais após a perda ou alguns sintomas do luto distorcido, como superatividade, identificação com os sintomas do morto e isolamento. Assim Parkes (2000), nos sugere que o luto adiado é a ausência de vivência com relação ao momento de vida experienciado podendo durar semanas ou até anos.

Alguns sintomas, cognições, sensações físicas e comportamentos são comuns após uma perda. Podendo agravar-se a partir do papel social que o indivíduo que morreu ocupava na família. Dentre estudos, considera-se a perda de um filho um dos lutos mais difíceis de se elaborar. Isto porquê um filho pode representar a impotência do amor dos pais para evitar esse evento final, podendo colocar em dúvida a qualidade desse amor, como se esse tivesse fracassado. Eles podem sentir-se culpados, com

raiva e autoreprovação por sobreviverem ao filho, principalmente em caso de morte inesperada. (Laplanche e Pontalis, 2004; Franco, 2011; Polido 2014).

Eventos estressores são capazes de ativar crenças e esquemas disfuncionais na qual o indivíduo tenha, a morte de um filho e o cuidado a uma pessoa em condição crônica podem ser situações desencadeadoras. De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), em algum momento os Esquemas Iniciais Disfuncionais (EIDs) latentes, caracterizados por um conjunto de crenças globais e enraizadas, com pressuposições e regras acerca do mundo, podem ser ativados devido a uma situação, alterando e predominando sobre humor bem como sobre o comportamento de um indivíduo.

Para Leahy (2010), esquemas podem não ser ativados durante um longo período, assim como podem ser acionados em situações específicas, assim antes esquemas desativados são ativados, acionando assim as crenças nucleares que controla o modo disfuncional os pensamentos, emoções e comportamentos. Segundo Basso e Wainer (2011), eventos ameaçadores trazem risco à integridade física, psicológica e social de um indivíduo.

Ao definir esquema, Beck (1976) se refere a uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças que orientam o indivíduo em suas atitudes e posturas nos mais variados eventos de sua vida. Esquemas são, então, compreendidos como estruturas de cognição com significado.

Lutar, fugir, paralisar-se são as principais respostas à ameaça. Dentre respostas comportamentais Young (et al., 2008), informa processos que os esquemas continuam ativados na vida do indivíduo, entre tais: a hipercompensação quando a pessoa luta contra o esquema como se este fosse o oposto; a evitação quando organiza-se a vida de modo que o esquema não seja ativado, bloqueando pensamentos e imagens que possam vir a ativá-lo; e a resignação quando aceita o esquema e não se luta contra eles.

Como forma alternativa a respostas de enfrentamento frente a um esquema ativado os pacientes podem sequenciar uma série de erros cognitivos, entre eles a inferência arbitrária, abstração selectiva, hipergeneralização, exagero e a minimização, personalização, pensamento absolutista. (Beck, 2013).

Diante do sofrimento do acesso a suas crenças, alguns pacientes utilizam de esquemas compensatórios como forma de evitar o contato direto a sua crença, embora essas manobras cognitivas e comportamentais aliviem seu sofrimento

emocional momentaneamente, em longo prazo as estratégias compensatórias podem reforçar e piorar crenças disfuncionais (Knapp e Beck 2008).

Beck (2013) assinala ainda que crenças nucleares são compreensões globais, rígidas, supergeneralizadas, duradoras e profundas, consideradas pela pessoa como verdades absolutas sobre si o outro e o mundo (tríade cognitiva). Além do mais, as crenças nucleares negativas se enquadram especificamente aos esquemas de desamor, desvalor e desamparo, e essas, podem vir à superfície apenas durante momentos de sofrimentos psicológicos (Silva, 2015).

A identificação de tais crenças no contexto clínico é essencial para auxiliar na modificação de pensamentos, humores e comportamentos disfuncionais na qual o paciente possa vir a ter (Beck, 2007). Porém a confrontação de tais crenças deve ser realizada num momento onde o paciente esteja preparado para tal, a fragilidade emocional de um paciente pode assim adiar a confrontação da identificação de crenças disfuncionais.

Segundo Knapp e Beck (2008), esquemas cognitivos relacionados aos eventos negativos, desempenham um papel importante no desenvolvimento das crenças nucleares. É possível compreender que o esquema de desamparo relacionado a temas que incluem crenças negativas sobre estar desamparado, vulnerável, abandonado e rejeitado, se caracterizam como expressão de abandono, carência, rejeição e fracasso associadas às experiências vividas e, quando esses esquemas são acionados, no momento em que uma pessoa significativa morre, podem influenciar na vivência do processo natural do luto, produzindo um luto complicado. (Silva, 2015).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) se apresenta como uma abordagem educativa, colaborativa e co-participativa, onde paciente e terapeuta trabalham com o intuito de corrigir as crenças disfuncionais, utilizando uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento, possibilita o paciente interpretar as situações de uma forma mais funcional e, conseqüentemente, resolver eficazmente os problemas (BECK, 2013). Porém, em alguns casos também respeitando o tempo do paciente e a condição emocional no qual o mesmo encontra-se utilizando de outras técnicas mais adequadas a cada caso, como em pacientes onde ainda não estão preparados emocionalmente para a confrontação de seus esquemas e crenças devido a algum evento estressor no qual o mesmo venha a ter passado.

Para tais casos a formação de uma boa aliança terapêutica segura é essencial para avançar no caso assegurando assim o tempo do paciente. Beck (1976), constitui a necessidade de uma boa relação terapêutica, descrevendo-o como “uma componente efetivamente primária da efetiva psicoterapia”, assim a relação terapêutica sozinha seria insuficiente para realizar a mudança. Assim, uma boa relação terapêutica é fundamental para um empirismo colaborativo.

Segundo Waddington (2002), considerar os problemas individuais na relação terapêutica é de extrema importância. Assim, em relação a psicoterapia, nos casos de luto complicado, é importante a identificação, avaliação e correção de pensamentos, comportamentos e crenças nucleares disfuncionais (reestruturação cognitiva). Mas é importante também preparar o paciente para que este possa vir a utilizar destas técnicas assegurando o tempo individual do mesmo, realizando as etapas do processo de luto para que este possa vivencia-lo e viver de modo saudável o luto.

O presente artigo tem por objetivo analisar um caso clínico que realizou intervenção psicológica por meio da terapia do luto associada à TCC de uma paciente de um caso de luto materno adiado. Os objetivos específicos consistem em: descrever o caso clínico e as intervenções psicoterapêuticas que foram utilizadas para elaboração do luto saudável, caracterizar o quadro clínico atual da paciente e apresentar os ganhos terapêuticos durante o processo. Destaca-se que durante o processo de vinculação e estabelecimento de normas com a paciente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 01), procedimento padrão do serviço de Psicologia da UFRB esclarecendo devidamente o seu conteúdo, sendo assinado, pela paciente, estagiária e supervisora.

## **2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO**

Joana<sup>1</sup>, sexo feminino, 43 - 46 anos faixa etária, casada, mãe de dois filhos, sendo um falecido há um ano e oito meses, avó, sendo uma das netas diagnóstica com um grave problema nos rins. Residente de uma região rural, lavradora mas atualmente não exerce a função. Autodeclarou-se branca, católica, estudou até a 3ª série do ensino fundamental. Buscou o APC na condição de cuidadora de sua mãe de 80 anos e de sua neta que tem 6 anos e apresenta uma grave doença incapacitante nos rins que requer cuidado de uma equipe multidisciplinar, tal neta é filha do seu filho falecido.

Apresentou como queixa principal: A perda do filho mais velho há 1 ano e 5 meses (época da triagem) por acidente de trânsito e desde então vem sofrendo dores nas pernas, manchas no corpo, sensação de agulhadas e região superior da cabeça muito pesada.

É importante destacar que a paciente chegou ao serviço através de um encaminhamento da psicóloga da neta com hipótese diagnóstica de depressão.

Estabeleceu como expectativas em relação ao atendimento ficar bem e curada. Além de diminuir a ansiedade de ver a neta logo ficar bem, sempre relata “minha ansiedade é de ver M. bem”.

Joana reconheceu que antes do falecimento do seu filho não tinha essas dores que sente pelo corpo, nem o peso na cabeça que hoje tem. Preocupa-se bastante consigo pois acredita que o sucesso no tratamento depende dela e sem ela não há quem cuidar da neta.

Ainda relata que antes do falecimento do filho ainda viajava mas que hoje ao sair se mantém extremamente preocupada logo para retornar, o motivo primordial segunda ela é o horário de medicamento da neta que é extremamente rigoroso e contínuo, assim como a alimentação da mãe. Também relata, que antes trabalhava na colheita fato que hoje segundo a paciente não é mais possível devido a tais cuidados. É importante salientar no caso, que antes da morte do primogênito tais atividades eram divididas entre os dois, principalmente o cuidado à saúde da neta.

No campo de vida conjugal/afetivo relata que é casada há mais de 25 anos e que mantêm uma vida tranquila com o marido, porém os dois não dormem na mesma cama desde a chegada da neta, pois a mesma requer tomar alguns medicamento na madrugada e a paciente optou por esta mudança.

Tem como meta principal cuidar das coisas, da neta, da mãe. “Lutar para ajudar os outros”, segundo Joana relatou na avaliação inicial. Quanto aos sintomas psicológicos, queixava-se de: diminuição de prazer nas atividades realizadas ansiedade; perdas de memória, tipo brancos e/ou esquecimentos repentinos; preocupações exageradas. A paciente considera-se uma batalhadora e que já passou por diversas coisas, considera-se sozinha e desamparada por conta da morte do filho que a apoiava. Visualiza o mundo e o futuro de forma temerosa e também positiva, temerosa com medo do passar da idade da sua mãe, já que “minha mãe não requer cuidado integral mas no futuro pode vir, hoje só faço o café, almoço, janta e mando pra casa dela, como cuidarei de tudo? Minha neta precisa de alguém o tempo todo do

---

<sup>1</sup> Os nomes são fictícios no intuito de respeitar o sigilo da identidade da paciente

lado dela na alimentação, nos remédios. Tenho medo de não dar conta de tudo”. No aspecto positivo enxerga que a neta possa vir a ter uma vida mais saudável mesmo nas suas limitações.

## 2.1 HISTÓRIA DE VIDA E QUADRO CLÍNICO ATUAL

Casou-se aos 20 anos com o seu atual marido que foi seu primeiro namorado, diz que os dois se dão bem desde que casaram. Logo depois engravidou do seu filho mais velho, que faleceu, relata que foi uma gravidez tranquila. Aos 24 anos engravidou da sua filha mais nova, relata que não tem um relacionamento tão bom com esta pois a mesma é “teimosa” e segundo a paciente em alguns momentos “dá para ruim”.

Aos 39 anos de idade, recebeu a notícia junto com o seu filho que a neta (a mais velha de 3 filhos do primogênito) tinha uma doença grave e que iria requerer cuidado especial, dividia-se com o filho no cuidado desta neta, não confia na nora para esta função pois ela “minha ex nora é desleixada, não sabe cuidar da menina, dos horários, do que ela precisa comer. Ela é tão desleixada que depois que meu filho morreu arrumou um outro marido torto e teve um outro filho, ao invés de se pensar que já tinha M. que precisa de cuidado diferente e tem a outra M. também (segunda neta)”.

Aos 44 anos, recebeu a notícia do falecimento do filho num acidente suspeita-se que Carlos<sup>1</sup> tenha perdido o controle da moto que pilotava, caiu num buraco e fraturou o pescoço. A mesma relata que avisaram mas ela não quis ir, esperou em casa até o marido retornar e confirmar que o filho havia morrido

Segundo a paciente a sensação foi: “Pegaram uma melancia colocaram em cima da minha cabeça e jogaram com tudo, para mim a sensação foi de uma melancia estourando na minha cabeça, ele tá morto”.

Joana disse que não conseguiu resolver nada referente ao velório, que seu marido que fez tudo e que ele havia sido forte em conseguir, pois ela não conseguiria:

“O velório não parecia que era do meu filho, minha casa ficou cheia e eu fiquei sentada no canto só chorando. Não queria ver ele no caixão, só na hora que iam fechar que eu encostei e toquei no rosto dele mas não parecia ele meu filho tava com o rosto inchado da queda e um roxinho no olho e na boca. Eu só passei a mão no rosto dele e disse ‘brigadin, brigadin’, ele sempre me dizia isso. Tava lotado, muita gente gostava dele. Fiquei em casa não fui para o cemitério”

A paciente veio para o atendimento buscando melhora nesse quadro de tristeza pela morte do filho para melhor cuidar da sua neta e de sua mãe. Pode-se perceber que a mesma encontrava-se num processo de luto crônico pela morte do seu filho, não se permitindo vivenciar todas as etapas que envolvem o processo.

Iniciou-se o processo psicoterápico baseado na Terapia do luto (Franco, 2014; Polido, 2014), com intuito de possibilitar que Joana vivenciasse o luto pela perda deste filho e, posteriormente, desenvolvesse estratégias para o cuidado de si e de sua família.

### **3. ALIANÇA TERAPÊUTICA**

O estabelecimento de uma boa aliança terapêutica foi imprescindível para a condução do caso clínico, o respeito positivo incondicional, a empatia terapêutica e a veracidade foram elementos importantes. Ser empático e autêntico é colocar-se no lugar do paciente de modo a compreender o que ele está sentindo e pensando, e ao mesmo tempo, ser objetivo para discernir possíveis raciocínios, distorções ou comportamentos disfuncionais e desadaptativos que venham influenciar na resolução dos problemas (WRIGTH; BASCO; THASE, 2008).

Na relação terapeuta-paciente foi indispensável respeito ao tempo e sofrimento da história vivenciada, principalmente pela fragilidade emocional na qual a paciente encontrava-se. E com uma crença de desamparo ativada, mas que até o momento não pode ser maior explorada, justamente devido a fragilidade. E a necessidade da paciente estabelecer uma figura de apego saudável com a terapeuta.

É essencial começar a desenvolver a confiança e rapport com o paciente desde nosso primeiro contato com ele. Pesquisas demonstram que as alianças positivas estão relacionadas aos resultados positivos no tratamento. (Beck, 2013)

Para Wright, Basco e Thase (2008), tensões atuais da vida, como luto após a morte de um ente querido, enfermidades e entre outros podem exigir ajuste no relacionamento terapêutico. Assim em casos, o terapeuta precisa concentrar esforços para ser empático, compreensivo e dar apoio.

O vínculo terapêutico foi construído ao longo de cada sessão, para que pudesse acessar as emoções, sentimentos, pensamentos da paciente de modo a fazer a mesma vivenciar o processo de luto, no qual não se permitia e já estava num nível crônico. Tal processo de vinculação foi fundamental para que a paciente pudesse

relatar a dor profunda que foi a perda do seu filho, bem como o processo desgastante no cuidado sozinha da sua neta e da sua mãe, relatar tais experiências foi fundamental para vivenciar emoções como mágoa, raiva e tristeza, compreendendo que o espaço terapêutico tinha como objetivo justamente ouvi-la, sem julgamento, respeitando e reconhecendo todas as experiências como normais e verdadeiras.

Para Beck (2013), o terapeuta demonstra compromisso e a compreensão do paciente por meio de afirmações empáticas, escolhas das palavras, tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal.

Na terapia do luto é permitida a expressão livre dos pensamentos e sentimentos a respeito da morte. Assim em muitas situações foi necessário verbalizar a paciente: “Pode chorar, este espaço aqui é para isso”, “Pode colocar para fora tudo o que você está sentindo”, “Muitas pessoas não sabem o que você está passando, perder um filho deve ser uma dor enorme”, “Entendemos que a elaboração da perda de um filho é uma das experiências mais difíceis”. “Chorar não significa que você é fraca e sim o quanto você sente falta dele”, “É normal tudo isto que você está sentindo”, “Eu estou aqui com você”, “Chore sempre que tiver vontade”.

Na terapia, buscou-se enfatizar o quanto aquele sofrimento era único e que ninguém sentia da mesma maneira que ela estava sentindo, e que cada um reage de uma forma diante das perdas, com ritmos diferentes. E que não havia maneira certa ou errada de vivenciar o luto. Tais elementos na condução de maneira mais empática foi essencial o vínculo formado.

Importante ressaltar que a paciente mostrou-se colaborativa. Tais fatos foram devidos a uma boa aliança terapêutica que foi formada. Reconhecer o luto que viveu e o luto constante quanto a incerteza da saúde da neta e da sua mãe eram fundamentais para entender o sofrimento no qual a paciente estava passando.

#### **4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES**

É importante destacar que apesar de Joana tenha-se identificado crenças, regras e esquema de desamparo ativado, na condução do caso clínico foram priorizadas técnicas da Terapia do Luto. De modo a permitir a paciente reviver a morte de seu filho e iniciar um processo de enlutamento saudável.

Wright, Basco e Thase (2008), informa que em alguns casos de luto é preciso inicialmente não aplicar as intervenções comportamentais típicas, como o registro de pensamentos e o exame das evidências. Desta forma, o terapeuta possa

corresponder melhor às dores da paciente empregando empatia e calor humano, ouvindo e usando intervenções comportamentais para que seja possível ajudar o paciente a recuperar seu funcionamento no dia-a-dia.

Foi-se necessário uma extrema sensibilidade para saber quais técnicas eram mais adequadas e na qual a paciente seria colaborativa para a sua execução. Os resultados de melhora dos sintomas do caso clínico e a vivência do processo de luto até o momento sugerem que a paciente avançou no processo de vivência do luto.

#### 4.1 DISTRIBUIÇÃO DAS SESSÕES

Até o momento foram realizadas 05 (cinco) sessões com a paciente. Na semana seguinte a avaliação inicial a paciente expressou sua dificuldade financeira devido ao custo que a mesma tinha do deslocamento da sua cidade para Santo Antônio de Jesus, assim foi proposto atendimentos quinzenalmente com intuito de que a mesma se mantivesse no processo psicoterapêutico.

A sensibilidade a questão sociocultural é um componente importante na formação da aliança autêntica. Levando em consideração as variáveis pessoais como exemplo a socioeconômica. (Wright, Basco e Thase, 2008)

As sessões eram menos estruturadas, utilizando a terapia do luto levando em consideração a fragilidade que a paciente estava. Duravam em média 2 (duas) horas. Entre as sessões utilizou-se: Técnica da Revivência – dia da morte e Revivência através de fotos. E proposição de outras atividades que não houve tanta adesão. O quadro com os objetivos das sessões e as técnicas utilizadas (Apêndice B) possibilita uma visão geral dos atendimentos, durante o processo terapêutico.

#### 4.2 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

A terapia do luto é a expressão livre dos pensamentos e sentimentos a respeito da morte e tal expressão é parte essencial da cura. Tem como as seguintes premissas: a “autorização para sofrer”, o “livrar-se da culpa” e o “você pode ser feliz de novo”. Faz parte do processo terapêutico, sugestões práticas para o dia-a-dia após a morte, ajudando o movimento em direção ao bem estar, respeitando sua experiência única de sofrimento, validando, descobrindo e reconhecendo a maneira particular daquela pessoa viver seu luto com a máxima coerência íntima.

Assim, para condução do caso foi utilizado técnicas com intuito de fazer a paciente reviver o processo respeitando-a no seu ritmo. Em relação especificamente

às técnicas da TCC, manteve-se o monitoramento das emoções como descrito a seguir por entendermos que este é um importante recurso para avaliação do sucesso no tratamento.

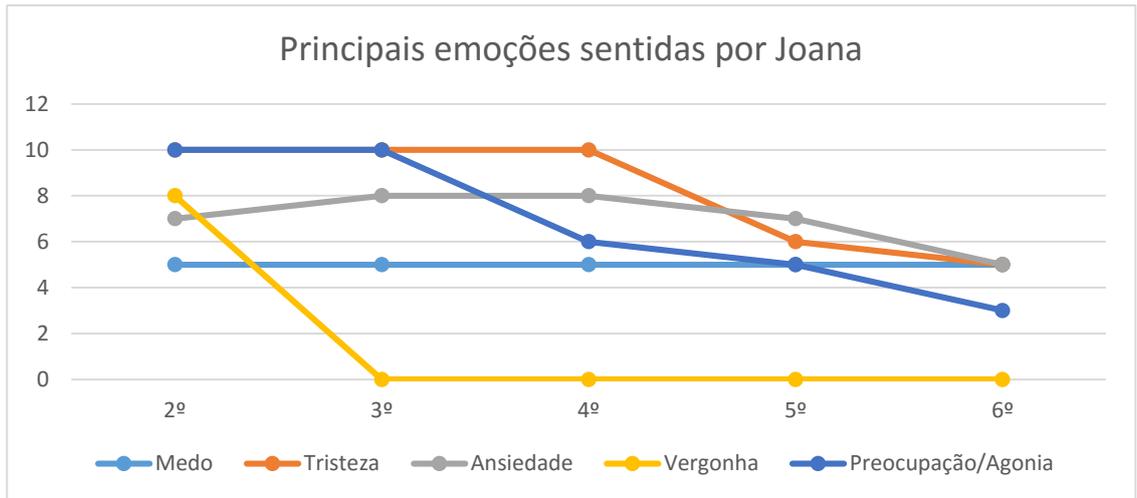
#### *4.2.1 Escala de Intensidade das Emoções*

Para Beck (2013) intensidade e a qualidade das emoções do paciente fazem sentido quando você reconhece a força dos pensamentos automáticos e das crenças que foram ativados. Para além também serve para fornecer ao terapeuta informações preliminares sobre emoções e sintomas atuais, além de levar o paciente a refletir sobre as suas emoções. (Friedberg e McClure, 2004).

A intensidade de uma emoção em uma determinada e o paciente a determinar se tal situação justifica um exame mais detalhado, pois a partir de tal pode ser avaliadas as crenças mais importantes que podem ter sido ativadas (; Friedberg e McClure, 2004; Wrigth, Basco, Thase, 2008; Beck, 2013). Portanto, é importante que o terapeuta seja empático com o modo como o paciente se sente, evitando avaliar ou se contrapor às emoções dele, examinando os pensamentos e crenças e não suas emoções (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008; BECK, 2013).

Emoções negativas intensas são dolorosas e podem ser disfuncionais se interferem na capacidade do paciente para pensar, resolver problemas, atuar com eficiência ou obter satisfação. (Friedberg e McClure, 2004; Beck, 2013).

Com o objetivo de verificar a intensidade das emoções e identificar como estas influenciavam no comportamento de Joana, todo início de sessão era aplicada a Escala das Emoções do APC (Anexo 1). Possibilitando saber o estado de humor da paciente, questionar flexibilizar seus pensamentos durante a aplicação da escala. Segue gráfico das emoções mais relevantes apresentadas.



**Figura 01 – Gráfico das Emoções Joana**

Como observado na Figura 01, as emoções negativas referidas foram medo, tristeza, ansiedade, vergonha, preocupação/agonia, todas com intensidade alta e relacionadas a situações que envolviam a morte do filho, a doença da neta e o cuidado da mãe. O choro era frequente em todas as situações, e sempre associada a algum índice alto de emoção negativa. Joana relatava que sempre quando sentia vontade de chorar chorava, mas que ela tinha que ser mais forte principalmente em muitos momentos na frente na neta. Chorar era sempre dito na sessão o quanto era autêntico e que ela podia fazer isso sempre que sentia necessidade, sendo um processo terapêutico e importante.

No decorrer das sessões foi percebido uma diminuição dos estados emocionais negativos, o que sugere um avanço terapêutico. Na sessão 1 a paciente chegou com o nível de vergonha elevado sugerindo que devia-se ao fato de estar falando sobre o assunto, com o decorrer das sessões foi reduzido ao nível 0, que remete a uma boa aliança terapêutica estabelecida. Onde torna as emoções e o sofrimento sentido como autênticos, único e verdadeiros. Reescrever este parágrafo esta confuso e com erros de gramatica.

Tenha cuidado e associar toda melhora da pcte à aliança, parece q você esta insistindo muito nisso. Utilize termos como “parece que”

O medo era associado que estava por vir no cuidado com a mãe, tal nível sempre se manteve intermediário, com a possibilidade de que esta pudesse vir adoecer e necessitasse de maiores cuidados.

A emoção ansiedade era sempre referenciada a ver a neta bem, com um melhor desenvolvimento de vida mesmo com a condição crônica existente, é possível observar que tais níveis foram reduzidos. Assim como a preocupação/agonia.

Quanto a tristeza quando perguntada sempre informava que era muito alta e acompanhava de choro, ao questionar a paciente dizia que era ao fato do filho ter morrido, que ele era muito novo, querido por todos e ajudava muito. Que era um bom filho, ela acompanhava sempre de uma história, como o quanto ela ainda conseguia se lembrar dele do detalhe das suas mãos. Apesar de existente a emoção a paciente conseguiu atribuir nível 5 para esta, o denota um índice bem menor do que quando a paciente chegou.

Através da Escala de Intensidade das emoções, foi possível verificar o estado emocional da paciente durante o processo terapêutico, identificando quais fatores a levavam a maior sofrimento, identificando também seus pensamentos automáticos negativos e a proposição na qual foi possível identificar mas não confrontar da sua crença de desamparo ativada pela morte do filho.

#### *4.2.2 Carta a fonte ausente*

Wainer (2011) nos sugere a técnica que se baseia em escrever uma carta dirigida a fonte do trauma expondo seus pensamentos e sentimentos, formula e resolve os problemas ligados essa fonte. Fica mais acessível também ao terapeuta planejar estratégias e recursos que podem facilitar e auxiliar no enfrentamento da situação problemática.

No caso em questão a paciente não aderiu a técnica pois disse que “não havia nada para falar com o filho” , que em vida ela já havia expressado. Foi estimulado e dito que tal técnica não seria um esquecimento a morte do seu filho, nem culpa mas que ela pudesse relatar o quanto estava difícil as coisas sem ele. Mesmo após isto a paciente não quis escrever a carta e abordamos outras lembranças durante a sessão, através do recurso da fala. Tal fato pode-se dever a dificuldade no sentir.

Como negativa a atividade proposta, para a paciente é de grande sofrimento pensar que poderia esquecer o filho e manter-se no estado de luto crônico é a garantia que isto não aconteceria. Assim, foi importante para a terapeuta trabalhar com outros recursos que não pudessem trazer tanto sofrimento ou confirmações que a paciente via a temer.

#### *4.2.3 Tarefas extra sessão*

Para Beck et al. (1979) as atividades de casa são partes integrantes da TCC. Corroborando a esta premissa, Wrigth, Basco e Thase (2008), as tarefas intersessões servem de muitos propósitos para a TCC. Sua função é desenvolver habilidades em TCC para lidar com problemas em situações reais.

Prescrição de exercícios bem feitas proporcionam oportunidade do paciente se educar mais, coletar dados, monitorar seus pensamentos, experimentar novos comportamentos. Uma premissa importante na prescrição de exercícios de casa é levar em consideração as características individuais de cada paciente, inclusive o nível de angústia e sofrimento. (Beck, 2013)

Uma importante questão é em vez de usar exercícios prontos de acordo com formula prescrita, o terapeuta deve levar em consideração suas características e desejos. (Beck, 2013)

Para Beck (2013), a realização do exercício poderá acelerar a terapia e levar um aumento do senso de domínio e melhora do humor. Foi utilizado durante o processo terapêutico tarefas de casa de modo a propiciar Joana a conseguir elaborar um luto. Tais atividades leva-se em consideração os desejos da paciente, que funcionariam pois uma importante questão era o sofrimento e angustia no momento de vida da paciente. No caso clínico a paciente havia comentado de fotos que tinha do filho, como exercício terapêutico investigou-se se era possível trazer tais fotos para a sessão com a assertiva e a motivação da paciente para tal atividade foi solicitado duas vezes. Para que na própria casa ela pudesse reunir tais fotos e conseguir elaborar pensamentos alternativos para estas, na possibilidade de que é possível acessa-las.

Para Beck (2013), quando as tarefas funcionam bem, pode-se fazer uma revisão de questões trabalhadas de modo que o aprendizado é reforçado durante a sessão. E assim foi feito, agradecendo a importância da paciente estar sendo proativa e engajada no processo.

#### *4.2.4 Técnica da Revivência*

Segundo Young (2008), as técnicas vivenciais tem por objetivo ativar as emoções conectadas a esquemas desadaptativos remotos e realizar a relação parental com o paciente. São mais dramáticas por permitir vivencias emocionais corretivas profundamente convincentes.

Nesta técnica foi pedido que a paciente revivesse o dia em que o filho morreu, desde a hora que acordou até o momento que enterrou seu filho e como ela se sentiu com tudo. Importante destacar a propriedade e riqueza de detalhes que a paciente conseguiu trazer para esta sessão. Foi estimulada a paciente também expressar como foi momento e como ela se sentiu com tudo conforme o quadro 1.

**Como estava o dia**

“Era um dia normal, com um sol forte, dia bom desses. Nem imaginava que poderia acontecer algo assim, ele foi na minha casa comer a carne que eu preparei pra ele. Lembro dele todo sujo de graxa comendo e depois dizendo para mim: ‘brigadin, brigadin’. E voltando para trabalhar”.

**Onde estava no momento da notícia**

“Eu estava na roça com meu marido e chegaram lá falando para gente ir correndo por que Carlos tinha caído de moto, na hora pedi para meu marido me deixar em casa, não quis ir ver não. Meu marido foi forte, ele foi lá ver. Eu só pensei ele tá morto, não entendi direito. Parecia que tava tudo lento. Aí meu marido chegou em casa e eu perguntei tá morto né, e ele balançou a cabeça. Na mesma hora foi como se tivessem pegado uma melancia e estourado na minha cabeça, pensei tá morto, meu filho tá morto, eu tô só. Foi uma dor grande, não tem como dizer, minha perna adormeceu. Deu umas picicadas na minha cabeça e uma sensação de agulhadas furando meu corpo. Eu não queria acreditar”

**Como percebeu a morte**

Me falaram depois que ele caiu numa curva que sempre ia como é que pode, Carlos andava muito bem de moto, eu não entendo, nem ninguém até hoje como foi aquilo, como ele conseguiu perder o controle da moto. Uma mãe não pode enterrar um filho

**Como foi o enterro**

Eu fiquei ali sentada não queria ver o corpo dele, passavam por mim e falavam. Ainda sentia as agulhadas picicando e eu ficava lá chorando sem querer acreditar. Na hora que iam fechar a tampa eu levantei e passei a mão no rostinho dele, mas não era meu filho ali. Tava inchado o rosto, tava machucado o olho e a boca do acidente, tava mostrando os dentes dele que era bem perfeito. Mas não era meu filho.

**Como se sentiu com relação ao futuro**

Eu senti como se tivesse perdido meu mundo, eu agora tava só. A gente não pode contestar o que Deus faz na vida de cada um, mas até hoje eu não entendo.

**Quadro 1 – Descrição do dia do acidente**

Essa sessão exigiu da terapeuta muita escuta, empatia, um comportamento muito acolhedor, validando as emoções e sensações como autênticos já que todas as lembranças que a paciente trazia era carregado de diversas emoções para ela. Diante de tal foi possível perceber que a paciente pode vivenciar suas emoções.

**4.2.5 Revivência por fotos**

No uso de técnicas para a TCC utilizamos a mais adequada para cada tipo de paciente, isto é válido também nas atividades de casa onde adapta a qual é própria para cada caso. Sendo importante para o terapeuta lembrar dela em cada início de sessão (Beck, 2013). Tal técnica também é usada em casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Assim, a paciente disse que tinha fotos do filho e como recurso terapêutico pediu-se que a mesma as juntasse em casa e levasse para a sessão.

Durante a sessão foi lembrado do exercício e a paciente então abriu uma caixa com uma série de fotos do filho falecido. Como primeira foto Joana mostrou a foto do

filho no caixão, demonstrou ser uma forma de verificar a reação da terapeuta. E assim foi seguindo mostrando diversas fotos da infância e adolescência do filho e contando cada história que acompanhava aquela foto. Um detalhe importante de ressaltar é que só havia mais fotos passadas do filho Carlos, as mais atuais como a do RG e a do caixão é importante de destacar que eram colocadas viradas tanto na mesa como na caixa. Quando questionada a paciente disse que não gostava de ficar olhando aquelas fotos. A sessão toda foi acompanhada de muito choro pela paciente e risos também ao lembrar o que descrevia como bons momentos.

Por último a paciente guardou uma foto do filho com a neta que a mesma cuida, ao mostrar chorou muito. *“Guardo essa foto para M. ver quando crescer quem era o pai dela, um homem bom, trabalhador. (...) Eu peguei essa blusa que ele tava usando, lavei e guardei num saquinho para mostrar a M. quando ela estiver maior e ela decidi o que fará essas coisas”*.

Para tal técnica foi necessário uma postura empática da terapeuta, de respeitar o momento, as histórias e as emoções na qual a paciente estava vivendo, escutando-a e oferecendo palavras acolhedoras quando necessário, como: “não é fácil o que você está passando Joana”, “Perder o filho é uma das maiores dores que deva existir”, “Não é errado ou certo, certo é você vivenciar este momento do seu jeito, no seu ritmo”.

## **5. CONCEITUAÇÃO COGNITIVA**

Para Beck (2013), a conceituação cognitiva começa a ser construída desde o primeiro encontro com o paciente e aprimorada durante as sessões seguintes.

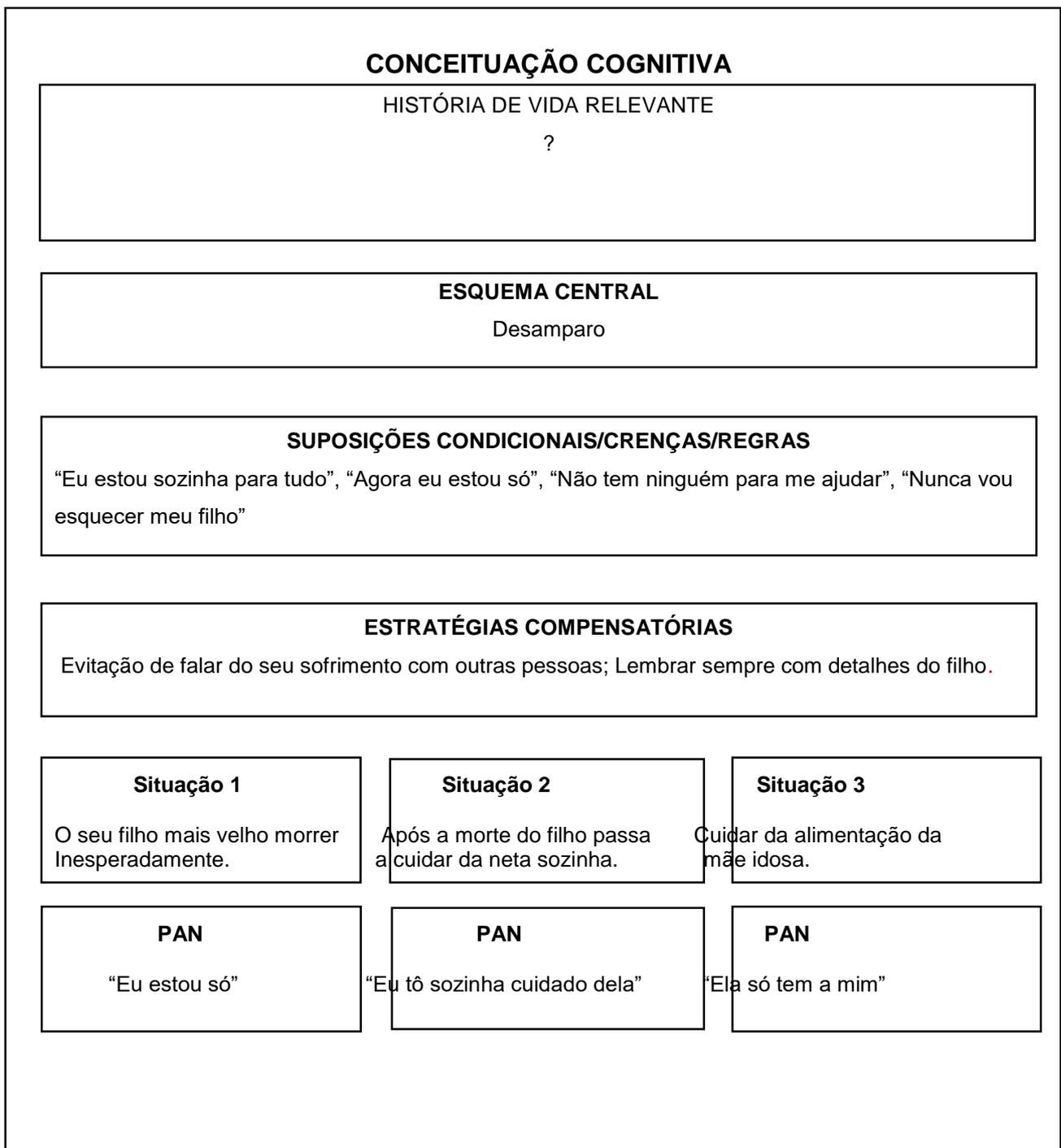
No início da terapia, a conceituação pode ser apenas um esboço ou rascunho. Mas é vital começar a pensar sobre a formulação desde os primeiros momentos do tratamento. A partir do aprofundamento do paciente é que é possível incluir novos dados.

Para Rangé (2004) a conceituação pode ser considerada como uma espécie de teoria formada sobre o paciente. Nela deve constar todos seus problemas, de uma maneira lógica e significativa, e uma explicação sobre os motivos que os mantêm ativos, bem como, possibilidades de identificar previsões sobre os comportamentos diante de determinadas situações.

Importante destacar que Joana não se encontrava em condição de confrontação assim a seguinte Conceituação Cognitiva foi feita com base nas falas

durante as sessões e com uma hipótese de crença que estava ativada. Portanto tal conceituação hipotética, não foi apresentada para a paciente embora surjam elementos nos quais são possíveis a identificação de sua crença central e esquemas presentes. A necessidade de uma hipótese de crença e esquemas vem da necessidade que a conceituação cognitiva dá o enquadramento necessário para compreender o paciente (Beck, 2013).

Levantaram-se três situações representativas da vida de Joana, que foram identificadas nas sessões, assim como os pensamentos, significados e emoções referente as situações. Foram identificadas também suposições condicionais e regras que estavam presentes na fala da paciente.



<p><b>SIGNIFICADO DO PAN</b></p> <p>Está abandonada</p>	<p><b>SIGNIFICADO DO PAN</b></p> <p>Está sozinha</p>	<p><b>SIGNIFICADO DO PAN</b></p> <p>Está sozinha</p>
<p><b>EMOÇÃO</b></p> <p>Tristeza, Raiva</p>	<p><b>EMOÇÃO</b></p> <p>Ansiedade, Preoc/Agonia</p>	<p><b>EMOÇÃO</b></p> <p>Ansiedade, Preoc/Agonia</p>
<p><b>COMPORTAMENTOS</b></p> <p>Não ir ver se o filho no momento do acidente. Não ir ao cemitério enterrar</p>	<p><b>COMPORTAMENTOS</b></p> <p>Cuidar exclusivamente de tudo, mesmo estando sobrecarregada.</p>	<p><b>COMPORTAMENTOS</b></p> <p>Cuidar exclusivamente da alimentação da mãe, ou Pagar para alguém na sua ausência</p>

Seguindo as categorias descritas por Beck (2013) em relação às crenças centrais negativas, Joana possui uma crença sobre estar desamparada, a qual está inserida no grupo de crenças nucleares de desamparo, onde os pensamentos giravam em torno do abandono e vulnerabilidade sobre si mesma.

Uma regra observada era como se a vivência do luto pudesse fazer com que a paciente esquecesse o filho, sendo o maior medo que a mesma tinha. E que era sempre assegurado que lembrar, falar e viver o processo não a faria esquecer o filho mas sim re-significar a dor para focalizar nos bons momentos. Havia afirmativas como “nunca mais serei feliz”.

As estratégias compensatórias são formas de reafirmar a crença como trazer somente para si o cuidado da neta não confiando em outras pessoas para assim fazer, o mesmo serve no cuidado da alimentação da sua mãe. Evitar cantar que era algo que a paciente dizia que gostava muito antes da morte do filho também é uma estratégia. Tais comportamentos podem gerar na paciente maior sofrimento e sensação de abandono.

Algumas estratégias como acreditar que o filho não está morto e sim pode estar dormindo, é forma de evitar a confrontação com a morte torna-se algo irreversível.

Apesar de tais dados terem sido relevantes para montar a conceituação cognitiva, estes não puderam ser apresentados para a paciente, visto que causaria maior dor e é necessário primeiro a vivências das etapas do luto. Assim num dado momento de mais estruturação, pretende-se apresentar tal conceituação a paciente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido ressaltar a importância dos serviços prestados pelo APC a comunidade de Santo Antônio de Jesus e regiões circunvizinhas visto que própria atendimento gratuito e de qualidade à pessoas que vivem em condições crônicas de saúde em contexto socioeconômico vulnerável e, dispor de um suporte psicológico nessas condições, representa um ganho imensurável para sua qualidade de vida.

O aprendizado que envolve todo o processo aos estagiários, visto que este é o momento onde alia-se teoria à prática. Onde há um uso de técnicas que envolve o cuidado ao próximo, propiciando assim uma forma de vida mais funcional.

Através do APC, foi possível entrar em contato com a prática clínica, e por meio desta, visualizar a eficácia da TCC em casos de processo de luto complicado, visto que propicia ao paciente reviver e tornar autêntico a forma de sofrimento na qual está passando para assim progredir para uma melhora.

Com base no caso de Joana, nos elucidamos que crenças podem ser ativadas mediante na vida, ativando os pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais gerados. Estes podem ser gerados tanto na infância e ter passado por vários anos sem ativação, até que ocorra um evento estressor forte, como uma morte.

Quanto aos desafios e limites no atendimento, pode-se destacar a ansiedade enquanto terapeuta iniciante e a necessidade de compreensão que os comportamentos do paciente, na clínica, podem ser padrões estabelecidos fora desse espaço e ali ser uma reprodução das estratégias compensatórias de sua crença.

O fato de entender e respeitar o tempo da paciente e compreender que o momento não era de confrontar e sim de acolher ao máximo, utilizando as técnicas do luto levou a uma necessidade de uma postura mais empática e a prática do acolhimento do sofrimento da paciente, respeitando-a em seus limites. Necessitando de flexibilidade, escuta e criatividade para poder trabalhar.

Apesar de não ter sido possível utilizar algumas técnicas comuns da TCC na paciente é importante destacar que as técnicas utilizadas propiciaram a paciente a entrar num processo de luto e entender e tornar válido as emoções que estavam sentindo. É relevante destacar os ganhos terapêuticos no qual a paciente teve como a redução dos níveis emocionais, principalmente a tristeza. A identificação da situação propiciou Joana a identificar o quanto poucas pessoas passam pelo que ela estava passando, o quanto ela é forte diante de toda a situação. Foi muito gratificante

acompanhar e proporcionar resolução de parte de seu sofrimento propiciando assim melhores modos de vida.

É importante destacar o quanto é imprescindível ao paciente vivenciar o luto e o terapeuta ter a sensibilidade de acolher e respeitar principalmente as suas variáveis sociais e econômicas. Assim novos estudos no que se refere o processo pelo quais pacientes que passam por dificuldades sociais vivencia o luto crônico e ainda vivem novos processos de cuidado, que pode vir a ser um luto futuro é extremamente sofredor. Porém é possível de ser trabalhado respeitando os limites do paciente, trazendo uma melhor qualidade de vida.

Assim, considera-se de grande valor acadêmico, estudos nessa perspectiva, uma vez que, mais estudos nessa área possibilitarão um maior aprofundamento do assunto, bem como, poderão fomentar e aprimorar discussões acerca do assunto contribuindo com a literatura especializada ao tema. mostra a importância dos atendimentos psicoterapêuticos às pessoas que sofrem por algum tipo de luto complicado, haja vista que, muitos enlutados não conseguem resolver suas perdas sozinhos e não recebem apoio social capaz de amenizar o sofrimento, podendo levá-los a um sofrimento e/ou adoecimento biopsíquico crônico. Além disso, o terapeuta pode conduzir o paciente a identificar, avaliar e responder aos pensamentos e crenças disfuncionais bem como mudar os pensamentos, emoções e comportamentos desadaptativos, promovendo um bem-estar biopsíquico.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABREU, C. N. Introdução as terapias cognitivas. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas. São Paulo: Roca. 2004.

BASSO, L. A.; WAINER. R. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 07, n. 01, p. 35-43, 2011.

BECK, J. S. Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona (S. M. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2007.

BECK, J. S. Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOUSSO, R. S. A. complexidade e a simplicidade da experiência do luto. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, n. 24, v.3, 2011.

- BOWLBY, J. Formação e rompimentos dos laços afetivos. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BROMBERG, M. H. P. F. A psicoterapia em situação de Perdas e Luto. Campinas: Livro pleno, 2000.
- DUARTE, A. L. C.; NUNES, M. L. T.; KRISTENSEN, C. H. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, São Paulo, v.4, n.1, 2008.
- FRANCO, M. H. P. Luto: a morte do outro em si. In: FRANCO, M. H. P et al. (Orgs.). Vida e Morte: laços da existência. 2ª Edição, São Paulo: Casa do psicólogo, p. 99-121, 2011.
- FRANCO, M. H. P.; POLIDO, K. K. Atendimento Psicoterapêutico no Luto. 1ª Edição- São Paulo: Zagodoni, 2014.
- FREEMAN, A.; DATTILO, F. M. Introdução. In: DATTILO, F. M.; FREEMAN, A. (Orgs.). Estratégias Cognitivo-comportamentais de Intervenção em Situação de Crise. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, P. (Org.) Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, p.19-41, 2004.
- KNAPP, P; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, n. 30 (Supl II), p.54-64, 2008. 40
- LEAHY, R. L. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- LEAHY, R. L. Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática. Tradução. Vinícius Duarte Figueira. Porto Alegre: Artemed, 2010.
- MIYAZAKI, M. C. O. S. Diálogo Socrático. In: ABREU, C. N. A.; GUILHARDI, H. J. G. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas. São Paulo: Roca. p. 311-319, 2004.
- NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Revista brasileira de terapias cognitivas, v. 6, n. 2, 2010.
- NEVES NETO, A. R. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa. São Paulo, N.56, V.3, p.158-68, 2011.
- PARKES, C. M. Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus Editorial, 2009.

PARKES, C. M. Luto: Estudos sobre a Perda na Vida Adulta. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

POLIDO, K. K. Quando se vai também uma parte de si. In: FRANCO, M. H. P.; POLIDO, K. K. Atendimento Psicoterapêutico no Luto. 1ª Edição- São Paulo: Zagodoni, p. 15-25, 2014.

QUITANA, C. Linhas Pares. São Paulo: Scortecci, 2012.

RANGÉ, B. Conceituação cognitiva. In: ABREU, C. N. A.; GUILHARDI, H. J. G. (Orgs.) Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas. São Paulo: Roca. p. 286-299, 2004.

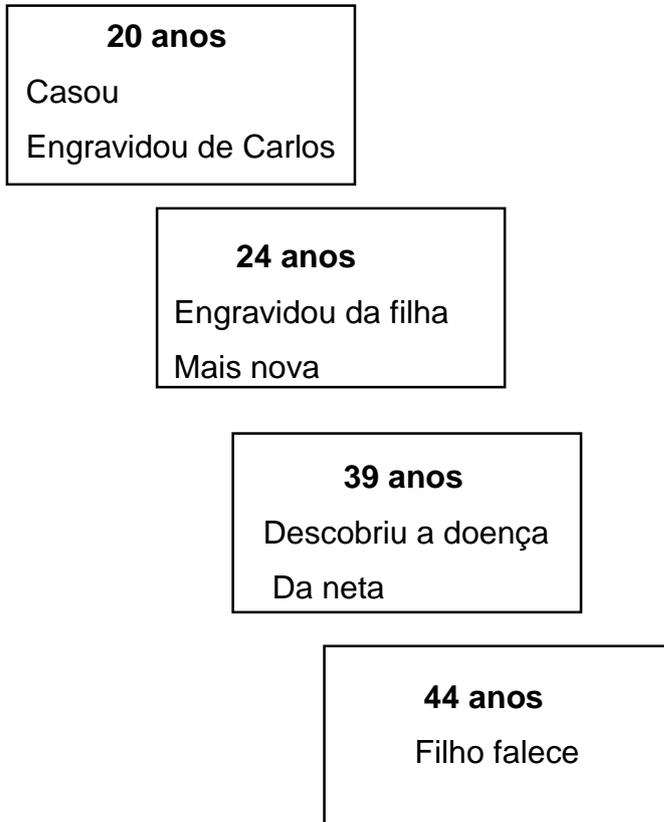
SCHILIEMANN, A. L., NACIF, M. R. G., & OLIVEIRA, M. C. Luto e saúde. In: Franco, M. H. P. (Org.). Estudos avançados sobre o luto. Campinas, São Paulo: Livro Pleno, p.131-150, 2002.

SILVA, E. A. Flecha Descendente. In: ABREU, C. N. A.; GUILHARDI, H. J. G. (Orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas. São Paulo: Roca. p. 320-329, 2004.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. Terapia do Esquema: modelo conceitual. In: YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. (Orgs.). Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

## APÊNDICES

**APENDICE A – Linha da Vida**

**ANEXOS**

**ANEXOS**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Ciências da Saúde

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, portador de documento de Identidade nº / órgão emissor \_\_\_\_\_, estou ciente e concordo em participar do atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Responsabilizo-me por justificar minha ausência em caso de estar impedido de comparecer ao Serviço de Psicologia. No caso de não justificar a ausência por três vezes consecutivas, fico sujeito à perda da continuidade do atendimento. Reconheço que o atendimento psicológico poderá ser objeto de estudo científico, por estar sendo desenvolvido no Serviço de Psicologia, uma clínica escola da UFRB. Tenho ciência ainda de que toda e qualquer informação utilizada será de caráter sigiloso, de modo a garantir que minha privacidade seja respeitada, ou seja, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar o participante será ocultado.

Santo Antônio de Jesus, \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_

Estudante de Psicologia \_\_\_\_\_

Supervisor/ CRP 03 \_\_\_\_\_



Ambulatório de Atenção Psicológica às Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC)

ESCALA DE INTENSIDADE DAS EMOÇÕES

	MEDO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		ANSIEDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	RAIVA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		TRANQUILIDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	TRISTEZA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		VERGONHA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ALEGRIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		PREOCUP/AGONIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CULPA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		OUTRA: _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10