

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
Jorge Luiz Mendonça Cavalcanti Filho

**CARTILHA SOBRE O PROCESSO DE LUTO NA PERSPECTIVA DA
TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL.**

RECIFE

2022

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
Jorge Luiz Mendonça Cavalcanti Filho

**CARTILHA SOBRE O PROCESSO DE LUTO NA PERSPECTIVA DA
TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL.**

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Faculdade Pernambucana de Saúde, como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob a orientação da Profa. Ana Flávia da Cunha Santos Rêgo

RECIFE
2022

Jorge Luiz Mendonça Cavalcanti Filho, estudante de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 9 9918-0190

Email: jorgelmcavalcanti@gmail.com

Orientadora: Ana Flávia da Cunha Santos Rêgo

Telefone: (81) 9 9922-9739

Email: ana.flavia@fps.edu.br

Resumo

As perdas estão, naturalmente, presentes em todas as fases do desenvolvimento do ser humano, reverberando em processos de luto e, conseqüentemente, em mudanças. É possível considerar a morte de um ente querido como uma das perdas que mais propicia uma transformação na vida do indivíduo. Diante disso, o processo de luto pode ser mais difícil e nem sempre transcorre de modo saudável, repercutindo, assim, no funcionamento pessoal, social, familiar e profissional da vida do sujeito. O presente estudo tem como intuito expor, através de uma revisão de literatura, como a Terapia Cognitiva-Comportamental, com seus pressupostos teóricos, pode ajudar o sujeito a passar por esse processo da maneira mais saudável possível e/ou, no caso de um luto patológico, trabalhar para que o paciente possa voltar a ter comportamentos adaptativos. O presente artigo também visa subsidiar uma cartilha, que serve como um material de estudo, ajudando a fixar a aprendizagem.

Palavras-chave: Luto; Morte; Terapia Cognitiva-Comportamental.

ABSTRACT

Losses are naturally present at all stages of human development, reverberating in mourning processes and, consequently, in changes. It is possible to consider the death of a loved one as one of the losses that most propitiate a transformation in the life of the individual. In view of this, the grieving process can be more difficult and does not always take place in a healthy way, thus affecting the personal, social, family and professional functioning of the subject's life. The present study aims to expose, through a literature review, how Cognitive-Behavioral Therapy, with its theoretical assumptions, can help the subject to go through this process in the healthiest way possible and/or, in the case of a bereavement pathological, work so that the patient can return to having adaptive behaviors. This article also aims to subsidize a booklet, which serves as a study material, helping to establish learning.

Keywords: Grief; Death; Cognitive-Behavioral Therapy.

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 OBJETIVOS	9
1.2 METODOLOGIA	10
2 . TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E LUTO	11
2.1 BREVE HISTÓRIA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	102
2.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	134
2.3 A MORTE E AS FASES DO LUTO	155
2.4 Terapia Cognitivo-Comportamental no luto	20
2.5 O luto no contexto da pandemia da COVID19	27
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
4. REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

No ciclo da vida, frequentemente, as pessoas enfrentam uma série de perdas significativas e inevitáveis. Perdem-se amigos queridos, familiares, pessoas próximas e companheiros, que despertam, com suas mortes, um sentimento de perda chamado luto. Assim, caracteriza-se o luto como o sofrimento causado pela morte de um ente, e os sintomas mais frequentes relatados são os emocionais, os comportamentais, os cognitivos e os físicos (BASSO & WAINER, 2011).

Dentre os sintomas mais comuns, emocionais, no luto, são: tristeza profunda, culpa, ansiedade e solidão, os sintomas comportamentais que se apresentam comumente são: choro, falta de concentração e apego maior a objetos pertencentes ao falecido, quanto aos sintomas cognitivos, o que costumam aparecer são: preocupações, descrença confusão mental e, até mesmo, alucinações, ainda há os sintomas físicos que aparecem com regularidade, são eles: falta de disposição, falta de ar, maior sensibilidade a ruídos e outros (ZWIELEWSKI & SANT'ANA, 2016).

No processo de luto normal, os comportamentos reativos costumam ser intensos logo após a perda e, naturalmente, diminuem ao longo do tempo, contudo, em alguns casos, acontece de o indivíduo não estar pronto para enfrentar os aspectos e situações decorrentes. Diante disto, a rejeição da perda do vínculo afetivo, pode se transformar em um luto patológico. O luto normal é uma reação benéfica ao rompimento da relação construída com o ente querido, e implica na habilidade positiva de a pessoa lutuosa externar a dor através do reconhecimento da perda. Assim, torna-se necessário reajustar e criar novos investimentos em relações, entretanto, quando as habilidades de encarar e superar a perda são insuficientes, percebe-se que, os sofrimentos através dos sintomas são apresentados atrelados à negativa e à rejeição à ideia da perda (GIBRAN & PERES, 2013).

Dependendo de alguns fatores, como o tipo de relacionamento do enlutado com o falecido, poderá ocorrer o luto patológico, que necessitará de suporte especializado para uma adequação saudável, visto que, cada caso apresenta particularidades que serão importantes serem avaliadas na condução do planejamento terapêutico.

O luto patológico ocorre quando não existe uma boa adaptação ao processo normal do mesmo ou quando as conjunturas ou decorrências da perda não

são normais . O Luto Patológico é uma condição que acomete aproximadamente 2-3% da população mundial (SHEAR, 2015 apud MARQUES, 2018).

Perante o exposto, de acordo com Worden (2013), é importante compreender que o processo de luto do indivíduo é singular e terá influência por fatores diversos, como: quem era a pessoa que morreu, qual a natureza do vínculo com a pessoa que morreu, quais os antecedentes históricos, quais as variáveis de personalidade, quais as variáveis sociais e estressores concorrentes, quais são os prejuízos secundários, mudanças sobrepostas e crises subjacentes à perda.

Por isso, tendo em vista estas possíveis dificuldades, parte-se do pressuposto de que a perda de um ente querido pode trazer uma desestruturação psíquica e orgânica, tem-se o problema da pesquisa: Qual a contribuição da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para o processo de luto na perda repentina de um ente querido? A partir do conteúdo, elaborar uma cartilha explicativa sobre esse processo.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Elaborar uma cartilha explicativa acerca do conteúdo, com o intuito de promoção e prevenção em saúde, visando facilitar os leitores a identificar do luto complicado e mostrar a importância da ajuda profissional nesses casos.

1.1.2 Objetivos específicos

- Definir a terapia cognitivo-comportamental e os seus pressupostos teóricos;
- Apresentar as fases do luto;
- Descrever as principais técnicas usadas pela TCC para o tratamento do luto.

1.2 METODOLOGIA

No presente estudo, orientado pela pergunta da pesquisa, foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva, explicativa e bibliográfica, a qual foi feita nas bases de dados do google acadêmico, utilizando os descritores “luto”, “processo de luto”, “fases do luto”, “luto patológico”, “Terapia Cognitiva-Comportamental”, “pressupostos teóricos da Terapia Cognitiva-comportamental”, “história da Terapia Cognitiva-Comportamental”, “técnicas e estratégias da Terapia Cognitiva-Comportamental”, “morte e cultura” “Luto na Covid 19”. Após o processo de busca e filtragem, artigos, de múltiplas áreas, foram analisados e selecionados para dar vida ao presente estudo.

2. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E LUTO

2.1 BREVE HISTÓRIA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

As terapias cognitivas surgiram motivadas, em parte, pelo descontentamento com os modelos estritamente comportamentais da época, que não reconheciam a importância dos processos cognitivos interferindo no comportamento, além disso, o surgimento das terapias cognitivas foi ocasionado devido à rejeição dos modelos psicodinâmicos e ao questionamento de sua eficácia. Assim, em 1952, o pesquisador Hans J. Eysenck não encontrou evidências de que a eficácia da terapia psicanalítica fosse superior à remissão espontânea em seu estudo (DOBSON; BLOCK, 1988 *apud* RANGE *et al*, 2007).

Os autores supracitados afirmam que ao mesmo tempo em que aconteciam insatisfações com a abordagem estritamente comportamental e com o modelo psicodinâmico, iniciou uma crescente atenção aos fatores relacionados à cognição do comportamento humano, tanto na psicologia geral quanto na psicologia experimental. Desta forma, diante dos eventos científicos que marcaram o início da década de 50, foi enfatizado a teoria do processamento da informação, tornando-a cada vez mais empregada na compreensão dos acontecimentos clínicos (RANGE *et al*, 2007).

De acordo com Franks (1996 *apud* BARBOSA; BORBA, 2010), a primeira referência ao termo “terapia comportamental” foi feita por Lindsley, Skinner e Solomon, em 1953, quando se mencionaram os procedimentos que envolviam o condicionamento operante junto aos pacientes psicóticos hospitalizados.

Conforme Beck e Alford (2000), a história da terapia cognitiva iniciou-se em 1956 quando Aaron Beck realizou um trabalho de pesquisa com o intuito de verificar os pressupostos psicanalíticos acerca da depressão. Os estudos de Beck o levaram a deparar-se com resultados de outra natureza: alguns pacientes apresentaram melhoras em resposta a algumas experiências.

Isto fez com que Beck e demais pesquisadores iniciassem uma sequência de novos e diversos estudos sobre a depressão que passou a ser vista como um transtorno cuja principal característica seria uma tendência negativa onde a pessoa deprimida apresenta, muito frequentemente, expectativas negativas com relação ao

resultado de seus comportamentos e uma visão também negativa de si mesma, do contexto em que está inserida e de seus objetivos (BAHLS & NAVOLAR, 2004).

A partir disso os demais estudos desenvolveram-se de forma a testar estratégias de modificação de tais tendências negativas existentes na depressão bem como a extensão da testagem deste novo modelo a outros transtornos (BECK; ALFORD, 2000).

A partir dos anos 70, as terapias cognitivo-comportamentais desenvolveram-se e assim, aumentou a aceitação em meio aos terapeutas comportamentais que, na época, poderiam ser divididos em dois grupos distintos: tradicionais e os terapeutas cognitivo-comportamentais. O primeiro grupo permanecia utilizando princípios da alteração do comportamento em ambientes específicos com pacientes que possuíam problemas de desenvolvimento. Enquanto que o segundo grupo, uniram à sua prática-clínica os conceitos oriundos de outros sistemas teóricos, que apreciavam os fatores cognitivos do comportamento (BARBOSA; BORBA, 2010).

No entanto, Barbosa e Borba (2010) ressaltam que, o enfoque de ação dos terapeutas cognitivo-comportamentais permanecia voltado para o atendimento de pacientes adultos em uma circunstância de terapia presencial de consultório, que proporcionavam uma maior variabilidade de problemas.

Em relação aos terapeutas, para Beck os mesmos possuem a função de ajudar o cliente a identificar seus pensamentos conflituosos e desenvolver formas mais realistas de resolvê-los. Desta forma, atribui a aceitação fácil desse princípio por parte do cliente à sua experiência anterior em corrigir interpretações errôneas, visto que, compreende-se que o paciente estaria aplicando as mesmas estratégias de decisão e resolução de dificuldade que usou em sua vida anteriormente (KERBAUY, 1983).

De acordo com Biggs e Rush (1999), o objetivo da Teoria cognitiva é descrever a natureza de conceitos (resultados de processos cognitivos) envolvidos em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como mal adaptativos ou disfuncionais.

Neste contexto, Bahls e Navolar (2004) contribuem ao afirmar que o objetivo da terapia cognitiva seria, ainda, o de fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos idiossincráticos.

Beck e Alford (2000) definem cognição como a “função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos

futuros” ou ainda “[...] o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança”.

Assim, a teoria cognitiva possui dez axiomas formais que servem de ponto de apoio para as demais proposições teóricas. O termo axioma refere-se a afirmações que não podem ser deduzidas sendo independentes das demais afirmações existentes em uma teoria científica (BECK & ALFORD, 2000).

O tratamento está baseado em uma conceituação ou compreensão, de cada paciente (crenças específicas e padrões de comportamento), onde o terapeuta busca produzir de várias formas uma mudança cognitiva para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013).

Uma vez que não existia nenhuma abordagem da cognição humana para prover o mesmo tipo de orientação para intervenções cognitivas que os princípios comportamentais forneciam para as intervenções comportamentais, os terapeutas desenvolveram teorias cognitivas baseada na clínica (SANTOS *et al*, 2015).

De acordo com Beck (2013), a terapia cognitivo comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada, sendo usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais, entre outros contextos, como nos formatos de grupos, casal e família.

O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e de comportamento, ou seja, encarar uma experiência a partir de uma nova expectativa provavelmente faria o paciente se sentir melhor, o levando a um comportamento mais adaptativo (BECK, 2013).

Desta forma, para que haja uma melhora significativa no humor e comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em nível mais profundo de cognição, as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A arte de conduzir a terapia cognitiva está na identificação dos problemas em tratamento, avaliação da gravidade e especificação da origem desses problemas (BECK, 2007).

2.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O movimento da terapia comportamental mudou o curso da psicologia mundial e originou a nova fase da psicologia clínica, rompendo com a prática psicológica dominante da época e instaurando o uso de uma terapia embasada cientificamente. Desde suas origens, a abordagem é diferenciada pelo estudo do comportamento humano de maneira objetiva e racional, com rigor científico e com a ampliação de leis de aprendizagem que sejam autenticadas empiricamente (SANTOS *et al*, 2015).

Os comportamentalistas defendiam que as teorias precisavam ser estabelecidas a partir de princípios básicos bem constituídos do ponto de vista científico, e que as tecnologias empregadas careceriam ser bem específicas e testadas (SANTOS *et al*, 2015).

As bases teóricas das terapias cognitivo-comportamentais passaram a ser desenvolvidas no início do século XX com o surgimento do evolucionismo de Darwin e de uma crescente realização de estudos empíricos sobre o comportamento (BAHLS, 2004).

Segundo Lima e Wielenska (1993 *apud* Bahls, 2004), na década de 70 houve um grande desenvolvimento e reconhecimento da terapia comportamental devido ao surgimento de técnicas novas especialmente no tratamento de fobias, obsessões e disfunções sexuais.

De acordo com Hawton *et al* (1997), citado por Bahls (2004), foi nesta época que Lang, Rachman e outros desenvolveram a ideia de que um problema psicológico poderia ser compreendido sob três enfoques diferentes (ou “três sistemas”) ligados entre si tais como os sistemas comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico. Esta ideia representou uma quebra com a visão unitária dos problemas psicológicos que até então existiam.

Hawton e cols. (1997) *apud* Bahls (2004) desenvolveram estudos com pacientes depressivos e perceberam que apesar de os pacientes realizarem com maior frequência atividades agradáveis (ao contrário do que se pensava a partir de trabalhos anteriores), era comum que avaliassem negativamente tais atividades e o seu desempenho em realizá-las.

Estes fatos chamaram a atenção para influência dos fatores cognitivos na forma como um indivíduo reage aos fatores do meio e na constituição das psicopatologias, contribuindo assim para que muitos terapeutas comportamentais passassem a utilizar também conceitos e técnicas cognitivos na prática clínica (SANTOS *et al*, 2015).

De acordo com Melo (2014), teóricos definem as diferentes abordagens das terapias cognitivo-comportamentais em três “ondas”. Assim, o modelo comportamental, baseado nos fundamentos comportamentais de Watson, Skinner, Bandura, Wolpe e outros, estariam na denominada primeira onda.

A segunda onda abrange as terapias cognitivo-comportamentais argumentativas, que focam nos elementos cognitivos, tais como a Terapia Cognitiva de Beck, a Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis, a Terapia Cognitivo-Constutivista de Guidano e Liotti, entre outras. Mais adiante, na década de 90, houve grandes avanços no cenário das psicoterapias baseadas em evidências (MELO, 2014).

Assim, surgiu a terceira onda que é composta pelas modelos mais integrativos e conceituais como a Terapia Comportamental Dialética de Linehan, a Terapia de Esquema de Young, a Terapia de Aceitação e Compromisso de Hayes, dentre outras abordagens (MELO, 2014).

O autor supracitado (2014, p.21) aduz que os modelos integrativos da terceira onda são todos aqueles que se valem dos pressupostos das terapias cognitivo-comportamentais:

Tais pressuposições dão conta de que a atividade cognitiva afeta a emoção e comportamento. Além disso, indicam que a cognição é passível de ser monitorada e alterada. Por fim, pressupõem que, alterando-se as estruturas cognitivas, é possível se modificar também as emoções e o comportamento subjacente. São chamadas terapias da terceira onda porque compartilham desse entendimento, e avançaram em conceitos e entendimentos, além de integrar técnicas de diferentes abordagens.

Sendo assim, o crescimento da terapia cognitivo-comportamental, independentemente do fator tempo, abrangeu mais do que a simples disponibilidade de focar a cognição, uma vez que não existia nenhuma abordagem da cognição humana para prover o mesmo tipo de orientação para intervenções cognitivas que os princípios comportamentais forneciam para as intervenções clínicas (SANTOS *et al*, 2015).

2.3A MORTE E AS FASES DO LUTO

Ao se deparar com o tema da morte e, posteriormente, com o luto resultante dessa perda, é necessário compreender a respeito das densas compreensões da morte, perpassando por distintas culturas e décadas. De acordo com Basso e Wainer (2011), a morte por muito tempo foi analisada como algo inerente ao ser humano, natural e resignada.

É necessário compreender que cada cultura possui inúmeras significações acerca da morte. Por isso, cada uma delas tem importâncias e características a propósito do conceito da morte, isto reflete nos rituais e compreensão da morte e do morrer, tornando-se características peculiares dos povos (BARBOSA, 2006).

No entanto, com o passar do tempo, houve transformações na compreensão perante a morte, obtendo enfoque no último dia de cada um. A limitação da vida do ser humano estava profundamente relacionada às questões religiosas, as causas das mortes eram atribuídas à vontade do ser divino. Devido a isso, a chegada ao paraíso era avaliada de acordo com as ações realizadas, a fé e a devoção (BASSO & WAINER, 2011).

No entanto, segundo Ariès (1990) citado por Basso e Wainer (2011), com os avanços da ciência, aconteceu uma ruptura entre os conceitos de morte e a religião, isto é, a compreensão de que a morte era uma penalidade de um ser supremo, é ultrapassada no momento em que a ciência apresenta as causas pelas doenças, ocasionando assim, um conflito nos credos religiosos.

Barbosa (2006) afirma que ao conceito de morte é envolto de mistérios e crenças, e, independentemente de suas causas, acontecem frequentes negativas a respeito desse tema obscuro. Contudo, como trata-se de um acontecimento inevitável à vida, o fato das pessoas não estarem preparadas para lidar com a complexidade humana, torna mais difícil a aceitação do encerramento do ciclo da vida do ente querido.

Embora haja diferenças na forma de compreender a morte entre as culturas, todos os tipos de perdas afetam as outras pessoas que raramente saem intactas desta dor. Entretanto, o nível do impacto da perda depende do grau de parentesco, gênero, tipo de morte, os vínculos e os recursos internos. Todos esses fatores influenciam o processo de luto (BARBOSA, 2006).

Para Jaramillo (2006, p. 198), o luto é: “[...] o trabalho pessoal, individual para se reacomodar a uma vida diferente após a perda de alguém ou algo muito valorizado, de reaprender o mundo, irreversivelmente transformado sem ele/a.”

Parkes (1998) contribui afirmando que o luto, na maioria das vezes, ocasiona reações de choque e descrença (insuficiência de aceitar a morte). Sendo assim, acontece que as pessoas experimentam um torpor inicial, peculiar da dificuldade de aceitação da morte. A base do luto está na oposição em abrir mão de pessoas, planos, posses, expectativas e dos próprios papéis. Por isso, o luto envolve fases de dor e sofrimento, no entanto, é compreendido que o luto a partir da aceitação é definido como luto normal, enquanto que, ao contrário, se identifica como luto patológico.

Conforme a *American Psychological Association* (APA, 2010, p. 586), o luto normal consiste no:

[...] processo de sentir ou expressar tristeza após a morte de um ente querido, ou período durante o qual isso ocorre. Envolve tipicamente sentimentos de apatia e abatimento, perda de interesse no mundo exterior e diminuição na atividade e iniciativa. Essas reações são semelhantes à depressão, mas não menos persistentes e não são consideradas patológicas.

A psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1996) conseguiu identificar a reação psíquica de cada paciente em estado terminal e elaborou as cinco fases do luto. Na obra *Sobre a morte e o morrer*, as fases do luto são analisadas através de eventos concretos narrados pela autora, no qual se observa o sentido da vida através das próprias perdas dos pacientes e familiares.

A autora supracitada (1996) ressalta que essas fases ou estágios do luto são considerados inerentes ao processo de luto saudável, no entanto, cada indivíduo experimenta cada uma das fases de forma distinta e, não necessariamente, precisa passar por todas elas.

Contudo, quando o enlutado não consegue lidar com a situação da perda, isto é, quando não consegue ultrapassar uma dessas etapas, ficando paralisado e vulnerável ao estágio do luto, acomoda-se então no luto patológico (KÜBLER-ROSS, 1996).

O luto patológico é definido quando acontece a intensificação dos processos presentes no luto normal, seja em relação ao tempo de duração quanto em relação ao comprometimento acometido pelos sintomas, os quais assumem caráter

irreversível, integrando-se a vida do enlutado. O enlutado não consegue reorganizar sua vida e construir novos projetos para o futuro (KÜBLER-ROSS, 1996).

2.3.1 Primeira fase: negação e isolamento

A primeira fase é definida como negação e isolamento. Esta negação inicial é considerada palpável tanto nos pacientes que recebiam a notícia sobre uma grave doença, quanto naqueles a quem não havia sido dito a verdade, ou ainda, naqueles que vinham a ter conhecimento do diagnóstico mais tarde por conta própria (KÜBLER-ROSS, 1996).

Isto é, nos exemplos acima, ao obter ciência da sua condição ou doença, as pessoas tendem a reagir negando o fato, não acreditando no primeiro momento. A negação pode se estender não apenas à veracidade da notícia, mas também nos resultados dos exames realizados, nos laudos e nas avaliações dos médicos especialistas (KÜBLER-ROSS, 1996).

A autora aludida (1996, p. 52) afirma que considera esta negação ansiosa como:

[...] uma forma saudável de lidar com a situação dolorosa e desagradável em que muitos desses pacientes são obrigados a viver durante muito tempo. A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais.

A negação inicial não impede que o paciente queira mais tarde conversar com alguém sobre sua morte próxima. Isto acontece, pois, frequentemente, a negação é uma defesa temporária, sendo substituída a seguir, por uma aceitação parcial. Compreende-se então que a negação funciona por certo tempo como uma proteção momentânea para se proteger da condição de perda em que se encontram. A maior parte das pessoas não fica estancada nesse estado (KÜBLER-ROSS, 1996).

2.3.2 Segunda fase: a raiva

O segundo estágio, a raiva, ocorre quando não é mais suportada a primeira fase (negação), na qual o indivíduo adquire consciência de que verdadeiramente o

fato existe e não há como modificar o cenário. Assim, é comum que a pessoa se questione a razão do fato estar acontecendo com ela. Kübler-Ross (1996) afirma que quando não é mais possível sustentar-se na primeira fase de negação, é suprido por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento.

Essa tende a ser uma fase muito difícil uma vez que a raiva se propaga em todas as direções e projeta-se no ambiente, muitas vezes sem razão aceitável. A externalização da raiva faz parte do processo do qual decorre a aceitação, visto que, só assim, é possível enfrentar o medo da morte ou compreender a perda (KÜBLER-ROSS, 1996).

2.3.3 Terceira fase: a barganha

A terceira fase é a da barganha, que segundo Kübler-Ross (1996), é a menos conhecida, no entanto, igualmente necessária ao paciente, mesmo que por um tempo curto. Enquanto que na primeira e na segunda fase não é possível enfrentar os acontecimentos e a revolta com a condição, nesta fase, a maioria das barganhas é realizada com qualquer entidade que o paciente creia. Nelas, as pessoas suplicam por metas e acordos visando que seja aliviada por determinado tempo, a dor e sofrimento que as acometem.

A fase da barganha mantém a esperança viva, à medida que possibilita que a pessoa continue esperando que haja uma mudança na condição atual. Nesta fase, não se pensa em desistir, mas busca-se e espera-se que seja descoberta alguma forma de aliviar o sofrimento existente (KÜBLER-ROSS, 1996).

2.3.4 Quarta fase: a depressão

A falta de informação daqueles que estão por perto do enlutado prejudica o quadro de pessoas que passam por esta fase, é comum os familiares buscarem motivar e ajudar o paciente a sair desse quadro de melancolia, pedindo-lhes que não fiquem tristes. No entanto, a dor é inevitável, pois é difícil a aceitação de perder algo precioso (KÜBLER-ROSS, 1996).

Assim, além da perda do ente, há as consequências causadas por essa perda. Muitas vezes, o paciente perde o emprego ou ano letivo escolar, devido a

incapacidade de reagir a situação, podendo gerar o sentimento de vergonha, e conseqüentemente, o afastamento das pessoas (KÜBLER-ROSS, 1996).

2.3.5 Quinta fase: aceitação

A quinta e última fase, ocorre quando a pessoa dispôs-se de tempo hábil para superar as outras fases. Não é necessário que tenham sido superadas todas as fases nessa sequência, mas é de grande importância que tenham recebido apoio para enfrentá-las.

No entanto, a Kübler-Ross (1996) afirma a necessidade de não confundir aceitação com um estágio de felicidade, visto que, felicidade em uma situação difícil, trata-se de fuga de sentimentos. Quando a aceitação ocorre, não se busca mudar a situação e aprende-se a conviver com a condição imposta.

Assim, ao final da exemplificação das fases acima, compreende-se que o sofrimento, o luto e as perdas são enfrentados pelo paciente e pelos que ficam e convivem com a falta da pessoa.

2.4 Terapia Cognitivo-Comportamental no luto

O sofrimento humano não se restringe às categorias nosográficas propostas nos manuais diagnósticos, como, por exemplo, o *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. A dor emocional assume diversas maneiras não determinadas na psicopatologia descritiva (WAINER *et al*, 2011).

Dentre as formas de sofrimentos existentes que não estão contempladas em uma classificação específica nos manuais diagnósticos, o luto está presente. O DSM-IV-TR recomenda que sejam aferidos os estressores psicossociais que se relacionam, de alguma forma, às queixas expostas pelo paciente (Eixo IV). De tal modo, a perda de um ente querido é compilada exclusivamente no Eixo IV como um estressor psicossocial, não existindo, nas categorias do Eixo I (transtornos clínicos), um espaço específico para o luto (WAINER *et al*, 2011).

A partir do DSM-5, o luto passa a ser denominado de transtorno do luto complexo persistente e se encontra na seção “Condições para estudos posteriores”, em que o diagnóstico será atestado quando houver a “presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses (seis meses para crianças) depois da morte da pessoa próxima”. (DSM-5, 2014, p. 792).

Ainda segundo o DSM-5 (2014) O luto apresenta características semelhantes aos episódios depressivos maior, contudo no episódio depressivo maior, não há pensamentos ou causas específicas, sendo assim é caracterizado, como dito anteriormente, transtorno do luto complexo persistente.

O modo como a morte é enfrentada apresenta subsídios a respeito da peculiar forma de enfrentamento da pessoa diante das situações-problemas em sua vida. Assim, cada reação e sintoma exposto fornecem elementos relevantes acerca das estratégias de enfrentamento que a pessoa lança mão no dia a dia para suportar as suas dificuldades e suas limitações (WAINER *et al*, 2011).

Dessa forma, os esquemas mentais determinam, em grande parte, a maneira como o indivíduo enfrenta a morte e como irá reagir ante um processo de luto, resultando nas condutas e sentimentos em relação à perda. Esquemas mentais são todas as representações cognitivas que permitem que o indivíduo reflita a realidade social e contextual na qual está inserido (WAINER *et al*, 2011).

Para Young *et al* (2008), os Esquemas Iniciais Disfuncionais (EIDs) manifestos, caracterizados por um conjunto de crenças globais e aprofundadas, com pressupostos e princípios a respeito do mundo, podem ser acionados devido a uma circunstância, modificando e sobressaltando o humor assim como o desempenho de um indivíduo.

Devido a isso, é possível que os indivíduos busquem alternativas, tais como lutar, fugir ou paralisar-se diante das ameaças. Essas respostas são definidas nos esquemas como:

- A hipercompensação: quando há luta contra o esquema, pensando, agindo, sentindo como se o contrário do esquema fosse verdadeiro;
- A evitação: apresentada quando os pacientes estruturam suas vidas para que o esquema não seja ativado, bloqueiam pensamentos e imagens para impedir sentimentos ativados pelo esquema;
- A resignação: identificada quando os pacientes aprovam o esquema, aceitam como verdadeiro, não tentam evitar nem lutar

contra ele. É por meio desses processos que os esquemas permanecem ativos na vida psíquica de um indivíduo.

Wainer *et al* (2011) explicam que os esquemas mentais são sistemas automáticos de armazenamento e processamento de informações. São padrões cognitivos considerados estáveis que servem como parâmetro para a interpretação de um grupo idêntico de ocorrências. Desta forma, esse sistema, ao ser ativado, opera categorizando e compilando os estímulos ambientais.

O tratamento cognitivo do enlutado que não conseguiu elaborar o luto de forma saudável propõe ajudá-lo identificando o pensamento distorcido responsável pela perpetuação do seu sofrimento diante da perda. Esse, contudo, não é um processo simples, conforme Rubin *et al* (2008) relata.

Diante disto, Wainer *et al* (2011) afirmam que é necessário que o terapeuta invista em estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais para auxiliar o paciente no seu processo de elaboração, para que, seja lhe possível, o enfrentamento de sua nova condição e vivencia todas as etapas necessárias do sofrimento.

É fundamental que seja investigado o nível de desesperança do enlutado, assim como, a existência de um suporte social e familiar sólido, que se disponibilize em oferecer auxílio tanto na reorganização da rotina como no estado de saúde e psíquico do mesmo. Este suporte familiar, ajudará na efetividade da reestruturação cognitiva do paciente, no qual, será usado diferentes níveis cognitivos que visem evocar diretamente os pensamentos sombrios automáticos do paciente (WAINER *et al*, 2011).

Segundo os autores supracitados (2011), o trabalho junto ao paciente necessita ser realizado no sentido de acessar os níveis mais profundos da cognição, procurando sua origem e o papel que ela exerce na vida do paciente.

Basso e Weiner (2011 apud MILLER & ROLLNICK, 2001), recomendam ao psicólogo demonstrar empatia, respeitar e ajustar-se ao ritmo do cliente, sobretudo no andamento da utilização das estratégias e técnicas terapêuticas. Adaptar-se ao funcionamento do cliente e não ficar confrontado ele de maneira direta, porque existe grande possibilidade dele apresentar resistência ao processo. É também relevante que o terapeuta não forneça informações nem insuficientes nem desnecessárias, não negando dados que lhe são requisitados, com a finalidade de se evitar maiores distorções cognitivas. Sugestiona-se, sempre que possível, incentivar a autoeficácia

do enlutado, a fim de que tenha compreensão das suas competências estratégicas e ferramentas para lidar com esse momento difícil.

Os autores supracitados (2011), perante os objetivos terapêuticos primordiais expostos, para auxiliar o enlutado a começar a responder de maneira saudável, usando mecanismos e comportamentos que sejam capazes de ser aprendidos e/ou modificados, em termos de estratégias terapêuticas sugerem, em ordem aleatória, pois pode variar de acordo com o paciente, as seguintes estratégias:

- **Resolução de Problemas:** é utilizada para avaliar de que maneira e o que o enlutado está priorizando. Neste instante, tenta-se a evolução na habilidade de solucionar problemas, melhorando o que está funcional e minimizando a dificuldade dos mesmos. É fundamental que o paciente seja capaz de perceber a existência de distorções cognitivas que inviabilizam a procura e a investida de alternativas saudáveis. Ainda, é importante a elaboração de métodos e recursos que sejam capazes de ajudar e contribuir no enfrentamento da situação problemática: "Será que não existiriam outras maneiras de lidar com esse problema"; "Que dificuldades poderíamos ter?"; "Existiria algum recurso disponível que pudesse nos ajudar nessa situação?" (BASSO & WEINER, 2011 apud NEZU & NEZU, 1999).
- **Automonitoramento:** melhorar a habilidade de metacognição, com o objetivo de o paciente entender como pensa e passa a ter sentimentos e comportamentos em razão das crenças. Solicita-se que, perante uma situação aversiva, o paciente perceba o que está fazendo, pensando, sentindo. É o pensar sobre o pensamento: "Após o falecimento de fulano, as pessoas não querem saber mais de mim [...]. Caso isso fosse verdade, como me sentiria?" (BASSO & WEINER, 2011 apud FLAVELL, 1979).
- **Treino de Habilidades Sociais:** ampliar e treinar novas habilidades cognitivas como o automonitoramento, habilidades verbais e, sobretudo, comportamentais, para que o enlutado seja capaz de entender e suportar de maneira mais saudável o ambiente. Neste contexto, aconselha-se que possam ser listadas algumas circunstâncias em que o paciente demonstra muito esforço para resolver. Geralmente, os pacientes enlutados

apresentam-se deprimidos e tendem a precipitar sentimentos negativos, assim como percebem equivocadamente o grau de dificuldade. Perante as situações elencadas e através de um ensaio comportamental, julga-se como o paciente se comportaria em certas situações, e conjunto, paciente e psicólogo, exercitam uma resposta adaptativa: "Agora que praticamos em sessão, o que você pensa em tentar colocar em prática nas ocasiões que, em um primeiro instante, você acharia constrangedoras?"; "O que poderia acontecer se você tentasse?" (BASSO & WEINER, 2011 apud CABALLO, 2003).

- **Estratégias de Coping:** o conjunto dos métodos utilizados pelos pacientes para adequarem-se a situações adversas, isto é, uma resposta cognitiva e comportamental ao estresse, com intuito de atenuar características aversivas. É necessário que os pacientes procurem novos meios de enfrentamento, perante às previamente internalizadas. Sugere-se a listagem de outras situações adversas na vida dos enlutados e quais estratégias foram proveitosas para suavizar os sintomas causados: "Quando você esteve numa situação delicada, como você encarou?"; "Caso um amigo estivesse numa situação parecida, que conselho daria a ele?" (BASSO & WEINER, 2011 apud LISBOA *et al.*, 2005).

- **Reestruturação Cognitiva:** Em uma cooperação entre paciente e psicólogo, verifica-se pensamentos irracionais e catastróficos, avaliação das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos, com o objetivo de analisar e compreender outros pensamentos mais adaptativos. Nesta ocasião, pode ser utilizado o modelo A-B-C (A=situação, B=pensamento, C=consequência) para ajudar o paciente a reconhecer a situação perturbadora e o pensamento automático: "O que houve para eu me sentir desse jeito?"; "O que eu estava pensando?". Percebido esse pensamento, a próxima etapa é julgar a veracidade desse pensamento: "Que indícios eu tenho para validar esse pensamento?"; "Esse pensamento é sensato?". Num último momento, indica-se o paciente a testar e substituir o pensamento por afirmativas mais sensatas: "Que benefício possui em continuar com esse pensamento irracional?";

"Qual seria o pensamento sadio nessa circunstância?" (BASSO & WEINER, 2011 apud BECK, 1997).

- **Prevenção e Recaída:** psicoeducar o sujeito em luto quanto ao seu funcionamento, suas dificuldades e também sua autoeficácia. No transcorrer do processo psicoterapêutico, foi-lhe instruído a aplicar estratégias e habilidades para enfrentar de um jeito eficiente o problema verificado. Ao se encontrar com situações diferentes, terá meios para enfrentar possíveis problemas: "Quais os primeiros indícios de um evento adverso?"; "Que situações são consideradas como situação de risco?"; "Quais estratégias disponho para me ajudarem nessa situação?". (BASSO & WEINER, 2011 apud BECK *et al.*, 1979).

Basso e Weiner (2011) aludem que a terapia cognitiva comportamental aceita que é o modo o qual o sujeito compreende uma circunstância que faz com que ele experiencie sentimentos e emoções, em muitas ocasiões, desagradáveis e causadoras de sofrimento.com o intuito de servir como ferramentas para reconhecer esses pensamentos disfuncionais, as quais instituem interpretações inverídicas e desastrosas. Por isso, sugerem as seguintes técnicas

- **Psicoeducação:** ocorre quando o psicólogo explana ao paciente o modelo no qual o processo terapêutico se baseia, assim como o funcionamento disfuncional do paciente, com o objetivo de possibilitar o entendimento do paciente perante o luto (NOGUEIRA *et al.*, 2017).

- **Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD):** o RPD é um instrumento bastante usado para averiguar quais pensamentos passaram pela mente do paciente em frente a alguma situação, e, diante desses pensamentos, é possível empregar outra técnica, a flecha descendente para descobrir as crenças centrais que provocam tais emoções e comportamentos ao paciente (BASSO & WEINER, 2011 apud BECK, 1997).

- **Role-play:** é a simulação de um evento em que paciente e psicólogo observam qual pensamento aconteceu naquele dado momento, para possibilitar modelos de gestão e enfrentamento mais funcional. O paciente

teatraliza o quealaria para alguém que estivesse passando pelo mesmo problema e situação que o mesmo, tentando mostrar a disfuncionalidade da crença do sujeito (RODRIGUES *et al.*, 2018).

- **Descoberta guiada:** o objetivo desta técnica é conseguir encontrar significados mais profundos embasados nas elucidações do paciente. O que o paciente atribui, pensa e entende perante uma circunstância. Indagações como: "Qual significado isso tem pra você?", "O que isso diz sobre você, caso fosse verdade?" são usadas para evocar as crenças centrais (BASSO & WEINER, 2011 apud BECK, 1997).

- **Dessensibilização Sistemática:** paciente e psicólogo classificam quais contextos mobilizam mais ansiedade no paciente, e, paulatinamente, do menor para o maior evento ansiogênico ao paciente, existe o enfrentamento deste com o intuito de dessensibilizar consiste em treinar o sujeito para que persista relaxado ao se ver frente a situações ansiogênicas, para que isso ocorra, o indivíduo é treinado e ensinado sobre técnicas de relaxamento, do menor para o maior evento ansiogênico listado, o paciente é exposto, é encorajado a usar técnicas de relaxamento aprendidas, para que possa relaxar, superar e prosseguir para a situação temida adiante. Partindo da pressuposição que relaxamento e ansiedade são respostas antagônicas, onde não podem aparecer concomitantemente. Tendo como foco condicionar o relaxamento em situações ansiogênicas (PEREIRA & PENIDO, 2010)

Em síntese, a terapia cognitiva comportamental é constituída por diversas ferramentas que podem ser utilizadas no decorrer dos tratamentos para contribuir na alteração de padrões de funcionamento disfuncionais, causadores de sofrimento. O intuito foi poder explicar apenas algumas delas, as mais pertinentes e usadas no processo psicoterapêutico de um paciente em luto.

2.5 O luto no contexto da pandemia da COVID-19

Define-se a pandemia como uma crise sanitária que tem início em um determinado país e, aos poucos vai se alastrando, até atingir todo o globo. Levando-se em consideração que o novo coronavírus (SARS-COV-2) e seu alto índice de transmissão, tornou-se impossível conter a contaminação em massa, e, em consequência, o alto número de mortes no Brasil (BRASIL, 2021).

Desta forma, no Brasil, a medida de distanciamento social foi sendo implementada em decorrência da pandemia do novo coronavírus, trazendo uma série de restrições para a vida das pessoas. Por volta do dia 11 de março de 2020, quando foi registrado o primeiro caso, em Brasília, houve o primeiro decreto visando o distanciamento social, impondo o uso de máscaras e recomendando o uso do álcool em gel, com o intuito de diminuir o avanço de casos (BRASIL, 2021).

A princípio, as medidas bio sanitárias de segurança eram mais rígidas, existindo a necessidade de fechar comércios, escolas, universidades e os mais diversos lugares que poderiam possibilitar a aglomeração de pessoas. Ainda, medidas de racionamento de alguns tipos de produtos também se tornaram essenciais em razão da consequente escassez de matéria-prima e de produção, assim como houve restrições no uso dos transportes, levando em conta as barreiras municipais que foram criadas para evitar uma maior proliferação do vírus (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Diante dessa nova realidade, outros pontos que foram afetados e passaram por alterações em virtude do distanciamento social foram a possibilidade de realização dos rituais de despedida de forma tradicional e o acesso à rede de apoio, que culturalmente é composta por familiares e amigos, além de grupos religiosos e profissionais da área da assistência, que oferecem suporte e acolhimento ao enlutado (LUIZ *et al.*, 2020).

Devido a pandemia, várias famílias vêm sofrendo enormes perdas. Algumas variáveis agravantes do processo de luto podem ser mensuradas: dificuldade de comunicação, mortes inesperadas, distanciamento da rede socioafetiva, impossibilidade de despedida e tradições fúnebres interditas. São situações que podem produzir impacto na experiência de terminalidade e predizer riscos à saúde mental dos familiares e dos profissionais de saúde (LUIZ *et al.*, 2020)

Sobre essa discussão, Franco (2021, p. 211) aponta que, em um cenário de um desastre, muitos são os lutos com consequências sobre a saúde mental dos envolvidos. A autora aludida destaca que esse sofrimento perpassou pela vida daqueles que se infectaram pelo vírus e tiveram medo da morte, de perder um ente querido ou até de transmitir o vírus para os seus; como também daqueles que perderam de fato alguém e passaram pelo luto durante esse período de muitas de restrições e mudanças que desencadearam num afastamento das suas redes de apoio, além de terem sofrido com os impactos gerados pela impossibilidade de realização dos rituais de despedida de forma convencional

Considerando o momento atual, pode-se notar o quanto a vivência do luto tem se alterado dentro desse cenário de pandemia, o que é apontado pela FIOCRUZ na cartilha intitulada “Processo de luto no contexto da COVID-19”: “[...] as mortes causadas pelo novo coronavírus trazem algumas características particulares que, assim como em outros contextos de crise, podem interferir no luto das pessoas envolvidas”. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020)

Desta maneira, percebe-se que tais transformações vêm acontecendo tanto em consequência do fato das mortes serem repentinas, e com uma maior frequência do que usualmente ocorre, quanto por causa da impossibilidade da realização dos rituais de despedida tradicionais, tendo o enlutado que se contentar com novas maneira de despedida, que são mais rápidos, restritos e com a impossibilidade de contato físico entre as pessoas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Franco (2021, p. 53) aponta:

Em 2020, novos questionamentos sobre o luto se impuseram. Com o surgimento da pandemia de Covid-19, o luto vivenciado no mundo adquiriu proporções nunca imaginadas. [...] O comportamento das pessoas mudou consideravelmente, para atender aos cuidados quanto à propagação do vírus.

Também existiu a limitação da realização de velórios e rituais de despedidas por consequência da necessidade das regras de biossegurança, o que pode ocasionar no enlutado uma sensação de inconcretude em relação à experiência daquele momento (FRANCO, 2021, p. 54).

Esse período foi bastante propenso para o desenvolvimento do luto patológico. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de luto estão as restrições em relação ao contato com o ente perdido pela COVID-19, tanto no período de hospitalização, quanto em seu processo de morte, bem como após o seu falecimento devido a impossibilidade de realização dos ritos de despedida de forma convencional.(FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Considerando também os obstáculos de realização dos rituais de despedida, que transformam-se, por vezes, numa sensação de inconcretude em relação a essa perda, a autora aponta que “A ausência de concretude pela falta do corpo morto, em relação ao qual são realizados os rituais da cultura, alimenta a ambiguidade que terá função no luto complicado.” (FRANCO, 2021, p. 214).

Faz-se necessário refletir acerca do quanto ter que enfrentar uma situação inesperada faz crescer os riscos de uma má elaboração do luto. A pandemia acabou com a segurança em que muitos se alicerçavam, levando embora, por exemplo, pessoas que serviam de base para suas famílias. É importante salientar ainda que as vivências de perdas múltiplas, em que mais de um membro de uma mesma família morreram em decorrência da COVID-19, em um curto espaço de tempo, também podem reverberar em um luto complicado (FRANCO, 2021)

Durante o período pandêmico, tendo em vista o alto número de mortes em decorrência da COVID-19 no Brasil, que até o momento dessa pesquisa ultrapassa o marco de 674.000 óbitos (BRASIL, 2022), se pensarmos sobre a quantidade de pessoas que eram próximas dessas vítimas fatais e foram afetadas direta ou indiretamente por essas perdas e experienciaram o luto, pode-se imaginar os efeitos marcantes dessa vivência em suas vidas.

Diante do exposto, podemos compreender que situações de desastres podem acarretar em mais dificuldades no processo de elaboração de vivência do luto, considerando as peculiaridades que são oriundas de uma situação de crise coletiva, como a que estamos vivendo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento em decorrência da perda de um ente importante é um evento estressor, podendo ser traumático, sendo capaz de gerar um desarranjo e um desalinhamento do modo do indivíduo se perceber no mundo, em suas relações interpessoais, acerca do seu futuro e até sobre a morte.. É possível constatar, em conformidade com a presente revisão bibliográfica, que o processo de luto é complicado, algumas vezes, muito complicado, ocasionando problemas biopsicossociais nos indivíduos.

É importante salientar que, o processo de luto é vivido por cada pessoa de maneira única, embora algumas mudanças e reações sejam esperadas, estas, são manifestadas de maneira peculiar em cada indivíduo, também é importante frisar que a ordem das fases de luto apresentadas, não seguem, necessariamente uma ordem, por tanto, cada um sujeito experimentará o processo da elaboração de luto de maneira única.

O presente estudo buscou fazer uma revisão literária acerca do processo de luto na perspectiva da TCC para que fosse possível embasar a construção de uma cartilha. Desta maneira, foi possível ter uma visão mais abrangente das fases do luto, dos pressupostos teóricos da terapia cognitiva comportamental, e de como as técnicas e estratégias terapêuticas podem beneficiar o paciente.

Todavia, compreende-se que essa revisão bibliográfica apresenta limitações referentes ao recorte teórico possibilitado pela literatura, nacional e internacional, disponível, apesar de haver estudos que avaliam e discutem o uso da Terapia Cognitiva-Comportamental na terapêutica do luto, esses estudos não são extensos.

Por isso, sugere-se que novas pesquisas e trabalhos possam ser realizados, ampliando esse conteúdo, e oferecendo mais subsídios, articulando a eficácia da TCC a diversos tipos de perda, como o luto infantil, luto de perda repentina, luto pela perda de um filho, etc.

4. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, M. M.; **Introdução à Metodologia do trabalho científico**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

APA. **DSM-IV-TR**: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. **Estudos de Psicologia**. v 20, p. 25-34, 2003.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista eletrônica**, 2004. Disponível em: <http://necpar.com.br/uploads/material/390terapia_cognitiva_bahls.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2021.

BAHLS, S. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 3, dez. 1999. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7660/5463>>. Acesso em: 09/11/2021

BARBOSA, J. I. C.; BORBA, A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Campinas, Vol. XII, nº 1/2, 60-79. 2010.

BARBOSA, P. C. **A Evolução nos Rituais de morte e sua importância na consciencialização deste fenômeno**. Lusíada. 2006.

BASSO, L.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10/11/2021

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BECK, J. S.; BECK, A. T. **Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artme, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Como é transmitido? 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-e>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Como se proteger? 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a Covid-19? 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 ago. 2022.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

FRANCO, M. H. P. Luto como experiência vital. 2019. Disponível em: https://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_como_experiencia_vital.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

FRANCO, M. H. P. O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Processo de luto no contexto da COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3oPsicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

GIBRAN, R. C. R.; PERES, R. S. Luto: questões do manejo técnico na clínica psicanalítica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 73-85, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12/11/2021

JARAMILLO, I. F. d. **Morrer Bem**. São Paulo: Editora Planeta, 2006.

KERBAUY, R. R. Terapia comportamental cognitiva: uma comparação entre perspectivas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 9-23, 1983. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931983000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07/11/21

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Luiz, Thábata da Silva Cardoso et al. Caixa de memórias: sobre possibilidades de suporte ao luto em unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2020, v. 32, n. 3 [Acessado 22 Agosto 2022] , pp. 479-480. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200079>>. Epub 12 Out 2020. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200079>.

NOGUEIRA, Carlos André; CRISOSTOMO, Kelly Nunes; SOUZA, Rafaela dos Santos; PRADO, Jessica de Macedo do. A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO NA TERAPIA COGNITIVOCOMPORTAMENTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Hígia*, Bahia, p. 108-120, 1 fev. 2017. Disponível em: <http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190/211>. Acesso em: 28 fev. 2022.

Organização Mundial da Saúde. Considerações para aglomerações de massa no contexto da COVID-19: anexo: considerações sobre o ajuste de saúde pública e medidas sociais no contexto da COVID-19, 14 de maio de 2020.

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

PEREIRA, Fernanda Martins; PENIDO, Maria Amélia. Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. *REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS*, Rio de Janeiro, ano 2010, v. 6, n. 2, p. 189-220, 1 jul. 2010. Disponível em: https://www.rbtc.org.br/edicao_atual.asp?ed=13. Acesso em: 28 mar. 2022.

RANGÉ, B. **Bases filosóficas, históricas e teóricas da psicoterapia comportamental e cognitiva**. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (p. 13-25). Campinas: Editorial Psy, 2998.

RANGE, B. P.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12/11/2021

RODRIGUES, I. DOS S.; FUKUMASU DA CUNHA, V.; SCORSOLINI-COMIN, F.; GUIMARÃES RODRIGUES, A. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a compreensão do luto. *Revista Ciências em Saúde*, v. 8, n. 4, p. 19-24, 28 nov. 2018.

RUBIN, S. S., MALKINSON, R.; WITZTUM, E. ***Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: challenges, dilemmas and opportunities***. In STROEBE, M.S., HANSSON, R.O., SCHUT, H. e STROEBE, W. *Handbook of Bereavement Research and Practice; advances in theory and intervention*. American Psychological Association, Washington, 2008.

SANTOS, P. L.; GOUVEIA, J. P.; OLIVEIRA, M. S. **Terapias comportamentais de terceira geração**: guia para profissionais. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

WAINER, R.; PICCOLOTO, N. M. PERGHER, G. K. **Novas temáticas em terapia cognitiva**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

YOUNG, J.; KLOSKO, J.; WEISHAAR, M. **Terapia do esquema**. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZWIELEWSKI, Grazielle; SANT'ANA, Vânia. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 27-34, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 mar. 2022. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160005>