



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Ludimila Pereira Bezerra

**SUICÍDIO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ELABORAÇÃO DO LUTO**

Palmas – TO
2021

Ludimila Pereira Bezerra

**SUICÍDIO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ELABORAÇÃO DO LUTO**

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. M.e Izabela Almeida Querido

Coorientadores: Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira
Profa. Dra. Renata Alves Bandeira

Palmas – TO
2021

Ludimila Pereira Bezerra

SUICÍDIO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
NA ELABORAÇÃO DO LUTO

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. M.e Izabela Almeida Querido

Coorientadores: Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira
Profa. Dra. Renata Alves Bandeira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. M.e Izabela Almeida Querido
Orientadora
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira
1º Avaliador
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Profa. Dra. Renata Alves Bandeira
2º Avaliador
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho especialmente a Deus, muita gratidão por toda providência, por me conceder forças e resiliência, por me trazer na memória todas as minhas demais conquistas. Até aqui cheguei graças as suas misericórdias que se renovam a cada manhã, gratidão por todo o caminho percorrido. Dedico aos colegas que se tornaram amigos, a todos os meus professores que conheci durante esses anos de graduação do curso de psicologia. À minha querida mãe que sempre incentivou a ir em busca dos meus sonhos e jamais desistir, toda minha família, ao Brankin que esteve perto carinhosamente durante vários momentos da construção do meu trabalho de conclusão. Aos meus amigos Francisco Renato e Nadine Cunha. Aos meus Bispos: Saulo Quaresma e Lamara Quaresma pelo apoio espiritual, por acreditarem no meu potencial de liderança. A minha orientadora: Izabela Querido, que é minha referência de terapeuta cognitivo-comportamental e gentilmente compartilhou seus conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao meu bondoso Deus, pois em vários momentos parecia impossível continuar esta graduação do curso de psicologia, mas Deus na sua infinita bondade me mostrou que estava comigo em cada momento desse sonho, e me abençoou. Agradeço muitíssimo minha mãe, sempre me incentivou e apoiou. Agradeço a minha família em especial ao Brankin. Agradeço aos meus Bispos pelo apoio. À Coordenadora Cristina D'Ornellas que me ajudou em momentos de retorno ao curso de psicologia, após um tempo de trancamento, seu acolhimento foi fundamental para esta conquista. Aos diversos colegas que conheci no curso de graduação de psicologia, e todos os professores, levo ensinamentos de todos, que foram fundamentais para a minha construção enquanto acadêmica. A minha orientadora Mestre Izabela Querido, pelas orientações, acolhimento, os ensinamentos.

“Mas os que esperam no Senhor
renovarão as forças,
subirão com asas como águias;
correrão, e não se cansarão;
caminharão, e não se fatigarão”

Isaias 40:31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	33
Quadro 2.....	44
Quadro 3.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	19
Figura 2.....	21
Figura 3.....	30
Figura 4.....	32
Figura 5.....	32
Figura 6.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário de Ansiedade
BDI	Inventário de Depressão
BHS	Escala de Desesperança
BSI	Escala de Ideação Suicida
CQM	Comunica Que Muda
CVV	Centro de Valorização da Vida
GAMSS	Grupo de Apoio Mútuo aos Sobreviventes do Suicídio
GASSA	Grupo de Apoio aos Sobreviventes dos Suicídios Anônimos
HS	Habilidades Sociais
IASP	Associação Internacional de Prevenção do Suicídio
IASP	Internacional Association For Suicide Prevention
IHS	Inventario de Habilidades Sociais
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
RBTC	Revista Brasileira de Terapias Cognitivas
RPD	Registro de Pensamentos Disfuncionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

RESUMO

BEZERRA, Ludimila Pereira. **Suicídio e as contribuições da terapia cognitivo-comportamental na elaboração do luto**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2021.

O suicídio é uma das causas predominantes de mortes no mundo é apontado um óbice de saúde pública. Essa pesquisa enfatiza o problema contemporâneo e crescente, embora seja uma temática que venha de vários contextos culturais e crenças da história. Esse tema foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas a partir do ano de 1990 que certificaram a configuração dos eixos suicidas: multifatoriais, multideterminado e transacional. Vários estudos atuais divulgam dados que implicam o ato suicida, ideação suicida, fatores de risco, como forma de conscientizar e abraçar esta causa em prol da prevenção do suicídio. Diante desse cenário, a pesquisa teve como objetivo geral compreender de que forma o terapeuta cognitivo-comportamental pode estruturar uma intervenção para um sujeito em luto por suicídio, como prevenção do suicídio e a contribuição da terapia cognitivo-comportamental para elaboração do luto. Os resultados foram através de artigos sob a ótica de publicações dos últimos onze anos (entre os anos 2009 e 2020); disponíveis na íntegra e de livre acesso nas bases de dados: na Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, de artigos e dissertações em português. E os livros: Teoria e Prática, BECK, Judith S. Técnicas de terapia cognitivo-comportamental: manual do terapeuta, Robert L. Leahy. Dattilio Intervenção em Crise. Knapp TCC na prática Psiquiátrica, por conter importantes referências úteis ao pesquisador nas áreas técnicas e estratégias da terapia cognitivo-comportamental e manejo clínico da depressão. Foi realizado uma proposta de sugestão de atendimento apresentando um caso hipotético com técnicas e estratégias da terapia cognitivo-comportamental e manejo clínico da depressão. A pesquisa realizada teve a finalidade básica, natureza qualitativa e caráter exploratório e descritivo.

Palavras-chave: Suicídio. Posvenção. Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

BEZERRA, Ludimila Pereira. **Suicide and the contributions of cognitive-behavioral therapy in the elaboration of mourning.** 2021. Course Conclusion Paper (Graduation) - Psychology Course, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2021.

Suicide is one of the predominant causes of death in the world and is pointed out as a public health problem. This research emphasizes the contemporary and growing problem, although it is a theme that comes from various cultural contexts and beliefs in history. This theme was recognized by the United Nations from 1990, which certified the configuration of the suicidal axes: multifactorial, multidetermined and transactional. Several current studies disclose data that implicate the suicidal act, suicidal ideation, risk factors, as a way to raise awareness and embrace this cause in favor of suicide prevention. Given this scenario, the research aimed to understand how the cognitive-behavioral therapist can structure an intervention for a person in mourning for suicide, such as suicide prevention and the contribution of cognitive-behavioral therapy to the elaboration of grief. The results were through articles from the perspective of publications from the last eleven years (between 2009 and 2020); available in full and freely accessible in the databases: in the Brazilian Journal of Cognitive Therapies, articles and dissertations in Portuguese. And the books: Theory and Practice, BECK, Judith S. Cognitive-Behavioral Therapy Techniques: Therapist's Handbook, Robert L. Leahy. Dattilio Intervention in Crisis. Knapp TCC in Psychiatric Practice, for containing important references useful to researchers in the technical and strategic areas of cognitive-behavioral therapy and clinical management of depression. A proposal for a suggestion of care was made, presenting a hypothetical case with techniques and strategies of cognitive-behavioral therapy and clinical management of depression. The research carried out had the basic purpose, qualitative nature and exploratory and descriptive character.

Keywords: Suicide. Posvention. Cognitive behavioral therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Suicídio, ideação e crise suicida	15
2.2 Morte, Posvenção e Luto	20
2.3 Fases do luto por familiar	24
2.4 Terapia cognitivo-comportamental frente ao luto por suicídio	27
3 METODOLOGIA.....	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS:	48
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

A cultura tem grande impacto na percepção e compreensão da morte, reflete obscuridade diante do tema e não é diferente ao se tratar da perda de um ente querido por suicídio; fenômeno que envolve aspectos biológicos, psíquicos e sociais que vem se reconfigurando em várias etapas na história. O tema foi e continua sendo abordado de formas diferentes em cada cultura ao longo do tempo, entre elas, os primitivos, que o enfrentavam como um evento constitutivo e comportamento como parte dos costumes da tribo. Já na Antiguidade Greco-Romana a prática era considerada ponderado de um direito próprio, enquanto na Idade Média era considerado um pecado gravíssimo, resultado de indução pelo demônio (DE ALCÂNTARA MÜLLER; PEREIRA; ZANNON, 2017; BOTEGA, 2015).

Assim nota-se que este percurso histórico contribuiu para o avanço da busca para compreensão do fenômeno suicida e suas subjetividades, com dubiedade a ser pesquisada. “O suicídio transformou-se em dilema humano no século XVII. Foi também nesse século que o termo suicídio, derivado do latim apareceu pela primeira vez em textos ingleses, em substituição a “homicídio de si-próprio” (BOTEGA, 2015).

Botega (2015), evidencia a década final de 1960, atitude suicida foi determinado pela Organização das Nações Unidas (ONU) 20 como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. Na década de 1990, o suicídio foi reconhecido como problema de interesse a saúde pública. A partir de 2003, em conjuntas ações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP) decidiram evidenciar, uma data para prevenção mundial ao suicídio, com propagação de informação e dados epidemiológicos como: levantamentos de número progressivos de suicídios.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), manifestando-se sobre a importância da prevenção de planejamento estratégico de uma ação e avanço multissetorial globalizante, fez um pronunciamento com dados para medidas de prevenção do suicídio, destacando um número expressivo de mais de 800 mil vidas que efeturaram suicídio anualmente no mundo e o Brasil destacou-se por ocupar a oitava posição no ranking. Diante da crise epidemiológica do COVID-19 que surpreendeu o mundo em 2020, a Comunica Que Muda (CQM), realizou em maio uma varredura nas redes sociais brasileiras ao longo de vinte e nove dias e calculou 103.923 menções à temática suicídio. Incluindo estes dados, deparou-se com um crescimento de declaração e informação a respeito de suicídio, pois de 6,3% em 2017, moveram-se para 23,5% em 2020. Tal comparação explicita a existência de mais liberdade de expressão dos indivíduos com rompimentos

de padrões para lidar com esse conteúdo, citando o que pensa. A postagem da temática suicídio, subiu de 7,5% para 42%, enquanto a continuidade de gracejos sobre o tema reduziu de 34% das postagens para os atuais 3%. A análise computou também as divulgações que expandem materiais positivos, reforçando a importância das redes sociais, mídia, falar da saúde mental e a disponibilidade da rede de apoio. No ano de 2017 o mesmo perfil atingiu 28,8% do total sobre essas mesmas, em 2020 percorreu para 63,5% (FOLHA DE SÃO PAULO, 2020).

Botega (2015) enfatiza que há um padrão com fragilidade ao suicídio, considerando uma análise biológica com fatores biopsicossociais, componentes que são pesquisados pela ciência e suas características como aflições, experiências da infância reforçadoras para traumas, ausência materna, violência física, inflexibilidade cognitiva, presença de transtorno mental, facilidade para ter armas letais. Há vários estudos com a tentativa de compreender e responder esse fenômeno de suicídio e ideação suicida, tendo por objetivo ajudar, minimizar os sofrimentos, prejuízos das pessoas que tenham ideação suicida, maximizando as informações de prevenção, por vários períodos da vida. “Grupos de autoajuda, formados por sobreviventes (tradução de survivors do inglês) enlutados após ocorrência de um suicídio, têm sido reconhecidos como um meio valioso de posvenção, capaz de ajudar emocionalmente familiares e amigos do falecido”.

O processo do luto pode ser concluído com uma série de reações perante uma perda; não deve ser descuidado, é necessário zelo com acompanhamento apropriado cada as etapas da elaboração do luto; auxiliando e promovendo a saúde psíquica completamente das pessoas na posvenção a ausência depois aos poucos se dissipa, cobrindo vários seguimentos do enlutado que recebe o acompanhamento clínicos. Vivenciar a perda não é esquecimento, mas o processo de desfazer (BIFULCO, CAMPONERO, 2016).

Diante desse cenário, a pesquisa propõe-se a responder através de estudos de revisão sistemática a evidência de resultados sob a ótica de publicações dos últimos onze anos de artigos e dissertações em português sobre apoio psicológico para elaboração do luto por suicídio. Nesse contexto a pesquisa teve como objetivo geral compreender de que forma o terapeuta cognitivo-comportamental pode estruturar uma intervenção para um sujeito em luto por suicídio. Tendo como objetivo específico debater a ideação e a crise suicida, luto por suicídio, quais pontos da terapêutica cognitivo-comportamental da depressão e manejo da desesperança podem auxiliar na intervenção no luto por suicídio. A hipótese de que a terapia cognitivo-comportamental será fundamental no enfrentamento do sofrimento do enlutado, por ser uma abordagem estruturada, focal, diretiva e ativa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUICÍDIO, IDEACÃO E CRISE SUICIDA

O suicídio é quando ocorre a auto eliminação da própria vida, considerado um fenômeno consciente, espontâneo e planejado, compõe métodos que levam à autodestruição involuntária ou voluntária, comportamentos morosos ou contínuos. As tentativas de suicídio são manifestações de autoagressão e autodestruição na qual o indivíduo não tem dimensão se sobreviverá, pois, a ideia do risco de morte pode ser bastante vaga, ficando difícil dizer se é um ato consciente ou inconsciente. Pode se pensar em um ato espontâneo quando o sujeito está determinado e encorajado para atentar contra a própria vida. Se for considerada uma atitude do inconsciente, podemos imaginar a angustia e sofrimento para ideação suicida com a motivação de exterminar a dor e o desvalor, com crenças próprias desfeitas, abarcando em um profundo sofrimento, aflição, repulção e tudo o que a levou a executar. Refletir que o suicídio é um comportamento completamente do inconsciente implica tirar a responsabilidade da vida das pessoas que planejam e pensam no suicídio como solução (KOVACS, 2008).

Há muitos relatos históricos, dentre eles, podemos destacar os primitivos, os quais tinham estímulo para o suicídio, com comportamentos esquiva e descrédito, a evasão de uma vida de escravidão, acontecimentos de privações afetivas com os idosos, ideação de vingança. Em relação a essas atitudes, havia muito deslumbramento em torno do ato suicida, visto como um desafio, a exemplo, eliminar um inimigo ou uma meta a ser atingida com a destruição do adversário. Acreditavam-se que a alma da pessoa suicida retornaria para afligir seu importuno, ou aos familiares do ente falecido. Ocorriam, ocasionalmente, práticas e implacáveis hábitos tribais de impor aos inimigos que se matassem, ocorrendo um suicídio (BOTEGA, 2015).

De uma visão da antiguidade, os greco-romanos eram permissivos em relação ao suicídio, além disso os comportamentos eram restritos à classe “nobre” de índole. A argumentação da filosofia sobre a temática suicídio foi desmistificada, despida dos medos primitivos. Portanto, a atitude não seria admitida se assemelhasse a falta de reverência livre diante dos deuses. Nesta situação, as honorabilidades de enterrar o suicida sofriam limitações, como exemplo, parte do corpo era decapitada e parte era enterrado. Já na Antiguidade, as pessoas tinham uma vida com realidade distinta, mais valorizados em comparação aos povos primitivos. Havia a relevância social do indivíduo, ainda que esse valor de pertencimento fosse totalmente ligado ao Estado. Já no Renascimento, foi introduzida a ruptura das crenças dos ritos religiosos, mesmo que não sa-

tisfatório, estava sendo desconstruído a odeia de delegar à Divindade as consequências das atitudes do suicida. Trata-se do nascimento da ciência e experiências novas. Nessa fase surge a ciência, há uma transformação no cenário, o suicida afasta-se da ideia de ser aquele que não exerce a fé ou está endemoninhado e passa a ser encarado como uma pessoa com limitações, disfunções e angustia (BOTEGA, 2015; KOVACS, 2008).

Netto (2013), declara que por diversas circunstâncias a pessoa que cogita em suicídio não pretende do fato a morte, mas procura a dor e o amargor, buscando, para isso, uma forma que o leva à morte como profissional da saúde, refletindo, é necessário acolher o sofrimento para compreender como se atinge ao ato suicida.

É fundamental assemelhar, da mesma forma, uma atenção as pessoas que relacionam com a ameaça ou já sofreram a perda de uma pessoa por suicídio, nomeados de “sobreviventes”. O abalo para as pessoas que passaram por perdas por suicídio é tão profundo que podem desenvolver fatores de perigo de morrer por suicídio. Consequentemente evoca uma alerta para conhecer, observar e dar atenção à atuação dos sobreviventes, que podem auxiliar o processo do abalo antecipatório dos familiares que percebem uma pessoa em angustia que apresenta perigo com ameaça de suicídio (TAVARES, 2013).

Diante desse cenário cultural enfatizamos que a atitude suicida tem diversas singularidades e necessitam ser vistas, desde disfunções na saúde mental, dependência química, enfermidades e distúrbios. Sobretudo as doenças degenerativas provocando dores e desestruturando o seio familiar, condescendência às decepções, até o meio em que vive, tanto social quanto cultural ou religioso. Percebe-se que ao longo do tempo, o conceito de suicídio foi reconfigurando, uma temática complexa, cheio de preconceitos, porém, hoje já evoluiu o conceito de se falar mais sobre o assunto e até apresentar políticas para prevenção do suicídio, uma vez que o suicídio é um tema de saúde pública (KOVACS, 2008).

Ao reconhecer o suicídio como relevante problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em seu Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, a meta global de reduzir em 10% a taxa de suicídios até 2020. Além disso, a prevenção do suicídio recebeu destaque na proposta de adequação das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) ao contexto brasileiro, pela tendência de aumento da taxa de mortalidade associada. No mundo, o auto envenenamento com pesticidas de uso agrícola é um dos principais meios utilizados para o suicídio, representando de 14 a 20% de todas as mortes por suicídio por ano (de 110 mil a 168 mil mortes). Nesse contexto, vale ressaltar que as intoxicações exógenas intencionais englobam um grupo mais amplo de substâncias, além dos pesticidas de uso agrícola, como medicamentos e produtos domissanitários. Entretanto, os pesticidas de uso agrícola apresentam toxicidade e letalidade elevadas, mesmo quando ingeridos em pequenas quantidades. No Brasil, o suicídio foi a terceira principal causa de morte entre adultos jovens do sexo masculino de 20 a 39 anos, em 2015. Nesse ano, na mesma faixa etária e sexo, o suicídio esteve entre as cinco primeiras causas de morte em todas as regiões do país. No período

de 2011 a 2015, entre brasileiros de ambos os sexos com idade igual ou superior a 20 anos, as intoxicações exógenas foram o segundo principal meio utilizado para o suicídio, sendo o primeiro o enforcamento” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2019).

Esse recorte do BRASIL (2019), traz números alarmantes de mortes por suicídio, destacamos os dados da faixa etária jovens adultos, que se encontram em terceiro lugar no ranking de causas de mortes no Brasil, evidenciando os métodos mais utilizados para executar o ato suicida. Quais fatores estão interligados a esse fenômeno e a teia que interliga as relações entre a consciência pública com a influência da concepção do sujeito, de sua família e da sociedade.

A mídia tem um impacto muito grande na cultura popular, formando uma visão do senso comum, já que mostram o suicídio como subterfúgio diante das circunstâncias complexas. Com isso, corre-se o risco de serem notícias reforçadoras para aqueles que pensam em tirar a própria vida ou têm ideias suicidas, pois divulgam-se detalhadamente e descomedidamente os suicídios, o final de uma vida em sofrimento, entendendo sofrimento no sentido mais amplo da palavra. As divulgações sobre os suicídios, como são expostas, geram grande discordância no embate na sociedade, principalmente na população mais carente de necessidades básicas que podem parecer mais expostos (KOVACS, 2008).

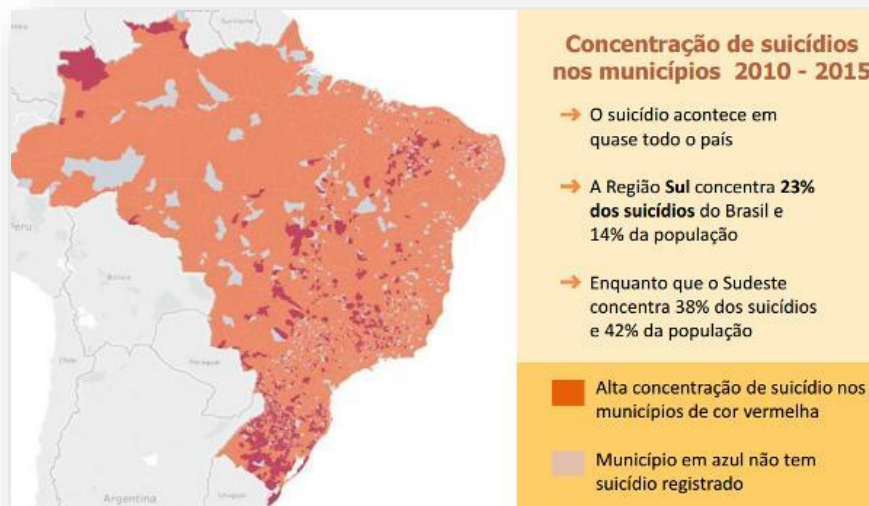
Sobretudo, para Bahia e colaboradores (2017), a ideia suicida requer atenção, destaca-se um acréscimo e aumento imenso na ameaça de tirar a própria vida, sendo que a elaboração do suicídio acarreta perigo grande de morte. Dados sobre ideia suicida traz a informação de angústia, ausência da saúde mental, requer um zelo extremo. Ou seja, exige uma atenção intensificada no parecer clínico bem como intenta atendimento, avaliação para identificar possível transtorno psiquiátrico, carecendo de acolhimento e métodos adequados para intervenção do quadro. As investidas do ato suicida cercam comportamentos direcionados de auto ferir-se, expondo a própria vida a graves ferimentos e até mesmo a morte. Logo abaixo evidenciamos os dados sobre o crescimento desse fenômeno suicídio no Brasil.

Os índices de suicídios consumados estão distribuídos desigualmente no mundo. O Brasil é o oitavo país em número de suicídios entre os Estados membros da OMS, com média de 24 suicídios/dia. Mas suas taxas são consideradas baixas: ocupa o 73º lugar (entre 4,8/100.000 e 5,5/100.000). Sexo, idade, cultura e etnia têm implicações importantes na epidemiologia do suicídio. As taxas globais evidenciam vulnerabilidade para dois picos etários: a faixa de 15 a 35 anos e a de 75 anos ou mais. Os índices variam de 0,9/100.000 no grupo de 5 a 14 anos a 66,9/100.000 entre pessoas com mais de 75. Nos países mais ricos, os homens se infligem a morte três vezes mais que as mulheres. Nos países em desenvolvimento essa proporção é menor: 1,5 homens para cada mulher. A exceção fica para a região oeste do Pacífico, onde existe quase uma equivalência (17,6% e 16,6% respectivamente), atingindo particularmente a população de 15 a 29 anos como primeira causa de morte em ambos os sexos. No Brasil essa diferença é de 3:0 a 4:1, conforme a faixa etária. Quanto à etnia, no caso brasileiro, é relevante o fenômeno entre os indígenas. Outra característica brasileira é a maior concentração das mortes auto infligidas em municípios de baixo porte populacional (BAHIA "e col.", 2017, p. 01).

Aliado a isso, a margem entre o descuido sobre essa temática contribui para o aumento do agravo. As atitudes autodestrutivas levam as tentativas do suicídio concluído e são imperceptíveis. Assim também uma parte da tentativa pode ser suspensa e se prender somente, como pensamento ou intuito. Por outro lado, entende-se que nem todos que pensam na morte realmente anseiam por ela. Todavia nem todo pensamento sobre a morte, desejo de morrer é confirmação de certo perigo de suicídio. Estudos apontam em diversas partes do mundo que uma morte por suicídio é planejada, calculada antecipadamente por investidas e são poucos os casos inusitados de suicídio por ímpeto (BAHIA E COLABORADORES, 2017).

Acrescentando a discursão vale ressaltar, que os suicídios estão pulverizados por todo o Brasil conforme a figura 1. Simetricamente, uma das regiões mais impactada é o Sul, totalizando 23% dos casos com só 14% da população do país sendo que três das quatro cidades com dados preocupantes do país estão no RS. 38% dos atos suicidas ocorrem no Sudeste conforme mostra a figura abaixo. Entre 2011 e 2016, foram 48.204 investidas de suicídio no país, quanto a forma mais executada: 58% delas por intoxicação, 6,5% por armas brancas e 6% por enforcamento (COEP, 2017).

Figura 1: Casos de suicídio da população do Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Ballard e colaboradores (2014), em suas considerações orienta encaminhar os pacientes para o pronto-socorro, em circunstâncias por decorrência de ferimentos autoprovocados e que sejam investigados para prevenção de uma possibilidade ou não de ocorrer o suicídio. Uma interferência rápida, com plano de ação eficiente, seguro e direcionando o paciente para atendimento de saúde mental, que caracterizam resultados de segurança colocando-os em contato com serviços de saúde mental é uma das atitudes com resultados favoráveis e infalíveis, com efeito,

decisivo que reiteram empenhos para deparar com manejo eficazes e processos para precaver o suicídio de todas as pessoas que são encaminhados para os serviços de atendimento emergencial.

O ato suicida advém de vários fatores que contribuem e são considerados traumáticos à saúde mental, bem como angústias extremas. A ponto de desejar como saída o suicídio, com a esperança de findar a dor através da morte. É necessário fortalecer as expectativas para uma nova ótica da vida, diante desse sofrimento, estimulando habilidades de resiliência e a possibilidade transformar o sofrimento caminho que existe saída (SCAVACINI, 2020).

Tabela 1 - Fatores de risco do comportamento suicida

Fatores predisponentes (distais em relação ao ato suicida)		Fatores precipitantes (proximais em relação ao ato suicida)
Fatores Sociodemográficos e Individuais	Fatores ambientais	Fatores psicológicos e estressores recentes
Tentativa (s) prévia (s) de suicídio	Fácil acesso a métodos de suicídio	Separação conjugal
Transtornos psiquiátricos		Luto
Condições clínicas incapacitantes		Conflitos familiares
História familiar de suicídio		Mudança de situação empregatícia ou financeira
Alcoolismo ou transtornos psiquiátricos		Rejeição por parte de pessoa significativa
Desempregado ou aposentado		Vergonha e temor considerado culpado
Luto ou abuso sexual na infância		
Alta recente de internação Psiquiátrica		

Fonte: Scavacini, 2020.

Assim, de fato, essencialmente os riscos interligados ao evento suicida são: impasses do organismo, profissionais da saúde, ambiente, psíquico, fundamentação existencial e por influência cultural e social. Os fatores da saúde mental com maior decorrência:

“Depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão e comorbidades. Intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes frequentes para o suicídio, e são agravantes quando o paciente se encontra deprimido. De todos esses elementos, o álcool é o mais significativo. Algumas pesquisas mostram traços genéticos que predis põem pessoas de uma mesma família a comportamento autodestrutivo. Pesquisas sobre a base biológica do fenômeno revelam níveis alterados de metabólitos de serotonina no fluído neuro espinhal de pessoas que cometeram suicídio. Mas, estudos da OMS consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico herdado e o suicídio, uma resposta ao padecimento de doenças graves incapacitantes e dolorosas” (BAHIA "e col.", 2017, p.02).

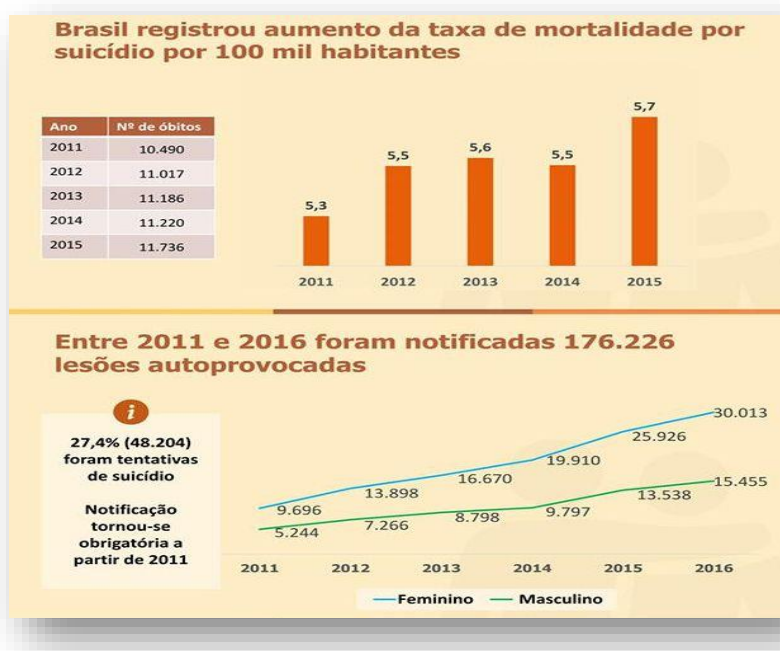
Dos fatores determinantes mais significativos estão as relações familiares e sociais de rupturas, as agressões, retraimento nas relações sociais, confronto nos relacionamentos impossibilitados ou que causam transtorno e prejuízos, dificuldade de exercer as atividades no trabalho e nas relações com os colegas. Traumas que ocorreram na infância ou adolescência, por ter imagens dos abusos físicos, psicológico ou sexual, problemas com a lei, conflitos com a orientação

sexual. Entre os jovens é importante considerar os conflitos familiares, discussões, brigas nos relacionamentos amorosos e o isolamento como gatilho para ideação suicida (BAHIA E COLABORADORES, 2017).

Conceitos e crenças ligadas ao suicídio podem ter relação com o comportamento suicida, sendo este assunto carregado de vergonha, estigma e tabu. Muitas das vezes impedem que pessoas peçam e ofereçam ajuda para promover a conscientização da população (WHO,2014).

Na Figura 2 demonstra os dados de taxas de mortalidade por suicídio e o número das notificações que passaram ser obrigatória a partir do ano de 2011, logo se tratando de agressão ou autoagressão, entendemos que esse índice certamente é maior, levando em consideração as subnotificações.

Figura 2: Aumento de mortes por suicídio no Brasil entre 2011 e 2016.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

O protagonismo dos sistemas de saúde e da sociedade, são imperativos para a prevenção do suicídio. Trabalho este essencial para que os números abaixo, os que informam um grande aumento, possam diminuir com a conscientização da sociedade e das políticas públicas, conforme Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014).

2.2 MORTE, POSVENÇÃO, LUTO

O fenômeno da autodestruição tem por consequências as dores e o luto dos que enfrentam a perda de pessoas por suicídio, causando prejuízos em vários seguimentos, entre eles: saúde

mental, financeiro, social, conseqüentemente, uma série de dificuldades podem ser observadas em vários âmbitos: sociais, econômicos, juridicamente. Diante da perda por suicídio geram muita angústia e fases do luto impactando no comportamento das pessoas sobreviventes (DE LEO E COLABORADORES, 2014).

No que se refere ao evento do luto por suicídio, a ligação das pessoas com o ente querido por conta do ato suicida e dos que ficaram se tornam profunda. Antes da ocorrência de tirar a própria vida, o sujeito passa por etapas imprecisas que geram angústia. Concomitantemente surge um desencaixe paradoxal, desorganização de pensamentos e angústia, ou seja, os sobreviventes de um ente querido parecem receber a missão de lidar com demandas de quem tirou a própria vida e o sofrimento da perda. A posvenção é toda e qualquer desempenho em prol da prevenção e auxílio aos enlutados por suicídio. O termo “postvention”, criado pelo psicólogo americano Edwin Shneidman 1975, com foco em acolhimento e prevenção de outros fenômenos recorrentes ou tentativas de suicídio. Porquanto, o suicídio deve ser considerado como uma questão de saúde e especialista voltados para esse evento. Um elemento que predomínio extremamente fundamental para elaboração do luto é a possibilidade de o enlutado buscar ajuda e receber auxílio (DE ALCÂNTARA MÜLLER; PEREIRA; ZANON, 2017; BOTEGA, 2015).

Tais perdas por suicídio, de acordo com Botega (2015), trazem consigo a necessidade de acompanhamento dos familiares, quando necessário à intervenção específica para a família e amigos do suicidário. Em vista disso, criou-se grupo um de apoio para os enlutados que foi nomeado de “posvenção”, originado por Shneidman em 1973. O propósito primordial seria ampará-los na elaboração e fases do luto, esse auxílio ajuda a enfraquecer os planos ou pensamentos de ideação suicida. Algumas publicações da literatura descrevem esse termo como “pós-intervenção” apesar de ser um tema importante para prevenção do ato suicida e promoção da saúde mental ainda é pouco publicado pela literatura. Pessoas que vivenciaram perdas de um ente querido por suicídio se ressignificaram ajudando outros enlutados que passam por perdas por suicídio, sendo reforçadores para auxílio positivo nas emoções. “Programas de posvenção são raros, dos cinquenta e dois países membros da Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP-International Association for Suicide Prevention), apenas quatorze contam com serviço destinados a pessoas enlutadas pelo suicídio” (BOTEGA, 2015).

Ainda segundo Botega (2015), destaca quatro grupos de posvenção no Brasil:

No fim de 2014, o Centro de Valorização da Vida (CVV) contava com três grupos de apoio a familiares enlutados pelo suicídio. O Grupo de Apoio aos Sobreviventes do Suicídios Anônimos (GASSA), na cidade de São Paulo, mantém reuniões mensais. Os encontros são confidenciais e gratuitos. Outros grupos funcionam na cidade de Cuiabá

(MT) e Novo Hamburgo (RS) (Grupo de Apoio Mútuo aos sobreviventes do Suicídio. GAMSS).

Consequentemente o suicídio ocasiona angústia aos sobreviventes, que inevitavelmente viverá as experiências das etapas do luto, nesta nova realidade em busca do sentido diante dessa perda, além de compreender ao enfrentar e lidar com a falta e os impactos diante da morte. Faz-se necessário aprender novas práticas diante da nova realidade. Pesquisas feitas com indivíduos que sofreram a perda por suicídio constata a dificuldade de manejos diante do luto. Desse modo, cada pessoa tem a liberdade de vivenciar as fases do luto, considerando o tempo que for necessário para elaborar o luto. Os estudos descreveram alguns métodos manuseados para o acolhimento do enlutado, como ampará-lo em diversas situações como: crises diante de julgamento, afastamento das pessoas, medo e defesas. A busca de acompanhamento psicológico e o desenvolvimento da espiritualidade, ou escolher uma profissão, podendo ser assertivo no processo do luto (FUKUMITSU; KOVACS, 2016).

A OMS (2014), enfatiza o impacto de várias pessoas por causa do ato suicida, diante dos números tão alto que são cometidos, calculando a média em grupo de dez pessoas, no mínimo cinco serão bruscamente abalados por esse fenômeno se considerando os familiares e amigos. Alguns escritores em suas análises levantam a hipótese de um resultado maior, entre vinte e cinquenta pessoas a depender da idade e do tamanho da família do ente querido. No Brasil seguindo esses dados tem-se a média de cinquenta e seis mil seiscientos e oitenta e oito pessoas impactadas pelo suicídio, que são os enlutados, os que sobreviveram, são as pessoas do contexto social e famílias, como por exemplo: colegas de escola, faculdade, trabalho, família, amigos vizinhos, profissionais da saúde que tiveram diante desse evento.

Reflete-se que o enfrentamento da ausência do ente querido torna-se complexa, considerando a força do vínculo afetivo, afetando bruscamente a vida dessas pessoas por consequência dessa morte. Por tanto a importância dos sobreviventes ressignificarem e compreenderem o propósito da sobrevivência e seu desígnio principal que é a vida antes e depois do evento (ANDRIESSEN; KRYSINKA; GRAD, 2017).

Denota que a morte é irreverente diante dos padrões e quebra todos os paradigmas intencionalmente, as normas, obstáculos e protocolos frívolos gerados pela cultura e sociedades, por ritos emocionais ou racionais realizados pelo homem. A morte, por meio da afetividade, veneração, rompe o limite das astúcias das inércias do intelecto, o psicológico e a espiritualidade. Ela dilacera de forma dogmática as defesas mais intensas de todas as áreas pelas quais constitui a espiritualidade, os rituais, os sentimentos, a religiosidade, a cognição. Logo a humanidade é brus-

camente acometida invariavelmente, constantemente por todos os lados através da vulnerabilidade ou de uma constância, afetividade, emoções, sentimentos engrandecidos de misericórdias, abnegações, sacrifícios, entre outras variáveis (SANTOS, 2009).

Se caso o percurso do processo de morrer pudesse ser imaginado pelas pessoas, sua representação não será provável com a morte, seu desfecho é o remate. A verdade de não estar no controle diante da morte, não saber a sua chegada, o que ocorrerá, quando a morte se apresentará, ao mesmo tempo sentir pavor, angústia, aflição extrema, não ter a certeza do saber. O desconhecido é experimentado com temor, um vago que gera incerteza que ecoa profundamente por não estarmos no controle, não sabermos de nada (KASTENBAUM, 1983).

De acordo com Nietzsche (2005), a dúvida gera a ideia de questionar valores éticos, morais e a perspectiva de se aproximar da verdade, introduzindo o relativismo. A morte no niilismo deteriora qualquer forma de julgamento, ideias, e destrói qualquer intelectualidade. Descontrói as verdades, a consciência, os argumentos, oxida a vida e tudo é visto relativamente. Não existe a certeza, o conceito de existir é relativo, derruba as convicções de um mundo que tudo é imprevisível.

Na obra de Freud “A negação da Morte”, o pai da psicanálise, com o propósito de trazer algumas considerações referente a morte, destacou o “instinto de morte”. Amparava o conceito em consonância com a ideia que existia um ímpeto íntimo para a morte paralelamente diante da vida. Além do mais, explicaria a crueldade humana, a malevolência de uma configuração inovadora, mesmo que seja biológica a inserção da violência humana e atestem a absorção de uma intuição da vida percorrendo para a morte. Dessa maneira o “novo” ímpeto que reflete a vontade de morrer do biológico, não somente o organismo poderá livrar de sua própria ânsia direcionado para a morte, mas expondo o desejo de encontrá-la (SANTOS, 2009).

Robert M. Veatch (1976), define a morte como sendo mudança completa no status de uma entidade viva. Caracterizando como perda irreversível das características que são essencialmente significantes para ela”. Sem dúvida a morte é um fenômeno do ciclo da natureza mais arcaico, outrossim ela continua sem explicação até os dias atuais. Salvo os germes e poucos protistas básicos, o percurso do ciclo da vida tanto para as vegetações e os seres humanos, os animais, todos seres vivos, tanto animais como vegetais, estão fadados a morrer. Conseqüentemente esse fenômeno que é biológico.

Bromberg (2000), evidencia que são esperados aos sobreviventes a ligação da morte da pessoa e conseqüentemente a vivência do luto, tristeza profunda, alterações do humor, e agressivas, dificuldade em adquirir novas habilidades, prejuízos psicossomáticos. A indispensabilidade de manter-se de luto.

De acordo com Parkes (1998), a elaboração do luto tem sua totalidade que passam por modificações de acordo com a cultura, crenças que atuam e influência com grande força na configuração e concepção diante da perda do ente querido. A ligação da sociedade e o ambiente do enlutado são frágeis para ajudá-lo no enfrentamento desse fenômeno, a interferência das redes sociais, rede de apoio variam conforme a cultura, as respostas da sociedade são variáveis diante das problemáticas que surgem após a perda, este fato altera a rede de apoio do enlutado. Para Parkes (1998), enfatiza que o luto é um reflexo esperado e uma vivência exaustiva, esse assunto embora seja muito evitado por tabus, crenças, inevitavelmente trata-se do percurso da vida, toda humanidade acabam tendo essas experiências estressoras do luto, da perda de uma pessoa querida, uma perda incomparável a outras pequenas perdas do dia a dia, devido o imenso significado e afeto da pessoa que partiu deixou para família, amigos e conhecidos. Dessa forma a visão de Parkes (1998), expressa que o luto é fundamental para importantes alterações psicossociais que são intrínsecas nas pessoas e no ambiente devido atuação do processo do luto.

2.3 FASES DO LUTO POR MORTE DE FAMILIAR

Pincus (1989), após o fenômeno da morte salienta algumas fases do luto entre elas o “Choque”: um estado de atordoamento, confusão mental, dissociação, desinteresse pela vida, inaptidão diante da realidade da morte, desorganização de pensamentos, comunicação. Podem ocorrer comportamentos variáveis de acordo com experiência que o enlutado passará no decorrer do cotidiano, podendo ter reações de ocupar muito o tempo para fugir da realidade.

Diante do enfrentamento da perda Pincus (1989), relata a fase “controlada”, é um momento que as crença e rituais religiosos evidenciam fortemente, a força da cultura, a parte burocrática para efetivar o enterro, o enlutado recebe apoio familiar e de amigos, dispostos ajudá-lo nesse momento difícil, que sente pertencente a um grupo. Em seguida Pincus fala da fase da “Dor e aflição” é um momento que a realidade é exposta e o enlutado se percebe diante dessa nova situação, alguns sentimentos surgem como o descaso, desolação, agitação, estresse, foco total em memórias do ente querido, desinteresse pela vida, angústia, a busca de reviver o momento com a pessoa perdida, passam a ter sonhos, alucinações.

À medida que o enlutado trabalha o processo da aceitação e aos poucos percebe a nova realidade, começa a se ressignificar, para reconstruir um novo olhar, reconstruindo suas emoções. A próxima fase que poderá ocorrer é um momento de “regressão” e os principais dados são: reações incoerentes, infantis, escape de proteção para não viver a realidade, podem ocorrer comportamentos contrário nessa fase, atitudes racionais de aceitação, fala racional. Em seguida vem

a fase resiliente que é da “Adaptação” momento de aceitação, elaboração do processo do luto com a nova realidade da vida (PINCUS, 1989).

Bromberg (2000), enfatiza que pode ocorrer quatro fases do luto, entre elas: entorpecimento, (conflito, desânimo e incredulidade as personificações integradas durante essa etapa). Deste modo a frequência pode ou não ocorrer em poucas horas ou dias, com a possibilidade de ocorrer crises, irritação ou sofrimento intenso. Diante da perda potencializa que a pessoa possa sentir-se surpreso, perplexo, vulnerável, paralisada, vencida. Representa uma característica de proteção, diante disso manifesta a negação iniciante da perda, assim o enlutado poderá reagir como se não tivesse acontecido, tentando levar a vida normalmente. Todavia a outra fase é o anseio e indignação: apresentando reações física, extremamente tenso e o sofrimento psíquico que denota nesta fase a realidade conscientizando sobre a perda, o enlutado deseja recuperar o ente querido perdida, a impressão de sentir a presença do falecido. O desinteresse a tudo que não estar relacionado a pessoa que partiu, prantos com profundidade, crises ansiando pela morte, obsessão pelas lembranças e tudo que está relacionado aos pertences do morto, poderá ocorrer também a introversão durante essa fase.

Sob o mesmo ponto de vista de Bromberg (2000), a fase do desespero para o enlutado, é o momento que ocorre a percepção da inalterabilidade da perda, consisti em uma etapa extremamente árdua que as decorridas. Apresenta uma situação com sinais de depressão, abatimento, distanciamento e falta de vontade, falta de energia, impasse para se centralizar em tarefas do dia a dia ou começar alguma tarefa. A superação habitualmente são etapas moroso e angustiante. Posteriormente a fase da recuperação e restituição: a tristeza o desânimo, o quadro depressivo começa gradualmente fundem a emoções mais favorável e menos avassaladora. Cogita a ideia de aceitação da nova realidade, do ambiente, e alterações próprias, revertendo a um novo estilo de vida. Desperta-se o resgate da individualidade e da disposição; a busca de novos relacionamentos e velhas amizades, possivelmente pode ocorrer o distanciamento gradativo das recordações do ente querido. Não obstante o restabelecimento não são garantia que indícios já absorvidos possam ressurgir em dias especiais, como comemorações de data do nascimento, dia que ocorreu a perda, aniversário do matrimônio, qualificando o fenômeno cotidiano como reações pelas datas comemorativas.

Dessa forma Bromberg (1994), apresentou as quatro fases do luto frequentemente efetivos no luto do modelo normal, por certo que as fases de luto não necessariamente poderão ocorrer as quatro, poderá ocorrer três a cinco fases, sempre atentando a indispensabilidade de considerar e as subjetividade de cada sujeito.

Inicialmente as reações psicológicas descritas por Kübler-Ross (1998), decorre para definida vivência como a morte, consistindo em cinco estágios do luto: denegação e retração são recursos de proteção provisória do “Ego” contra angústia e dor emocional à frente da morte. A veemência e período desses processos de resistência vai depender de como o enlutado vai reagir diante desse sofrimento e as pessoas que estão próximas se comportarão diante da dor. Dessa forma a Negação e o Isolamento não perduram por longo prazo. A agressividade, indignação aparece devido à incapacidade de o ego sustentar a negação e o isolamento. Na medida que o furor externa o enlutado expressa o enfurecimento pela morte ocorrida, normalmente essa sensação são traçadas no ambiente externo, o convívio torna-se conturbado, impactando no ambiente que fica indesejado. Acresce que o ódio, desenvolve sentimentos de ressentimento, frustração e inveja.

Não raro, ocorre a tentativa de troca, conforme Kübler-Ross (1998), relata o estágio do luto “barganha”. Nessa fase geralmente ocorre quando a ideia do estágio de “negação e o isolamento”, distinguindo que o comportamento de endurecimento não definiu, procura efetuar trocas, fechar algum tipo de trato, com a tentativa que volte a vida normal de antes. Constituir uma investida angustiada de conciliação com o emocional ou a transferência para algo ou alguém a culpa pelo ocorrido. Pacto, votos que muitas vezes ocorrem secretamente. Em virtude disso nesse estágio a angústia desenvolve com muita intensidade, causando depressão, amargor, aflição, lamentação, desalento e pavor evidenciado nas emoções um período dito normal nesse estágio. Por consequência ocorre o ápice que sucede comportamento introspectivo e o desejo de manter no isolamento, o enlutado aos poucos retoma o discernimento de sua condição física, sentindo fraqueza, já não nega o prejuízo causado por essa circunstância que se encontra atualmente quando as percepções mudam diante da perda são notórios a evolução. Negar também não mudou a realidade da perda, hostilizar, irritar não resolveu, tentativa de troca não mudou o quadro. Logo manifesta-se então, uma comoção profunda da perda do ente querido.

Mediante o exposto o último estágio das fases do luto de acordo Kübler-Ross (1998), evidencia o estágio da “aceitação”, período que o sujeito já não senti a ansiedade, amargura, ânsia e já não ocorre a negação. Os pensamentos e emoções começam se alinharem, reorganizarem, essa etapa acontece o enfrentamento consciente das limitações e contingências e o planejamento para retornar o percurso da vida. Inquestionavelmente o essencial que a perda desenvolva habilidades de aceitação, com tranquilidade e a pessoa alcance esse estágio de aceitação com hombridade pela retomada a nova realidade, porém aceitação não poderá ser equivocada com um estado de felicidade total, nessa etapa é quase desprovida de emoções. Kübler-Ross (1998), propositadamente que utilizou estes estágios para diversas formas de eventos de perdas, desde a o

fenômeno da morte de uma pessoa querida, mudanças pessoais como separação, rompimentos de relacionamentos, todas formas de alteração pessoal expressivo pode mover para estes estágios. Dessa forma os estágios podem ocorrer em ordenação diferentes e não denota uma regra que todos os estágios serão vivenciados pelo sujeito, no entanto a pessoa apresentará no mínimo dois estágios diante do luto.

O luto é um fenômeno categorizado com a função de defesa fundamental para elaboração das emoções desalinhas, o excesso de informações novas e desorganizadas, mudanças do percurso da etapa da vida por causa da perda (KLEBLER-ROSS, 1998).

2.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL FRENTE AO LUTO POR SUICÍDIO

Inicialmente ao avaliar com zelo a conjuntura do enlutado, pode ocorrer de pessoas que perderam um ente querido vivenciar o luto, mas não necessitem de um acompanhamento com psicólogo no modelo tradicional (clínico). Esses enlutados são capazes de apoiar-se de outras intervenções como encaminhamentos sugestivos para: hábitos que são reforçadores de um bom enfrentamento, uma alimentação saudável, exercícios físicos, um sono reparador, auxílio para que fortaleçam e estabeleçam novos hábitos diários, complementando assertivamente as habilidades (CHEN, GILL, PRIGERSON, 2005).

Santos (2009) salienta a importância do auxílio no contexto afetivo e social. Este de modo algum será demasiadamente nessas eventualidades, e a sugestão para o enlutado recai sob o buscar acompanhamento de pessoas próximas que tenham empatia, ou mesmo procurar novas amizades, acima de tudo aqueles que encontram distantes de suas fontes reforçadoras de satisfação pessoal.

Wagner, Knaevelsrud e Maercker (2006), evidencia a pesquisa comprovativa entre grupos de enlutados que tiveram acompanhamento psicológico com manejo direcionado para o processo do luto, outro grupo não habilitado para essa demanda. Foram encontradas decorrências positivas nos pacientes que fizeram psicoterapia com habilidade voltadas para o luto, mantiveram resultados mais favoráveis, em tempo menor, seguimento que permaneceram após o processo terapêutico realizado por seis meses de conclusão. Em vista disso o acompanhamento com pessoas que estão no processo do luto, as intervenções são etapas importantes de prevenção. Entre eles a intervenção “primária”, o propósito é atentar com zelo todos os enlutados verificando como se encontram, habilidades que possam ser reforçadas e possibilite a resiliência. Já na prevenção “secundária”, o desafio direciona notadamente aos enlutados que apresentam riscos; e na prevenção “terciária”, empenham enlutados que evidencia dados de luto complicado, há indicações

quanto mais o luto for complicado mais haverá oportunidade que a terapia seja assertiva desenvolvendo boas reflexões e resoluções (STROEBE, “et col.”, 2008; JORDAN; NEIMEYER, 2003).

Diante desse contexto enfatizamos a terapia cognitivo-comportamental na qual o progressista foi Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia no início dos anos 60, como um tratamento terapêutico do presente, sistematizada, direcionada ao aqui agora, para transtornos, depressão, conduzida a resolução de problemas atuais e a descaracterizar os pensamentos e os comportamentos desalinhados apontado por Beck (1997). Desde então, Beck e outros pesquisadores vêm reconfigurando com êxito essa psicoterapia para um formato surpreendente de diversas situações relacionado as desconexões psiquiátricas. Essas adaptações mudaram o foco, a tecnologia e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Como resultado essa proposta do cognitivo propõe que o pensamento desalinhado, disfuncional que influencia nos sentimentos e comportamentos do paciente seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A investigação realista e o remodelamento dos pensamentos produzem uma melhora no humor e no comportamento. O fortalecimento tem resultados mais permanentes que resulta das alterações dos valores disfuncionais dos pensamentos (BECK, 1997).

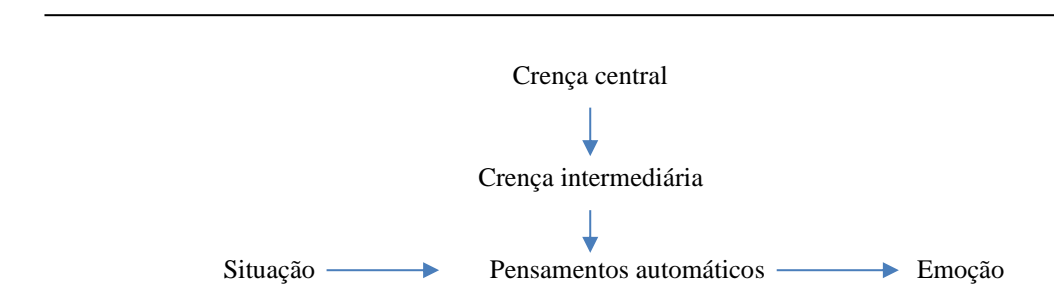
Acrescente-se que a terapia cognitivo-comportamental se embasa em uma caracterização e afincado de evolução do paciente nos seus impasses. Diante disso faz-se fundamental estabelecer vínculo terapêutico e confiança. Apresenta diversos elementos importantes em uma situação de suporte como: ser empático, cortês, atenção, zelo e atribuição. De certo ressalta a contribuição e atuação ativa. É direcionada em metas e focada em problemas, o psicólogo auxilia, analisa a responder a entendimento que influenciam no resultado. Na medida que o psicólogo constatar que o paciente conseguirá estabelecer metas e resultados por sim só, não tendo mais a necessidade do acompanhamento psicoterapêutico, não faz necessário o treinamento em resolução de problemas (BECK, 1997).

Nesse sentido, segundo Beck (1997), a terapia cognitivo-comportamental a princípio salienta o problema. O processo terapêutico por diversas vezes enfatiza um foco na demanda que levou a buscar a terapia, pontuais e sobre situações com suas particularidades que são inquietantes para o cliente. Por tanto o terapeuta cognitivo geralmente propicia a começar o atendimento com o exame de problema “aqui agora”. É uma terapia que auxilia no processo educativo, visando instruir o cliente a ser o seu próprio facilitador e focalizando na prevenção de recaídas a fim de evitar prejuízos.

Dessa Maneira a autora Beck (1997), enfatiza que a terapia cognitivo-comportamental foca em ter um tempo estipulado, exatamente por ser orientada para a resolução de problemas.

Com efeito positivo, demandas que tiverem progressos são necessárias poucos meses de tratamento. Isto a depender de cada situação e resposta do paciente/cliente. Outros poderão requerer um tempo maior para modificar os valores internalizados disfuncionais muito inflexíveis e padrões de comportamento que contribuíram para gerar angústia crônica. Na Figura 3 consta um modelo relacionado aos pensamentos que geram comportamentos.

Figura 3: Relacionamento do comportamento com os pensamentos automáticos



Fonte: Beck, 1997.

No contexto da terapêutica do luto, experimentos terapêuticos aleatorizados designam que o tratamento mais eficaz para o “luto complicado” é um tratamento psicoterápico voltado exclusivamente ao luto complicado. A exemplo disso, um ensaio de cinco atendimentos específicos com objetivo de obter resultados comparativos, observando que a terapia cognitivo-comportamental adaptada para o luto com outras psicoterapias não adaptadas. A pesquisa realizou com trezentos e sessenta e oito pacientes e o resultado foi mais positivo e maior com terapias configuradas para luto complicado e auxiliando o manejo clínico. Bem como a pesquisa acompanhou os pacientes em tratamento, observando avanço posteriormente quando já finalizado o processo do tratamento do luto, dando continuidade na terapia por outras demandas. Todavia, a diversidade entre os cinco ensaios foi imensa. A terapia do luto complicada em pesquisas citada abaixo pelo Shear e colaboradores (2019), aponta melhoras como respostas adaptativas, focando em duas áreas primordial, os pensamentos sobre a perda de um ente querido de forma que de menos prejuízo, menos ansiedade, angústia, raiva ou sentimento de culpa. Desenvolvendo habilidade de resiliência, recompondo a vida para seguir em frente.

Uma forma de TCC que foi bem estudada é chamada de "terapia complicada do luto". A terapia do luto complicado inclui técnicas adaptadas de exposição prolongada, psicoterapia interpessoal e entrevista motivacional. As evidências da eficácia da terapia complicada do luto incluem ensaios clínicos randomizados que foram conduzidos pelo mesmo investigador principal em diferentes grupos de idade: Além disso, estudos observacionais sugerem que a terapia do luto complicado pode ser útil para pacientes com luto complicado e transtornos comórbidos por uso de substâncias, bem como pacientes com luto complicado em ambientes não ocidentais. A base teórica para a terapia do luto complicada inclui um modelo de teoria do apego. O modelo pressupõe que as pessoas são biologicamente impulsionadas a formar relacionamentos íntimos com outras pessoas e que a adaptação à perda de um relacionamento íntimo requer o reconhecimento

da finalidade e das consequências da perda, revisando a representação internalizada do falecido e repensando planos e objetivos de vida (SHEAR "e col.", 2019).

Deste modo se finaliza temporariamente a discussão, acrescentando que a terapia cognitivo-comportamental por ser um modelo de terapia respaldado por configurações estruturadas e fidedignas, contribui de forma significativa e com resultados de evidência científica para resolução de uma gama importante de problemas psicológicos, o que se leva a considerá-la no manejo do luto.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada teve a finalidade básica, natureza qualitativa e caráter exploratório e descritivo. Com base nos dados levantados através de uma revisão de literatura (artigos e livros de terapia cognitivo-comportamental). Os resultados dos artigos selecionados na pesquisa foram destacados em tabelas do Word as classificações por ano, autores, título do trabalho, foi construído uma proposta de intervenção do terapeuta cognitivo-comportamental à elaboração do luto.

Foram utilizadas na pesquisa os seguintes livros por conter importantes referências úteis ao pesquisador nas áreas técnicas e estratégias da terapia cognitivo-comportamental e manejo clínico da depressão: terapia cognitivo-comportamental Teoria e Prática, BECK, Judith S. Técnicas de terapia cognitivo-comportamental: manual do terapeuta, Robert L. Leahy. Datttilio Intervenção em Crise. Knapp TCC na prática Psiquiátrica.

Além destes, foram acrescentados artigos científicos contendo as palavras-chave “depressão” e “luto” nos títulos ou no conteúdo, publicados em língua portuguesa, na Revista Brasileira de Terapias Cognitivas; disponíveis na íntegra e de livre acesso, o delineamento das palavras chaves depressão e luto foram realizadas por palavras separadas, selecionado entre os anos de 2009 e 2020. Optou-se por ampliar a onze anos o período de publicações na intenção de levantar mais escopo à pesquisa, o tempo estabelecido da pesquisa foi selecionado para ampliar os resultados de forma profunda nas publicações, não foram selecionados tempo menor por considerar encontrar poucas publicações, ultrapassando os dez anos, considerando adequado para os resultados com intuito contribuir.

A divulgação de pesquisa em forma de “revisão sistemática”, dentre outros que compõe um todo como respostas do estudo, é um avanço pelas práxis a prática sistematicamente em indícios. Porém, para que essas mudanças realmente ocorram o profissional da saúde ou áreas afins, torna-se forçoso uma alteração de comportamento por parte do profissional pesquisador, ao se debruçar em resultados através de estudos publicados. Todavia com o propósito que intensifica

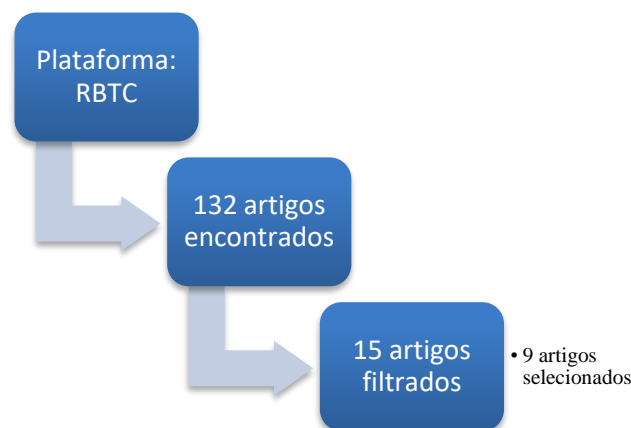
não só abarcar a literatura, mas partilhar para a prática profissional nos atendimentos (SAMPAIO; MANCINI, 2006).

De certo o método de revisão sistemática faz-se o mais assertivo e adequado para apontar dados atualizados sistematicamente das intervenções, e resultados mais conformes, sobre a praticabilidade e os resultados de intervenções. São métodos sistemáticos que são utilizados para evitar uma tendência desproporcional e facilitar uma revisão da literatura com a finalidade de obter aplicações, favorecendo um apanhado em cima de uma conclusão e decisiva intervenção. Dessa maneira o perfil de averiguação possibilita uma recapitulação dos fundamentos publicados cientificamente (SAMPAIO; MANCINI, 2006).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira apresentação a ser exposta refere-se a estratégia de busca dos dados. Conforme a figura abaixo, utilizou-se na plataforma de busca avançada da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas – RBTC as palavras-chave “depressão e luto” em ambos os campos de busca (por conteúdo ou por palavras nos títulos). Conforme demonstra a figura 4, obteve-se 132 artigos encontrados e selecionados 15 artigos. Destes, compuseram a amostra final 9 artigos. Os demais artigos foram excluídos por não estarem de acordo com o objetivo da pesquisa e não respondiam aos critérios de inclusão.

Figura 4 - Artigos pesquisados na plataforma selecionada



Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora

Dos 15 artigos filtrados, 12 se referiam ao tema ou por palavras no conteúdo sobre depressão e somente 3 ao tema ou palavras no conteúdo sobre luto. Considerou para análise os 3 artigos do luto e 6 da depressão.

Figura 5 – Apresentação dos artigos utilizados segundo temáticas.



Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora com base no processo de busca de dados.

Após a seleção dos artigos foram realizadas as leituras e os fichamentos dos dados dos artigos a fim de sobressair os principais pontos a se discutir e construir os resultados contemplando os objetivos do trabalho. O quadro abaixo apresenta os 9 artigos selecionados de acordo com autor e ano, revista, título, objetivo do estudo, principais resultados, e conclusão.

Quadro 1- Resultados dos 09 artigos selecionados plataforma de busca avançada da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas – RBTC

Autor/Ano	Título	Objetivo do Estudo	Principais Resultados
HAYA-SIDA;Assayag; Figueira;Mantos 2016.	Morte e Luto: competências dos profissionais	Conferir sobre a temática morte, o luto e as competências dos profissionais da saúde e outros profissionais que lidam com diversas situações, diante da morte.	A morte e do luto em diferente contexto, entre eles: crianças e adolescentes, mais investimentos educacionais para a temática morte na formação de profissionais da saúde, cuidados paliativos conversação sobre a morte. Diferenças culturais referente ao evento do luto; comportamentos dos profissionais da saúde diante da morte dos pacientes, suas subjetivadas Concluiu que são poucas publicações com encontradas dessa temática e a necessidade de buscar novas pesquisas direcionada nessa temática, profissionais que lidam com a morte e luto no trabalho.
ZWI-ELEWSKI; Santana, 2016.	Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental.	Evidenciar quais intervenções do caso clínico: a relação de distorções cognitivas vinculadas ao processo do luto, o desafio de pensamento disfuncional, os escores de inventários utilizados.	A pesquisa demonstrou que após a aplicação do protocolo breve, focado e estruturado, houve uma melhora significativa na interpretação da cliente a respeito da perda do filho. Isso se evidenciou por uma maior capacidade de compreensão e reavaliação das interpretações, pela emissão de comportamentos funcionalmente mais efetivo.
BASSO; Wainer, 2011.	Luto e perdas repentinas: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental	Evidenciar aspectos relativos a um auxílio terapêutico embasados na terapia cognitivo-comportamental, diante da morte repentina de uma pessoa querida.	A dor, sofrimento da perda de um ente querido, Dificuldade de elaborar o luto, indica-se que o e o psicólogo, acolha, valide a dor do cliente adapte-as as etapas enlutado.

			Concluiu que lidar com a perda brusca de uma pessoa, é um evento gerador de grande sofrimento e alterações psicológicas, fisiológicas, e no comportamento, de acordo com contexto de cada cultura.
GATTI; Mendes, 2020.	As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa	Evidenciar aspectos relativos a um auxílio terapêutico embasados na terapia cognitivo-comportamental, diante de um evento estressor, que é a perda repentina de um ente querido.	Os estudos apoiam a eficácia para a proposta de tratamento, habilidades de treinamento assertivo para o tratamento da depressão. Recomendam o treinamento assertivo para o tratamento de clientes depressivos, evidenciando a eficácia do treinamento assertivo no tratamento da depressão.
DONADON e Colaboradores, 2016	Habilidades sociais e depressão: um relato de caso.	Evidenciar quais intervenções do treinamento de habilidades sociais aplicado em uma cliente com sintomas de depressão.	Intervenções sobre a prevenção de recaídas para a depressão, evidenciou a melhora do humor e a diminuição dos sintomas da depressão. Cliente saiu de uma relação extraconjugal que era causava disfuncionalidade para a cliente e no aumento do repertório de habilidades assertivas.
TOMAS; Carvalho, 2016.	Treino Assertivo para a Depressão: Uma Revisão Bibliográfica	Uma revisão narrativa da literatura existente no campo das Habilidades Sociais, com ênfase no comportamento assertivo e sua relação com o TDM	Pesquisou o treinamento da assertividade e evidenciou a eficácia em clientes com sintomas depressivos e podem facilitar e potencializar as interações sociais, o que concebe um importante ganho para os clientes. As implicações mostraram que, em um prazo considerado curto, o treinamento da habilidade assertividade foi mais eficaz do que a psicoterapia tradicional em aumentar a assertividade, diminuindo os sintomas da depressão.
AGOSTINHO; Donadon; Bullamah, 2019.	Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção	Processo de intervenção na abordagem cognitivo comportamental sobre um ciclo de redução de atividades de um paciente deprimido por meio do relato de caso de um atendimento individual.	Cliente evidenciou a melhora no humor, flexibilização cognitiva e alterações do comportamento importantes a partir das propostas de atendimentos no ciclo de manutenção de diminuição de atividades, que era um dos principais objetivos do tratamento. Ao conseguir deter o ciclo de redução de atividades, o cliente expôs melhoras imediatas em seu humor, suas cognições e em seus comportamentos. foi possível a continuidade da psicoterapia, visando um preparo para a prevenção de recaída.
MARBACK, , 2015	Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas	Identificar as contribuições da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no manejo da desesperança e de pensamentos suicidas, buscando compreender a relação entre eles; identificar a tríade cognitiva relacionada ao problema e verificar estratégias da TCC no tratamento desses pacientes.	Os resultados evidenciaram que a pessoa que apresenta intento suicida em geral surge a desesperança como crença, assinalada por uma visão de futuro vazio, sem esperança. A conceituação cognitiva de clientes suicidas indica que, em momentos de estresse, os pensamentos tornam-se mais rigorosos e distorcidos, e as crenças sobre si, sobre a visão de mundo e sobre o futuro.

Oliveira, 2019	Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa	Verificar quais são as produções científicas disponíveis na literatura sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão. Além da escassez de artigos de revisão integrativa sobre o tema, também se identificou carência de artigos comprovando a eficácia da Terapia cognitivo-comportamental	A pesquisa traz evidências da eficácia da abordagem da terapia cognitivo-comportamental, a pesquisa evidenciou a redução dos sintomas depressivos, quando utilizados propostas de atendimentos da cognitiva-comportamental. Concluiu que houve resultados significativas e mais continua em comparação com clientes em tratamento individual que foram administrada apenas terapia medicamentosa, bem como que a terapia cognitivo-comportamental realizada em grupo ou terapia familiar também combinada com terapêutica medicamentosa tem exposto resultados positivos, autor concluir sugerindo a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão
-----------------------	--	---	---

Figura elaborada pela pesquisadora dos principais resultados dos artigos selecionados plataforma de busca avançada da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas – RBTC

O ano com maior número de publicações dentre os artigos selecionados foi o de 2016, que apresentou 44% dos trabalhos (n= 4).

Dos artigos selecionados 100% (n=6) na pesquisa com o tema depressão evidenciam a intervenção o treino de assertividade como um dos alvos do tratamento. O comportamento não assertivo e a passividade são qualificados por uma inadequação das manifestações das próprias vontades, podendo gerar sentimentos de frustração e falta de esperança.

Dos três artigos selecionados com o tema luto, 68% (n=2) apresentaram como intervenção a psicoeducação como uma das propostas de atendimento.

Dos artigos selecionados, 100% com o tema depressão (n= 6) e dos três artigos selecionados com o tema luto 100% (n=3). O estudo enfatiza a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no processo psicoterapêutico do luto e da depressão.

Os seis artigos selecionados na pesquisa com o tema ou conteúdo depressão evidenciam a intervenção o treino de assertividade como um dos alvos do tratamento. O comportamento não assertivo e a passividade são qualificados por uma inadequação das manifestações das próprias vontades, podendo gerar sentimentos de frustração e falta de esperança. A ausência de assertividade influencia ter baixa autoestima, sentir-se confuso e ansioso, praticar tarefas que não queiram realizar, evidenciando medo de danificar as relações interpessoais (TOMAS, 2014).

Mesmo que os artigos selecionados tragam várias definições de assertividade e comportamentos assertivos, o que se abrange é que todos partem da compreensão de que os indivíduos precisam de habilidades assertivas que ajudarão nas interações sociais, nas tomadas de decisões,

diante de conflitos, perdas para que diminuam os prejuízos nas relações interpessoais e comportamentos. O segundo resultado a ser apresentado e debatido nesta pesquisa é o que cada artigo trabalhou sobre a morte e o luto e sobre a depressão. Apresentou-se a metodologia utilizada e seus principais achados na temática.

O artigo “Morte e luto: Competências dos profissionais”, traz uma revisão da literatura sobre as competências dos profissionais da área da saúde para lidar com processos de morte de clientes em distintas fases do período da vida, como: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Este estudo, pesquisou informações sobre a temática da morte e o desenvolvimento do tema na formação profissional acadêmica, o zelo/cuidado paliativo, conversação sobre a morte e o processo de morrer, distinções cultural e de existência do luto, sentimentos dos profissionais da saúde, também dos outros profissionais que lidam com a morte, a subjetividade diante da morte, ambiente para expressar o que pensam, e como respondem ao que sentem (HAYASIDA; ASSAYAG; FIGUEIRA; MATOS, 2016).

O estudo com profissionais da saúde, evidenciam que os profissionais respondem as emoções dos pacientes com as suas próprias crenças e valores, pois suas constituições acadêmicas são, ou foram durante muito tempo, focalizadas no tratamento de doenças e no cuidado da vida. A pesquisa ponderou as emoções expostas pelo grupo pesquisado diante da morte dos pacientes. Foi identificado sentimento de culpa e muitas frustrações próximas ao anseio de ineficácia e tristeza. O Autor sugeriu a terapia cognitivo-comportamental para atender os familiares, avaliando as peculiaridades arcadas por aqueles que padecem com a perda súbita ou gradativa e os valores e crenças funcionais ou disfuncionais referente a temática da morte (HAYASIDA; ASSAYAG; FIGUEIRA; MATOS, 2016).

Destaca que, dentre todos os profissionais que lidam com a morte, o psicólogo é o profissional da saúde mais indicado, ainda que despreparados as vezes, são os mais qualificados para lidar com situações de morte. Uma das finalidades é proporcionar suporte emocional aos familiares diante do processo de luto. O profissional com melhores condições de compreender e auxiliar os familiares na dor, permite-lhes o sentimento de acolhimento, bem como promove a validação dos sentimentos e emoções dos enlutados (HAYASIDA; ASSAYAG; FIGUEIRA; MATOS, 2016).

Mediante o exposto o autor Hayasida e colaboradores (2016), concluíram que foram encontradas poucas as pesquisas direcionadas ao preparo dos profissionais que lidam com a morte. Sugeriu a necessidade de novas verificações direcionadas aos profissionais que lidam com a morte e luto. Desse modo indicações terapêuticas com intervenções sobre os pensamentos, as

emoções e os comportamentos para que possam contribuir no enfrentamento na elaboração do luto.

O artigo selecionado “Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental” por meio de um estudo de caso, utilizou a adaptação de uma proposta de atendimento para acolhimento de clientes enlutados. Destinou-se ao tratamento de uma cliente que procurou a psicoterapia por ter perdido o filho. Com 50 anos de idade, divorciada e identificada com nome inautêntico M. A cliente era mãe de três filhos, e seu primogênito, fruto de um primeiro casamento veio a óbito em consequência do câncer 15 dias antes da cliente buscar psicoterapia. Tinha mais dois filhos: G., 32 anos, casado; e L., 27 anos, solteira, fruto do seu segundo casamento. O filho falecido, N., tinha 34 anos e casado. Para lidar com o caso o autor adaptou o atendimento apresentado por Silva (2009) com previsão de 12 encontros de psicoterapia semanais (ZWIELEWSKI; SANTANA, 2016).

No estudo de caso relatado, foram utilizadas a terapia cognitivo-comportamental para o tratamento de M., teve duração de 12 sessões, mas com dois encontros semanais por quatro semanas. Contudo, foi detectado risco de suicídio e houve a necessidade de acréscimo de duas sessões para verificar os fatores relacionados ao risco de suicídio, completando 14 encontros de psicoterapia. Essas adaptações para o atendimento se estenderam também a inclusão de métodos para identificar quais eram as distorções cognitivas predominantes, para uma psicoeducação sobre o resultado das distorções de pensamento no emocional e o questionamento dos pensamentos disfuncionais da cliente (ZWIELEWSKI; SANTANA, 2016).

Após a utilização do questionário dos pensamentos e crenças distorcidas, a identificação de evidências que reforçavam os pensamentos distorcidos e a identificação de conceitos mais adaptativos, o que é chamado por Beck (1997) de reformulação cognitiva, M. diminuiu o sentimento de culpa com relação à perda do ente querido, além do pavor de estar sozinha, voltando a realizar atividades do cotidiano. Os papéis que o falecido filho preenchia foram remanejados entre os outros filhos e por ela (ZWIELEWSKI; SANTANA, 2016).

O estudo concluiu que tem poucas propostas de atendimentos terapêuticos direcionadas para o luto. Porém foi encontrado algumas propostas de atendimentos considerados eficazes para tratamento do luto utilizando como apoio teórico a terapia cognitivo-comportamental. O autor destaca que a pesquisa poderá auxiliar o manejo clínicos ao abordar clientes enlutados, com instrumentos relevantes, válidos e fidedignos (ZWIELEWSKI; SANTANA, 2016).

O artigo “Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo-comportamental” trata-se de uma revisão bibliográfica, o autor traz a percepção, justifica que todas as modalidades de perdas acabam impactando as pessoas que dificilmente saem intactas dessa dor da perda. O

vínculo de parentesco, o gênero, como ocorreu a morte, os recursos internos de serviços que são itens que propiciam ou não a elaboração do luto (BASSO; WAINER, 2011).

O artigo destaca que é um resultado saudável a uma causa considerada extremamente estressante vivenciar a perda de um ente querido. Quando se trata a uma dissolução saudável, provoca a capacidade de exprimir a dor. Seja reconhecendo, reajustando e investindo em novos vínculos. No entanto, quando esses recursos são poucos, pode conduzir ao processo de luto complicado (BASSO; WAINER, 2011).

Os lutos complicados são revelados por sintomas que afetam a saúde física e mental que fortemente possibilita a fase da negação e a repressão da dor no processo do luto. Deparam-se diante de uma incapacidade de reduzir, ou conter a dor, a tristezas, diante da perda de um ente querido, sentem sozinhos, debilitado e depressivos. Nesse sentido, muitos enlutados passam por dificuldades de elaborar o luto (BASSO; WAINER, 2011).

De acordo Basso, Wainer (2011), ao realizar uma revisão teórica acerca de como a psicoterapia cognitivo-comportamental poderá contribuir na clínica, para elaboração da perda repentina de um ente querido, apresentar possíveis apoio a esses clientes enlutados. O estudo enfatiza que a terapia cognitivo-comportamental evidência que a maneira como a pessoa enxerga uma situação, faz com que sinta diversas emoções, muitas delas, desagradáveis e causadoras de prejuízos para execução de tarefas do dia a dia, também nos relacionamentos. As técnicas irão servir como instrumentos para identificar quais são esses pensamentos disfuncionais, que geram percepções desastrosas e errôneas. Logo, foram destacadas no artigo algumas propostas de atendimentos selecionadas com o objetivo de auxiliar no processo psicoterapêutico do luto.

Uma das propostas de atendimentos apresentadas na pesquisa é psicoeducação: momento em que o psicólogo explana ao cliente como será a terapia, e também o desempenho disfuncional do cliente, para a promoção e compreensão da saúde mental (BASSO; WAINER, 2011).

Diante disso foi investigado o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD): o RPD é uma proposta de atendimento bastante utilizada, para investigar quais pensamentos e reflexões do cliente diante das situações consideradas por ele mais difíceis. A partir das informações dos pensamentos do cliente, foi utilizado outro protocolo que é a flecha descendente, para encontrar as convicções centrais que formam emoções e comportamentos ao cliente. Como intervenção foi realizado o Role-play: trata-se de uma simulação de uma situação que tenha marcado cliente, o psicólogo observa quais ideias ocorreram naquele certo momento, para viabilizar formas de manejo para o enfrentamento mais funcionais. O cliente representa o que falaria para alguém com situação igual, para provocar reflexões e evidenciar a disfuncionalidade das crenças do cliente (BASSO; WAINER, 2011).

Em seguida foi direcionado a uma técnica “Descoberta Guiada”: para investigar, após alguns resultados, questionar significados mais expostos com base nos dados adquiridos fornecido pelo cliente. O que ele atribui, reflete, as percepções diante das situações, como ele reage. Indagações como: "O que significa isso para você?", "Se isso fosse verdade, o que quer dizer de você?" São efetivadas para questionar as crenças principais do cliente (BASSO; WAINER, 2011).

A pesquisa traz a importância da utilização da dessensibilização sistemática, assim o cliente e o psicólogo identifica quais momentos que foram ansiogênicas ao cliente, e, gradativamente, do início até o momento que promoveu maior evento ansiogênico, há um paralelo deste com a finalidade de dessensibilização. Assim o que faz parte de um evento provedor de sofrimento e de grandes alterações psicológicas, fisiológicas, comportamentais, bem como alterações no contexto social em que o enlutado está inserido (BASSO; WAINER, 2011).

O artigo “As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão” uma revisão narrativa. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa que objetivou investigar e analisar como a terapia cognitivo-comportamental poderá contribuir na prevenção do suicídio em clientes com diagnóstico de depressão. O autor promoveu juntar e observar os resultados dos materiais das contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em clientes com depressão. Dentre as técnicas utilizadas, a pesquisa trouxe a preparação de uma lista de problemas, agenda com atividades a serem exercidas fora da sessão terapêutica, e o treino de habilidades para resolução de problemas. Essas propostas de atendimentos baseiam pela seriedade de sublimar para o cliente que tenha ideação suicida, que há outras formas de resolver seus problemas, já que uma das características comuns em clientes suicidas é a inflexibilidade cognitiva, que faz parecer que o suicídio é a única solução (GATTI; MENDES, 2020).

A inflexibilidade cognitiva também é uma das características das mentes suicidas que a OMS (2014) evidência. Incluído a isso, Gatti; Mendes, (2020) assinalam a importância de auxiliar os clientes a perceberem que existem outros olhares positivos, para continuar vivendo, despertando assim a esperança. Além de diminuir a crença que desenvolve o abatimento, do mesmo modo é preciso também diminuir a impulsividade.

As contribuições da pesquisa do autor apoiam e reforçam a importância da proposta de atendimento de treino de habilidades para resolução de problemas. Uma proposta de intervenção para precaução ao suicídio, que tenha como apoio a terapia cognitivo-comportamental, unificando as técnicas mais eficazes no processo terapêutico da depressão, logo os métodos aplicados

nas modificações das crenças de desânimo, incluindo estratégias utilizadas na prevenção ao suicídio, beneficiando assim a instrução de um método específico com objetivos e ampliando suas contribuições (GATTI; MENDES, 2020).

O artigo intitulado “ Habilidades sociais e depressão” uma narração do caso da Vitoria (nome fictício), de etnia caucasiana, estado civil: solteira, idade 26 anos, não têm filhos, residiu morando sozinha dez anos, longe da família. cursou jornalismo havia três anos, porém não estava trabalhando na área da formação. O envolvimento em uma relação amorosa extraconjugal e o surgimento de sintomas da depressão, foram os motivos que levaram a cliente a buscar a psicoterapia. No acolhimento foram constatadas as seguintes queixas da cliente: falta de prazer nas realizações de atividades do cotidiano, dificuldade de dizer não, colocar limites nos relacionamentos com os amigos, e nas relações amorosas, dependência emocional dos relacionamentos, não saber lidar com fatores estressantes e comportamentos de fúria, não sentir estimada e amada nas relações afetivas, dificuldade de lidar com final das relações amorosas, desordem com os estudos, baixa-autoestima (DONADON E COLABORADORES, 2016).

Como instrumentos de mensuração do humor foram utilizados: o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS), propostos por Beck et al. (1997) e validados para o português por Cunha (2001). Para a avaliação do repertório de habilidades sociais pré e pós-treinamento de habilidades sociais (THS) foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), desenvolvido por Z.A. P. Del Prette e A. Del Prette 2001 (DONADON E COLABORADORES, 2016).

Durante os dez atendimentos direcionados ao treinamento de habilidades, foram realizadas algumas técnicas, como: indagações dos pensamentos espontâneo e crenças disfuncionais, verificação dos comportamentos, reflexões sobre quais trazem prejuízos ou vantagens ao ser executadas, vantagens e desvantagens de executar ou não certos comportamentos, busca de fatos, quais seriam os custos e benefícios, resolução de problemas, treino de exposição, role-play invertido, ocupações de casa com auto-observação e anotações (DONADON E COLABORADORES, 2016).

Na pesquisa do artigo citado foram realizados ao todo 42 atendimentos de psicoterapia, semanais com acompanhamento do humor, por sessão foram utilizados os inventários Beck (BDI, BAI, BHS). No decorrer da psicoterapia, obteve rapport. A partir do treino da assertividade, muitos avanços foram adquiridos. A cliente identificou parte de comportamentos de passividade e outros de agressividade nas relações tanto sociais como relacionamentos amorosos, quanto padecia por ceder ou por reagir agressivamente (DONADON E COLABORADORES, 2016).

Dessa forma houve melhora no repertório de habilidades sociais que foram observadas por meio da avaliação realizada antes e depois com o IHS (Inventário de Habilidades Sociais). Também estabilização do humor, a cliente passou a apresentar respostas mais habilidosas e menos agressivas e passivas nas relações sociais, na relação amorosa, atitudes como o término da relação extraconjugal e restabelecendo a relação com uma amiga que era disfuncional para a cliente. O estudo concluiu que o processo de intervenção da psicoterapia no treinamento das habilidades sociais ajudou no seu processo de aprimoramento de novas habilidades assertivas. Reduziu os sintomas da depressão, e no aumento do repertório de habilidades assertivas (DONADON E COLABORADORES, 2016).

O artigo “Treino Assertivo para a Depressão” Uma Revisão Bibliográfica, foram averiguados três modelos de retornos comportamentais referentes à expressão de pensamentos, sentimentos e defesa diante das situações vivenciadas, e seus direitos, comportamento passivo, agressivo e o agressivo. Considerando assim a importância do desenvolvimento da habilidade da assertividade, que se torna o elo intermediário entres os comportamentos agressivos e passivos. Auxiliar o cliente a desenvolver habilidades assertivas, configura a resposta mais funcional para o indivíduo nas relações (TOMAS; CARVALHO, 2016).

Os sujeitos deprimidos apresentaram níveis de HS (Habilidades Sociais), significativamente inferiores ao grupo de comparação nos domínios de expressão do afeto positivo e autoestima; autocontrole da agressividade diante de frustrações interpessoais, como lidar com críticas ou provocações. Essa competência está interligada com as Habilidades Sociais consideradas assertivas, o que mostra aceitação com a relação entre os déficits assertivos e a depressão. A pesquisa identificou alguns dados que amparam a eficácia do treinamento assertivo na psicoterapia em casos de depressão (TOMAS; CARVALHO, 2016).

Desta maneira os principais fatores e descobertas na literatura acerca da relação existente entre assertividade e depressão, pode-se dizer que: apontam a existência de déficits assertivos na depressão, recomendam o treinamento assertivo para o tratamento de clientes deprimidos indicam a eficácia do treinamento assertivo no tratamento da depressão (TOMAS; CARVALHO, 2016).

O artigo “Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção” um estudo de caso. Marcos (pseudônimo), cliente do sexo masculino, idade 24 anos, estado civil: solteiro. Dividia a moradia com dois amigos em uma república da faculdade, no entanto o cliente/paciente, foi para a casa dos pais, em sua cidade natal, por ter largado a graduação de Engenharia Mecânica. O cliente estava consciente e apontado, com a fala clara e coe-

rente, porém com emissão um pouco vagarosa das palavras devido ao uso de clonazepam. Procurou psicoterapia por bastante triste, obtendo prejuízos no sono, choro fácil, sentimento de incapacidade para tomada de decisões, desanimo (AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

A partir da pressuposição de objetivos a serem alcançados, foram averiguados sintomas da depressão no cliente, para obter o rompimento dos fatores que estavam gerando o aumento desses sintomas, foram utilizadas algumas intervenções, destacando-se: psicoeducação: Com exemplos trazidos pelo cliente, foi-lhe explanado o funcionamento da psicoterapia, o modelo cognitivo da depressão e o ciclo de diminuição de atividades. O quadro de tarefas utilizado com o cliente foi especificamente para classificar as atividades que pudessem fornecer ao cliente a percepção de tarefas que geram mais satisfação, foram direcionadas em sua rotina de modo gradativo (AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

Foram verificados quais foram as maiores satisfações do cliente, listando suas atividades que geravam mais prazer ao realizar as tarefas do cotidiano. Aplicação do Inventário de custos e benefícios: observando quais tarefas são realizadas ou deixadas de realizar no cotidiano, como poderia se beneficiar ou gerar prejuízos. Ao registrar os pensamentos disfuncionais do cliente, faz com que perceba de forma mais clara seus padrões de pensamento, assim possibilita abranger o quanto é determinante no comportamento, que são afetados de forma direta por suas cognições e conseqüentemente o seu humor (AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

Ao avaliar os pensamentos e crenças, o cliente percebe como está sendo aplicado no seu comportamento e sua veracidade, abordando a configurações alternativas de explicações sobre essas circunstâncias. Para isso foram aplicados: inventário de vantagens e desvantagens de manter a crença/pensamento, métodos da seta descendente, minuta de crenças, para o treino cognitivo de resolução de problemas. O objetivo do tratamento foi elevar o humor do cliente, instilando esperança enfraquecendo a ansiedade, alterando no cotidiano a quantidade de tarefas que lhe traziam satisfação e prazer, elevando ao bem-estar, reduzindo as angustias, gerando o senso de auto eficácia para que obtivesse sua meta principal de retornar a continuar a graduação (AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

O Artigo intitulado “Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas” uma revisão narrativa na literatura, nas estratégias cognitivas, é indispensável adequar o desenvolvimento de habilidades de forma que o cliente perceba quais pensamentos e crenças negativas estão contribuindo para tais cognições que influenciam nos sentimentos e geram comportamentos. As observações foram realizadas com um grupo de clientes com níveis expressivos de desesperança aponta que as intervenções realizadas nos dez encontros utilizando

os métodos aplicados da terapia cognitivo-comportamental tornaram 50% dos integrantes do grupo, menos predispostos à tentativa de suicídio (MARBACK; PELISOLI, 2015).

O estudo enfatiza o objetivo do desenvolvimento de estratégias comportamentais, como o treinamento de habilidades para lidar com as recaídas de ideação suicida, com a finalidade de reduzir ou interromper a possibilidade de futuras tentativas de suicídio. Todavia, não se deve deixar de realizar uma manutenção de acompanhamento, para averiguar os riscos de suicídio e dos planos de segurança que o cliente tem para enfrentar as crises suicidas. Há algumas características peculiares do cliente suicida, entre elas são a carência de habilidades cognitivas comportamentais, dificuldade para lidar com determinadas situações que são consideradas frustrantes, dificuldades nos relacionamentos, fracasso no uso de habilidades de aprendizado, bem como na aplicação de recursos disponíveis durante as crises suicidas (MARBACK; PELISOLI, 2015).

A pesquisa apresentou a realização de uma revisão narrativa de estudos recentes acerca de intenção e pensamentos suicidas, abordando a desesperança e apoiado em intervenções fundamentadas na terapia cognitivo-comportamental. O suicídio tem sido considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e tal questão implica a preocupação dos profissionais da saúde mental para um melhor restabelecimento desses clientes (MARBACK; PELISOLI, 2015).

O artigo: Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: Revisão integrativa teve por objetivo foi reunir e explicar o conhecimento científico já produzido entre 1995 e 2015 sobre o tema investigado, de maneira sistemática e ordenada, permitindo, assim, buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do tema da pesquisa (OLIVEIRA, 2019).

Alguns estudos apontam que cerca de 15 a 20% dos pacientes diabéticos, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, sofrem de depressão. Outros estudos apontam uma prevalência de 71,8% e 43,4% para depressão nesses pacientes. Em pesquisa realizada no sul do Irã com TCC de grupo em pacientes diabéticos, verificou-se que a terapia-cognitivo conseguiu reduzir a depressão (OLIVEIRA, 2019).

O estudo do artigo demonstrou resultados com benefícios significativos, destacando que a terapia cognitivo-comportamental pode ser utilizada pelo psicólogo como forma de tratamento, considerado eficaz para pessoas idosas com transtorno depressivo, em comparação com pessoas não idosas, demonstrando assim resultados positivos para os clientes. O estudo teve por finalidade averiguar, chegando nos resultados da pesquisa selecionadas, que compararam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento clínico da depressão. Foram achadas evidên-

cias da eficácia dessa abordagem para casos de reincidentes e a diminuição dos sintomas da depressão, a pesquisa de revisão e metanálises, na terapia cognitivo- comportamental de grupo e individual, na comparação com outras terapias medicamentosas (OLIVEIRA, 2019).

Em transição entre os temas propostos pela pesquisa opta-se por apresentar em último uma proposta de intervenção com base na terapia cognitivo- comportamental para uma cliente em luto por suicídio. Maria, paciente hipotética, 32 anos, solteira, sem filhos, advogada, com histórico de depressão e abuso de álcool. Seu episódio depressivo atual iniciou há seis meses, quando seu namorado suicidou. Desde então aumentou o consumo de álcool de forma abusiva depois da perda do ente querido por suicídio. O excesso de bebidas alcoólicas aconteceram quase sempre que ela estava sozinha em casa.

Avaliada desde a primeira entrevista quanto à sintomatologia depressiva, apresentou escores elevados em todos os inventários das Escalas Beck (BDI – presença de sintomas depressivos: escore 32 = depressão moderada/ grave; BHS – presença de desesperança: escore 16 = desesperança grave; BAI – presença de sintomas ansiosos: escore 20 = ansiedade moderada). Ainda quando questionada sobre ideação suicida relatou que havia pensado muito sobre “acabar com tudo ” especialmente nos momentos que precederam e imediatamente após a perda do ente querido.

Um dos primeiros aspectos a serem considerados em avaliação do caso e com base na terapia cognitivo-comportamental é a conceituação cognitiva. A conceituação cognitiva trata-se de um enquadramento para compreender o paciente (BECK, 2013). Para esta formulação do caso são investigados o diagnóstico do cliente, quais são seus problemas atuais e que pensamentos disfuncionais e crenças estão associados aos problemas. O objetivo principal são identificar as dificuldades ou crenças, emoções e os pressupostos, as fragilidades da personalidade, os eventos traumáticos e as amplas experiências adquiridas por toda a vivência do cliente predisuseram a vivenciar seus problemas atuais. Passado e presente se inter-relacionam na configuração do quadro clínico peculiar dos problemas atuais (KNAPP, 2009).

A conceituação cognitiva é uma ferramenta da terapia cognitivo-comportamental iniciada desde o primeiro encontro, apresentada em forma de perguntas, e a serem respondidas pela terapeuta durante todo o processo. Desenvolvida de forma orgânica e mantida em constante desenvolvimento, a conceituação auxilia, além da compreensão, o planejamento de uma terapia eficiente e efetiva (BECK, 2013). Assim, apresenta-se abaixo um diagrama contendo a conceituação cognitiva de Maria.

Quadro 2 – Diagrama de Conceituação Cognitiva considerando os dados de Maria para a compreensão do caso clínico.

Qual é o possível diagnóstico ou problema psicológico do cliente?	Profundo lamento, dificuldade de estabilizar o humor, tristeza, falta de prazer, exacerbada. Cliente portadora de depressão e abuso de álcool.
Quais são os principais problemas atuais que o paciente pode enfrentar? Como eles se desenvolveram e como são mantidos?	Frequentemente, cliente considera-se culpada por determinada situação, ou inversamente, coloca a culpa nos outros. Insônia. Desinteresse em realizar tarefas do dia a dia. Dificuldade de relacionamento. Isolamento.
Que pensamentos disfuncionais e crenças estão associados aos problemas?	Cliente construiu um pressuposto de que é responsável pela perda do ente querido. Está irremediavelmente condenada e consumida pela culpa.
Como o paciente vê a si mesmo, os outros, seu mundo pessoal e o seu futuro?	Vê-se como uma pessoa impotente, fracassada.
Como o paciente está enfrentando suas cognições disfuncionais?	Utilizando álcool como principal estratégia de regular suas emoções, especialmente as desagradáveis. Evitando contatos sociais. Procurando ajuda com a psicoterapia.
Que estressores (precipitantes) contribuíram para o desenvolvimento dos seus problemas psicológicos atuais ou interferem na resolução desses problemas?	A perda de um ente querido de forma abrupta por um suicídio.

Fonte: Pesquisa acadêmica (2021/01)

A teoria cognitiva de psicopatologia sugere que os pensamentos que são considerados negativos distorcidos causam a psicopatologia. Embora os pensamentos distorcidos façam parte do ciclo vicioso da psicopatologia, eles não são o único fator importante. Os desequilíbrios bioquímicos, os eventos da vida e os relacionamentos interpessoais são elementos que interagem associadamente, formando a psicopatologia. Os períodos que vinculam os transtornos podem iniciar-se em qualquer ponto, mas, a partir do momento que iniciou, as cognições têm um papel considerável fundamentando uma possibilidade de intervenção benéfica (KNAPP, 2009).

Conforme figura 06, mostra círculo vicioso que envolve os aspectos comportamentais. Esse acesso a situação positiva diminui, assim há uma redução na possibilidade subjetiva de que repostas de enfrentamento tenha respostas positivas para a cliente. (KNAPP, 2009).

Figura 6: Memória congruente com o humor e círculos viciosos envolvidos.

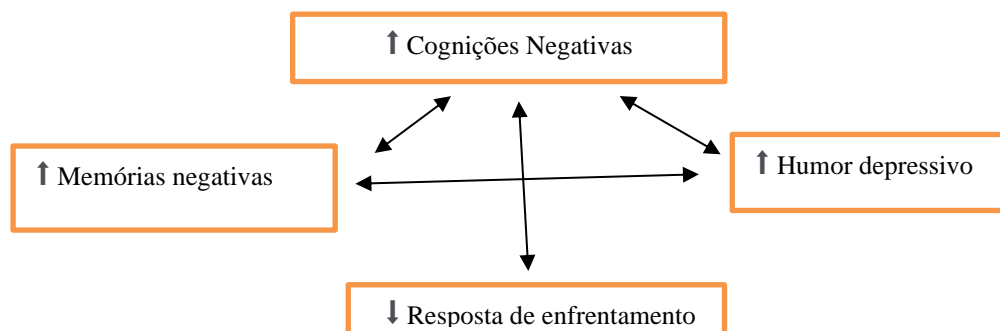


Figura: (KNAPP, 2009).

Várias propostas de atendimentos têm sido sugeridas pela literatura e utilizados nos diferentes contextos de tratamento, propõe-se para o caso hipotético, a seguir, uma sugestão de proposta de atendimento. Para que ocorra os trabalhos de uma forma colaborativamente, é muito importante que o psicólogo e o cliente concordem em relação aos alvos a serem percorrido no decorrer do tratamento da psicoterapia cognitivo-comportamental. A lista de problemas apresentadas pelo cliente deve ser a mais claras e objetivas possíveis. Os problemas considerados mais complexos devem ser divididos em etapas menores, cada etapa deve ser explicada de forma específica. Assim é necessário verificar se houve algum objetivo que ficou vagos ou abstratos, devendo ser detalhado objetivamente (KNAPP, 2009).

Na prática clínica ou no ambiente de pesquisa, faz se indispensável monitorar regularmente o humor do cliente, por meio de avaliação objetivas como Inventario de depressão Beck. “As Escalas Beck são compostas pelo Inventário de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI), Escala de Desesperança (BHS) e Escala de Ideação Suicida (BSI). O BDI mede a intensidade da depressão, e o BAI, a intensidade da ansiedade” (BECK, 2013).

Durante as sessões é muito importante trabalhar com a prevenção de recaída, a terapia cognitivo-comportamental cogita especificamente no preparo do cliente para possíveis problemas. Esse trabalho de prevenção de recaídas, consiste em auxiliar possíveis recaídas, tornando ciente os momentos que podem gerar riscos, é fundamental trabalhar o cliente para lidar com expectativas relacionadas com futuros problemas. Desta maneira auxiliará nas perspectivas irrealistas, importante também o psicólogo solicitar regularmente o feedback do cliente para saber como foi a sessão, o psicólogo aumenta a chance de identificar alguns problemas em relação a psicoterapia, mesmo que não haja aparentemente dificuldades, o feedback não necessariamente precisa ser obtido no final da terapia, mas a qualquer momento que o psicólogo achar conveniente solicitar (KNAPP, 2009).

Para que a psicoterapia tenha mais resultados na consolidação do aprendizado do cliente, faz-se necessário aplicar algumas tarefa e atividades a serem realizadas pelo cliente, extra terapia. Entre elas a revisão das tarefas que permitem a confirmação para mensurar o direcionamento do trabalho realizado na psicoterapia, um termômetro para saber se está adequado ou se precisa efetuar mais alterações. A terapia cognitivo-comportamental, tem sessões estruturadas, a qual estabelece desde o início, direcionamentos para guiar o cliente. O terapeuta não provê as soluções, nem convence, mas questiona para provocar reflexões, tem por objetivo maior o foco nos problemas, assim poderão ser trabalhados e priorizados nas suas possíveis soluções, evitando a subterfúgios (KNAPP, LEAHY, 2009).

A terapia cognitivo-comportamental envolve primeiramente um foco intrapsíquico, o terapeuta cognitivo comportamental ajudará o cliente a lidar com os pensamentos automáticos, as crenças de vários aspectos, comportamentos. Para obter o resultado estimula o cliente a interagir ativamente da terapia, auxiliando o cliente a reaver um senso de influência, autonomia da sua própria vida (DATTILIO, FREEMAN, 2004).

Com o propósito de ampliar diversas precauções que contribuam com relevância de pensamentos e emoções associado ao dano da perda e a assimilação do luto poderá ser estabelecido como um dos manejos de prevenção de suicídio a sugestão de propostas de atendimentos da terapia cognitivo-comportamental. Segue uma sugestão de proposta de atendimento descrito no quadro 3, para o caso hipotético apresentado no caso hipotético apresentado no quadro 2.

Quadro 3 - Proposta de atendimento do caso hipotético de Maria.

Sessão 1: Avaliada desde a primeira sessão/Levantamento de problemas atuais e sintomas. /Levantamento de morbidades. /Avaliação do risco de suicídio/Avaliação dos aspectos cognitivos comportamentais e interpessoais. /Avaliação do abuso/dependência de substâncias psicoativas. /Avaliação do comprometimento do paciente com o tratamento/Resumo da sessão e feedback

Sessão 2: Avaliação do humor (BDI, BAI) /Revisar contrato de não suicídio. /Familiarização com o tratamento. /Desenvolver lista de problemas e listas de objetivos do tratamento.

Sessão 3 a 5: avaliação do humor (BDI, BAI). Revisão da tarefa e ponte com a última sessão/Agenda: intervenções cognitivas/Ensinar o uso do Registro de pensamentos Disfuncionais (RPD) completo, com materiais entregues pelo cliente/paciente. /Usar técnicas específicas para ajudar o paciente desafiar pensamentos automáticos. /Intervenções comportamentais: Ensinar e praticar habilidades de assertividade durante a sessão, a partir de material trazido pelo paciente da agenda. Melhorar atividades de autogratificação, aumentar os contratos sociais positivos, iniciar contato. /Introduzir habilidades de solução de problemas/tarefas: fazer durante a semana e outras técnicas específicas para desafiar e modificar pensamentos automáticos e pressupostos subjacentes. /Resumo da sessão e feedback

Sessão 6 a 10: Avaliação do humor (BDI)/Revisar a evolução do tratamento e identificar quais intervenções cognitivas e comportamentais tem sido mais úteis./Intervenções cognitivas: identificar e desafiar pensamentos automáticos especialmente difíceis para o cliente continuar a identificar e desafiar pressupostos subjacentes./Iniciar a identificação de esquemas negativos./Examinar a origem dos esquemas e avaliar como eles afetaram importantes experiências ao longo da vida./Começar a desafiar os esquemas./Intervenções comportamentais: Continuar o aprendizado e o exercício da solução de problemas./Treinamento de habilidades de comunicação (ser empático, promover escuta ativa, editar a comunicação)/Continuar assertividade e habilidades sociais.

Sessão 11 a 20: Avaliação do humor (BDI)/Revisar tarefas da última sessão./Revisar a evolução do tratamento e identificar quais intervenções cognitivas e comportamentais tem sido mais úteis./Agenda: Intervenção Cognitivas/Continuar identificação e o desafio de pensamentos automáticos, pressupostos difíceis./Revisar pensamentos automáticos velhos (de sessões anteriores) verificar quais fazem sentido ao cliente/paciente.

Fonte: (KNAPP, 2009).

Consequentemente terapia cognitivo-comportamental tem evidenciado a eficácia para o tratamento da depressão, mesmo em episódios de recaídas de sintomas da depressão e possivelmente também na recorrência de futuros eventos depressivos. Algumas técnicas são apenas os protocolos para fazer um bom trabalho psicoterápico. Todavia a terapia cognitivo-comportamen-

tal não é um conjunto de técnicas. No entanto as propostas de atendimento servem exclusivamente para abrir uma porta ou janelas e desenvolver o trabalho da psicoterapia. Um bom psicólogo precisa ampliar a arte e a ciência de uma boa relação com o cliente. Logo, todas as técnicas cognitivas comportamentais sucintamente não substituem o aprendizado (KNAPP, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa consistiu em identificar de que forma o psicólogo poderá auxiliar o cliente/paciente na elaboração do luto em perdas por suicídio, utilizando o manejo da terapia cognitivo-comportamental. Para tanto buscou aporte teóricos e estudos científicos que interpretassem e comprovassem essa eficácia clínica para clientes enlutados.

Diante dos artigos pesquisados, pode-se observar que há uma semelhança entre os autores, no que diz respeito as estratégias de enfrentamento de pessoas diante da perda de um ente querido, o luto, a depressão. Destacando o resultado o manejo da terapia cognitivo-comportamental, e alguns de suas propostas de atendimentos de intervenção como o treinamento de assertividade, treinamento de habilidade social, como elemento de resiliência psicológica no enfrentamento do luto, e da depressão. Psicoeducação sobre as consequências das distorções cognitivas nas emoções e nos comportamentos do cliente, monitoramento do humor por sessão.

Logo sugerimos que após um evento traumático da perda por suicídio, o psicólogo possa efetuar o acolhimento, validar a dor do cliente, amparando a lidarem com a morte de um ente querido por meio de propostas de atendimentos da terapia cognitivo-comportamental.

Em circunstâncias de luto certificou que a o profissional da saúde mais habilitado para lidar com a morte é o psicólogo, mesmo não tendo muitas publicações científicas em língua portuguesa sobre a temática, e pouco abordado na vida acadêmica do profissional da saúde, o psicólogo torna de grande relevância no auxílio da elaboração do luto de clientes que perderam o ente querido. O psicólogo visa facilitar o processo de elaboração do luto do cliente, visto que pode também ser importante na prevenção de suicídio dos enlutados, para que o cliente consiga vivenciar as fases do luto com o suporte emocional, promovendo saúde mental.

Desta forma o psicólogo será capaz de servir como campo de apoio, ao enlutado, promovendo ao cliente, acolhimento, autoconhecimento às suas vivências, crenças, pensamentos e comportamentos, auxiliando no processo de compreensão e ressignificação diante da morte e o sofrimento da perda de um ente querido. A fim de que o sofrimento do cliente seja validado e o mesmo encontre significado a sua existência e motivos para continuar vivendo.

O tema discutido possibilitou conhecimento e aproximação do processo de elaboração do luto, sendo possível entendê-lo como uma realidade natural do ciclo vital, que veio se reconfigurando. Logo torna-se necessário a realização de novas pesquisas científicas a fim de investigar mais manejos clínicos que possam possibilitar auxiliar o cliente na elaboração do luto por perdas por suicídio, assim podendo não somente ajudar o psicólogo na sua atuação clínica, mas também outros profissionais da saúde com a temática da pesquisa. Sugerimos o manejo clínico da terapia

cognitivo-comportamental, pois em vista disso o estudo apresentado validou os resultados eficazes para elaboração do luto e a depressão, porém faz se necessário mais pesquisas para lidar com a elaboração do luto, pois percebe-se uma escassez de estudos científicos.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, T. F; DONADON, M. F; BULLAMAH, S. K. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Ribeirão Preto SP, p. 01-08, 11 mar. 2019.

ANDRIESSEN, K; KRYSINSKA, K; GRAD, O.T. (Ed.). **Postvention in action: O manual internacional de apoio ao luto por suicídio**. Hogrefe Verlag, 2017.

BAHIA, C. A; AVANCI, J. Q; PINTO, L. W; MINAYO, M. C. S. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 01-12, 25 maio 2017.

BALLARD, E. D. et al. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. **General hospital psychiatry**, v. 36, n. 4, p. 437-441, 2014.

BASSO, L, A; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Porto Alegre - RS, v. 7, n. 01, p. 01-09, 05 set. 2011.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

BIFULCO, V. A; CAPONERO, R. CUIDADOS PALIATIVOS conversas sobre a vida e a morte na saúde. **Barueri, SP: Minha editora**, 2016.

BOTEGA, N. J **Crise suicida - avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BROMBERG, M. PF. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Editora Livro Pleno, 2000.

BUENO, I. J. **Morte e Luto na Contemporaneidade: a Influência da Espiritualidade na Superação da Perda**. Congresso Internacional da Faculdades - Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST, 2014. Acesso em: 17 Ago 2020. Disponível em: <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/232> >.

CHEN, J. H.; GILL, T M.; PRIGERSON, H. G. Comportamentos de saúde associados a melhor qualidade de vida para idosos enlutados. **Jornal de medicina paliativa**, v. 8, n. 1, pág. 96-106, 2005.

COEP. REDE NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL. **Brasil registra 30 suicídios por dia**. 2017. Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/noticias/brasil-registra-30-suicidios-por-dia/>. Acesso em: 13 set. 2020.

DATTILIO F. M; FREEMAN, A. M. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.384.

MÜLLER, S.A; PEREIRA, G.S; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017.

LEO, D; Ed et al. **Luto após morte traumática: ajudando os sobreviventes**. Publicação Hogrefe, 2014.

LEAHY, R. L. **Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática**. Artmed Editora, 2009.

DONADON, M; et al. Habilidades sociais e depressão: a case report. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 12, n. 1, p. 50-56, 2016.

FOLHA de São Paulo. Crescem publicações sobre suicídio no Brasil durante a pandemia; veja como buscar ajuda. **Folha de São Paulo**, São Paulo, p. 01-08, 03 jul.2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/07/crescem-publicacoes-sobre-suicidio-no-brasil-durante-a-pandemia-veja-como-buscar-ajuda.shtml>. Acesso em: 06 set. 2020.

FUKUMITSU, K. O; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre el proceso de duelo hacia adelante al suicidio. **Psico**, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016.

GATTI, P. V; MENDES, A. I. F. As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Araraquara - SP, v. 16, n. 01, p. 19-25, 27 ago. 2020.

HAYASIDA, N. M. A; ASSAYAG, R. H; FIGUEIRA, I; MATOS, M.G. Morte e luto: competências dos profissionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Campinas SP, v. 10, n. 2, p. 112-121, 04 abr. 2016.

JORDAN, J. R.; NEIMEYER, R.A. O aconselhamento do luto funciona?. **Estudos sobre a morte**, v. 27, n. 9, pág. 765-786, 2003.

KASTENBAUM, R. **Psicologia da morte**. Pioneira e o., 1983.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Artmed Editora, 2009.

KOVACS, M. J; *et al.* **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 244 p.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARBACK, R. F; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Salvador BH, v. 10, p. 01-08, 25 fev. 2015.

BRASIL, M. da S. **Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Color. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim_suicidio_MS_set17.pdf. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL, M da. S. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Boletim Epidemiológico**, Brasília DF, v. 50, n. 15, p. 3-12, jul.2019.

NETTO, B. N.; WERLANG, M.; RIGO, S. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. **Brasília: Conselho Federal de Psicologia**, 2013.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. Parte 125. São Paulo: Martin Claret, 2005.

OLIVEIRA, A.C; NARDI, A. E. Terapia Cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, p. 213-215, 04 abr. 2011.

OLIVEIRA, A.C. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Feira de Santana Bh, v. 15, p. 01-08, 06 maio 2019.

OSMARIN, V. M. Suicídio: o luto dos sobreviventes. **Conselho Federal de Psicologia**, p. 45-58, 2015.

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

PINCUS, L. A família e a morte: como enfrentar o luto. **Rio de Janeiro: Paz e terra**, 1989.

SAMPAIO, R.F; MANCINI, MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, p. 83-89, 27 dez. 2006.

SANTOS, F. S. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. In: **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. 2009. p. 447-447.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SHEAR, M K; REYNOLDS, C. F; SIMON, N. M; ZISOOK, S. **Luto complicado em adultos: tratamento**. 2019. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/complicated-grief-in-adults-treatment/print?search=luto e luto em adultos&topicRef=101289&source=see link](https://www.uptodate.com/contents/complicated-grief-in-adults-treatment/print?search=luto+e+luto+em+adultos&topicRef=101289&source=see-link). Acesso em: 18 set. 2019.

STROEBE, M. S. et al. **Manual de pesquisa e prática sobre luto: avanços na teoria e intervenção**. American Psychological Association, 2008.

TAVARES, M.S. A; SILVA, L. C.; COLOMA, C. Suicídio: o luto dos sobreviventes. Conselho Federal de Psicologia. **O suicídio e os desafios para a psicologia**.(1a ed., pp. 45-58). Brasília., DF: Author, 2013.

TOMAS, A. C. T; CARVALHO, M. R. Treino assertivo para a depressão: uma revisão bibliográfica.**Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro Rj, v. 10, n. 2, p. 01-8, 18 fev. 2016.

VEATCH, R.M. Death, dying, and the biological revolution: Our last quest for responsibility. 1976.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.

ZWIELEWSKI, G; SANT'ANA, V. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Florianópolis, Sc, v. 12, n. 01, p. 01-09, 26 nov. 2016.