



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Escola de Ciências Sociais e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

## **Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: um estudo qualitativo**

Anna Laura Leal Freire

Orientador (a): Prof.(<sup>a</sup>) Dr.(<sup>a</sup>) Luc Vandenberghe

Goiânia, junho de 2022

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Escola de Ciências Sociais e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: um estudo qualitativo**

Anna Laura Leal Freire

Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação *Strito Sensu* em Psicologia da PUCGoiás  
como requisito parcial para a obtenção do título de  
Mestre em Psicologia.

Orientador (a): Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> Luc Vandenberghe.

Goiânia, junho de 2022

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás  
Márcia Rita Freire - Bibliotecária - CRB1/1551

F866g Freire, Anna Laura Leal  
Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade  
: um estudo qualitativo / Anna Laura Leal Freire.  
-- 2022.  
133 f.: il.  
  
Texto em português, com resumo em inglês.  
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da  
Saúde, Goiânia, 2022.  
Inclui referências: f. 115-124.  
  
1. Idosos. 2. Luto - Aspectos psicológicos. 3. Psicoterapia  
de grupo. I. Vanderberghe, Luc. II. Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
- 24/06/2022. III. Título.  
CDU: Ed. 2007 -- 159.9.019.4(043)  
159.922.63(043)



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
 Av. Universitária, 1069 – St. Universitário  
 Caixa Postal 86 – CEP 74605-010  
 Goiânia-Goiás  
 Telefone/Fax: (62)3946-1070 ou 1071  
[www.pucgoias.edu.br](http://www.pucgoias.edu.br) / [prope@pucgoias.edu.br](mailto:prope@pucgoias.edu.br)

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

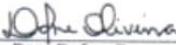
No dia 24 de junho de 2022, às 09h, via webconferência em plataforma digital, de acordo com a portaria 36/2020 CAPES, **ANNA LAURA LEAL FREIRE**, discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia (2020.1.2055.0004-8) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, expôs, em Sessão Pública de Defesa de Dissertação de Mestrado, o trabalho intitulado "**UM GRUPO TERAPÊUTICO VIVENDO O LUTO NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO QUALITATIVO**", para Comissão de Avaliação composta pelos (as) docentes: **Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Presidente da Comissão), **Dra. Dafne Rosane Oliveira** (Centro Universitário Adventista de São Paulo, Membro Convitado Externo), **Dra. Roberta Maia Marcon de Moura** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Convitado Interno), e **Dr. Artur Vandré Pitanga** (UniEvangélica, Membro Suplente). O trabalho da Comissão de Avaliação foi conduzido pelo(a) docente Presidente que, inicialmente, após apresentar os docentes integrantes da Comissão, concedeu 30 minutos ao(a) discente candidato(a) para que este(a) expusesse o trabalho. Após a exposição, o(a) docente Presidente concedeu a palavra a cada membro convidado da Comissão para que estes arguissem o(a) discente candidato(a). Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação, reunida isoladamente, avaliou o trabalho desenvolvido e o desempenho do(a) discente candidato(a) na exposição, considerando a trajetória deste(a) no curso de mestrado. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação deliberou pela:

**Aprovação da dissertação**

A Comissão de Avaliação declara o (a) discente candidato (a) Mestre em Psicologia. A Comissão de Avaliação pode sugerir alterações de forma e/ou conteúdo considerado aceitáveis, não impeditivo da aprovação do trabalho. As alterações deverão ser indicadas no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa da dissertação. Neste caso, a versão lida corrigida deverá ser entregue ao(a) discente candidato(a) no final da sessão. O(A) discente candidato(a) terá o prazo de sessenta (60) dias para os ajustes e entrega da versão final na Secretaria do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, contado a partir da data da sessão de defesa da dissertação.

**Reprovação da dissertação**

A Comissão de Avaliação determina que o trabalho apresentado não satisfaz as condições mínimas para ser considerado dissertação de mestrado válida à obtenção do título de Mestre em Psicologia. O(A) discente candidato(a) pode interpor recurso à decisão da Comissão de Avaliação no prazo máximo de trinta (30) dias, contado a partir da data da sessão de defesa da dissertação.

A Comissão de Avaliação (Assinaturas):	Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:
	
<p><b>Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe</b>            Membro Presidente            Pontifícia Universidade Católica de Goiás</p>	<p><b>Prof. Dr. Cristiano Coelho</b>            Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia            Pontifícia Universidade Católica de Goiás</p>
 <p><b>Prof. Dra. Dafne Rosane Oliveira</b>            Membro Convitado Externo            Centro Universitário Adventista de São Paulo</p>	<p>PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  <b>Prof. Dr. Cristiano Coelho</b>            Coordenação do Programa Stricto Sensu em Psicologia – RE 7573</p>
 <p><b>Prof. Dra. Roberta Maia Marcon de Moura</b>            Membro Convitado Interno            Pontifícia Universidade Católica de Goiás</p>	<p><b>Observações:</b>            1. Documento válido somente se assinado pela Coordenação e pela Secretaria do PSSP/PROPE/PUC Goiás.            2. _____            3. _____</p>
<p><b>Prof. Dr. Artur Vandré Pitanga</b>            Membro Suplente            UniEvangélica</p>	<p>PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS              Secretaria do PSSP            Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia</p> <p>Visto Secretaria:            DFM nº: 11/2022</p> <p>Goiânia, 24 / 06 / 2022</p>

## Agradecimentos

Agradeço, sobretudo, a Deus, pela vida repleta de possibilidades e desafios.

À minha família, por incentivarem a minha trajetória com muito afeto e respeitarem os meus (não tão) breves momentos de angústia e de indisponibilidade. Gratidão especialmente à minha mãe e minha cadela Lunara, que sempre me ofertaram uma convivência leve e repleta de muito amor no nosso lar.

Ao meu namorado Fernando, por toda solidariedade na compreensão das minhas prioridades durante o mestrado que nem sempre o contemplavam. Aos meus amigos mais próximos, por tamanha fidelidade e empatia nesses longos períodos de ausência. À minha amada psicoterapeuta, Marina Morabi, que me auxiliou no processo de desapego ao “ideal/perfeito” e mais autocompaixão com aquilo que me era possível.

Às professoras Dafne Oliveira e Roberta Marcon, que com muita prontidão aceitaram contribuir na banca e fazerem parte desse momento tão especial e único em minha trajetória. À minha invejável equipe de pesquisa composta por Amanda Landi, Isadora Ávila e Renata Bellato, brilhantes alunas e enobrecedoras dessa pesquisa.

Ao professor Artur Vandr  Pitanga, sempre disponível a ser exímio modelo de profissional e amigo.   querida Martha da secretaria do PSSP, muito acessível para auxiliar em tudo. Aos participantes da minha pesquisa, que possibilitaram esses dados tão lindos e ricos. Ao pessoal da Humani Espaço Integrado pela abertura e incentivo.

Ao meu avô Wolney Leal e minha bisa Olívia (ambos *in memoriam*) por serem as maiores defini es de “saudade” na minha história e peças fundamentais na escolha e permanência do meu tema.

Por fim, e não menos importante, o meu agradecimento ao querido Prof. Dr. Luc Vandenberghe, por ser uma fonte inesgotável de conhecimento na qual me inspiro tanto. Estar contigo é um privilégio sem tamanho!

“Conhecemos as limitações da velhice; simplesmente sugerimos que se construa um mundo em que elas causem o mínimo de problema possível” (Skinner & Vaughan, 1985, p. 22).

## Resumo

A terceira idade é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por recorrentes perdas: físicas, sociais, psicológicas. No entanto, nenhuma perda tende a ser maior do que aquela relacionada ao falecimento de alguém querido. O processo de luto está atrelado à maneira como a pessoa consegue elaborar essa ausência. A intensidade da dor costuma acompanhar a importância do laço afetivo. Porém, a duração do sofrimento e o nível do dano psicológico dependem dos recursos psicossociais, das habilidades e do contexto da pessoa, elementos que podem ser prejudicados na terceira idade. Este estudo apresenta um grupo semiestruturado e objetivou averiguar se e por via de quais mudanças e processos clínicos o grupo proposto favorece uma melhor elaboração do luto. Nove idosos enlutados participaram em 8 encontros (sendo 1 encontro por semana), com duração de 2 horas e meia cada. Foi implementado um trabalho vivencial e interpessoal, integrando os princípios das terapias comportamentais contextuais e dos grupos comunitários, norteado pelos modelos contemporâneos do luto. Seguindo os preceitos da *Grounded Theory Analysis*, o áudio das sessões foi transcrito e analisado em etapas: codificação analítica (ou aberta); codificação focada; construção de categorias emergentes das codificações. Memos foram elaborados baseados nos diários de campo da pesquisadora e sua equipe. O modelo teórico que emergiu desse material descreve o processo pelo qual o grupo passou. Nele, o ponto de partida é caracterizado por vivências dolorosas e por respostas tanto problemáticas quanto proativas. No decorrer do grupo foram identificados comportamentos contraprodutivos e processos curativos. Se destacam: socialização, abertura para o outro, reagir contra os comportamentos contraprodutivos, aceitação das emoções vindo à tona, envolvimento ativo e a integração dos contatos com a perda e restauração. A resignificação do luto passou principalmente pelo resgate do que é importante. O êxito foi caracterizado, sobretudo, por ampliação de horizonte e disponibilidade afetiva para o outro. Os resultados permitem afirmar a viabilidade de uma terapia contextual para grupos de idosos enlutados.

**Palavras-chave:** idosos; luto; grupos terapêuticos; terapias comportamentais contextuais.

### Abstract

Old age is a stage of human development marred by recurrent losses: physical, social, and psychological. However, no loss tends to be bigger than the death of a loved one. Grief is linked to the way the person manages to elaborate this absence. The intensity of pain is related to the importance of the affective bond. But, the persistence of suffering and the level of psychological damage depend on the psychosocial resources, skills and context of the person, features that often are not intact in old age. This study reports on a semi-structured group treatment and aims to find out if and through which changes and clinical processes the proposed group favors a better elaboration of mourning. Nine bereaved elderly people participated in 8 weekly meetings, lasting 2.5 hours each. The work was experiential and interpersonal, integrating the principles of contextual behavioral therapies and community groups, guided by contemporary models of grief. Following the principles of Grounded Theory Analysis, the audio recordings of the sessions were transcribed verbatim and analyzed in stages: analytical (or open) coding; focused coding; construction of categories. Memos were prepared, based on the field diaries researcher of the researcher and her team. The theoretical model that emerged from this material describes the process the group went through. Its starting point is distinguished by painful experiences and both problematic and proactive responses. During the group process, counterproductive behaviors were identified, as well as healing processes including socialization, openness to the other, reacting against counterproductive behaviors, acceptance of emerging emotions, active involvement, and the integration of contact with loss and restoration. The resignification of grief went mainly through the rescue of what is important. Success was characterized, above all, by broadening horizons and affective availability for the other. The results allow us to affirm the feasibility of a contextual therapy for groups of bereaved elderly.

**Keywords:** elderly; mourning; therapeutic groups; contextual behavioral therapies.

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Metáfora do jardim da ACT.....	36
<b>Tabela 2.</b> Descrição da intervenção do modelo de processo duplo de 14 semanas.....	41
<b>Tabela 3.</b> As intervenções no grupo experimental de Chow e colaboradores (2019) .....	44
<b>Tabela 4.</b> Princípios da TCI adotados no programa do presente estudo.....	50
<b>Tabela 5.</b> Comportamentos Clinicamente Relevantes esperados dos participantes e as atividades para promovê-los .....	54
<b>Tabela 6.</b> Características relevantes dos participantes e suas perdas norteadas pelos mediadores do luto.....	62
<b>Tabela 7.</b> Sessões do grupo separadas em intervenções para a perda, integração e restauração.....	76
<b>Tabela 8.</b> Dimensões relevantes no grupo Laços & Lutos .....	79
<b>Tabela 9.</b> Predominância das categorias por sessão .....	103

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Os 5 estágios da morte e do morrer idealizado por Kübler-Ross .....	9
<b>Figura 2.</b> Fases do luto de acordo com Grondin .....	11
<b>Figura 3.</b> Fases do luto e a curva de extinção operante adaptadas por N. Torres .....	13
<b>Figura 4.</b> O <i>hexaflexo</i> do luto complicado .....	24
<b>Figura 5.</b> O <i>hexaflexo</i> favorecedor de consequências positivas .....	25
<b>Figura 6.</b> Distinções fundamentais na matrix e utilização dos quadrantes .....	27
<b>Figura 7.</b> Exemplificação da matrix no processo de luto .....	28
<b>Figura 8.</b> O modelo de processo duplo adaptado de Stroebe e Schut (1999) .....	33

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	2
<b>1.1 Apresentação</b> .....	2
<b>1.1.2 Justificativa</b> .....	4
<b>1.2 Morte e luto</b> .....	7
<b>1.3 O modelo de Kübler-Ross</b> .....	8
<b>1.3.1 Adaptação do modelo de fases do luto por Nione Torres</b> .....	13
<b>1.4 Vínculo e luto na Análise do Comportamento</b> .....	15
<b>1.4.1 A perspectiva da ACT</b> .....	20
<b>1.4.2 ACT e grupos terapêuticos</b> .....	29
<b>1.5 O ‘Dual Process Model’ do luto (DPM)</b> .....	31
<b>1.5.1 Diferenças entre as teorias clássicas do luto e o modelo DPM</b> .....	37
<b>1.5.2 Principais pesquisas sobre o DPM</b> .....	37
<b>1.5.3 Pesquisas do modelo DPM com grupos terapêuticos</b> .....	41
<b>1.6 Outras abordagens terapêuticas para grupos de luto</b> .....	45
<b>1.6.1 Contribuições da TCI</b> .....	48
<b>1.6.2 Contribuições da FAP</b> .....	51
<b>1.7 Princípios para uma intervenção terapêutica</b> .....	55
<b>1.7.1 A vulnerabilidade no processo terapêutico</b> .....	55
<b>1.8 Trabalhar com idosos enlutados</b> .....	56
<b>1.8.1 Por que um grupo terapêutico para idosos enlutados?</b> .....	58
<b>1.9 Idosos x Pandemia</b> .....	61
<b>2. Objetivos</b> .....	61
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	61
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	61
<b>3. Método</b> .....	61
<b>3.1 Participantes</b> .....	61
<b>3.2 Fase de Triagem e Seleção</b> .....	63
<b>3.3 Ambiente e materiais</b> .....	64
<b>3.4 Equipe de Pesquisa</b> .....	65
<b>4. Procedimento</b> .....	66
<b>4.1 Coleta de dados</b> .....	67
<b>4.2 Análise de dados</b> .....	68
<b>4.3 O grupo terapêutico Laços &amp; Lutos: estrutura e princípios</b> .....	69
<b>5. As contribuições das Terapias Comportamentais Contextuais</b> .....	77
<b>6. Resultados</b> .....	79
<b>7. Discussão</b> .....	104
<b>8. Considerações finais</b> .....	112
<b>9. Referências</b> .....	115
<b>10. Anexos</b> .....	125

## 1. Introdução

### 1.1 Apresentação

#### *Trajatória da autora e a identificação com idosos e grupos*

A autora passou a maior parte da sua vida, residindo na mesma casa de seus avós maternos. Desta forma, eles participavam ativamente de sua história, tanto em eventos importantes quanto nos detalhes do cotidiano. Anna Laura, foi, portanto, uma “menina criada com vó/vô” no que diz respeito ao amor disponível de forma indiscriminada, e conseqüentemente, na construção de um simbólico relicário com muitas memórias afetivas.

Quando a autora se formou em Psicologia (2016), recebeu uma proposta de trabalhar na promoção da saúde mental para idosos credenciados a uma associação dos aposentados e pensionistas em Goiânia. Apesar de não ter tido nenhuma formação para trabalhar com a terceira idade durante sua graduação, a estudante recém-formada e cheia de sonhos, topou o desafio e deu início aos estudos específicos para esse nicho por conta própria. Nessa associação, Anna Laura atendia os idosos no formato de terapia individual, mas também teve a oportunidade de desenvolver grupos terapêuticos e educativos em parceria com uma nutricionista. A partir daí, cativou-se por grupos e o universo de possibilidades com comportamentos mais autênticos que isso permitia.

#### *Contato expressivo com o tema “luto”*

O primeiro contato expressivo da autora com a temática do luto se deu através do curso “Sobre a morte e o morrer” ministrado pela fundação Elisabeth Klüber-Ross (EKR) no Brasil, que aconteceu no segundo final de semana de abril em 2019. Foram três dias intensos, repletos de vivências, aprendizados e ressignificações. A autora teve a oportunidade de escutar (e se encantar por) profissionais paliativistas<sup>1</sup> e começou a refletir

---

<sup>1</sup> Segundo a OMS, cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do

acerca de como a vida deveria também nos ensinar sobre a morte e a morte nos fazer pensar na vida.

#### *O adoecimento da mãe da autora*

Após uma semana da imersão no encontro sobre cuidados paliativos (2019), a autora encontrou-se diante de uma contingência que a instigava o pensamento de luto antecipatório<sup>2</sup>: a descoberta de um tumor assintomático por trás dos nervos ópticos de sua mãe. Foi necessária uma cirurgia de urgência nessa área delicada. Radioterapia para os resquícios do tumor. O tumor foi retirado, mas já havia danos irreversíveis na visão da mãe: perdeu-se 70% da capacidade do olho esquerdo. E tantos outros complicadores, dentre eles, o fato de Anna Laura ter se deparado com uma inversão de papéis bem antes do esperado e ter de assumir a responsabilidade pelo gerenciamento da casa, despesas, contas bancárias e adaptação para a melhor mobilidade e qualidade de vida de sua mãe.

#### *Histórico de perda dos avós*

O processo seletivo para o mestrado no qual a autora foi aprovada ocorreu em novembro de 2019 com início das aulas em fevereiro de 2020. A proposta inicial de pesquisa já contemplava o estudo de grupos terapêuticos com idosos enlutados. Eis que no dia 02 de janeiro de 2020, o avô da autora veio à óbito, inesperadamente, em decorrência de um acidente de trabalho. E Anna Laura, mesmo tendo sido questionada por várias pessoas da sua rede de apoio, optou por manter o tema sobre luto e com o público idoso. Apesar do contato com o assunto mexer tanto com a sua experiência dolorosa de uma perda recente e altamente significativa, a autora transformou em combustível para o amparo àqueles que também padeciam de dores semelhantes.

---

sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

<sup>2</sup> “Luto antecipatório” se dá quando lidamos com a iminência da nossa morte ou de alguém querido, a partir de uma ameaça com uma doença incurável, assim como, ao depararmos com outras perdas adjacentes derivadas de um diagnóstico não favorável (e.g., inversão de papéis sociais; afastamento das atividades laborais; sobrecarga na tomada de decisões etc.) (Helman, 2003; Kovács, 2008).

Com relação às assistentes de pesquisa, as três se disponibilizaram com tanto afincamento no acompanhamento da pesquisa por estarem curiosas com terapias de grupo, se afeiçoarem por idosos e animadas em aprender intervenções para enlutados. No entanto, na primeira reunião para o treinamento e alinhamento da equipe, a autora perguntou como o interesse pelo tema luto e o trabalho com idosos comunicavam algo sobre suas respectivas histórias? E as três relataram também ter tido a experiência do amor e da perda dos avós. O presente trabalho, portanto, revela muito do que ainda está vivo em nós (equipe de pesquisa).

Sendo assim, liderar um grupo terapêutico com idosos enlutados cuja pesquisadora-responsável também passava por um processo de luto significativo exigiria, sem dúvidas, coragem e ousadia, mas os resultados poderiam ser divisores de águas na vida de todos, afinal, não teria como entrar em contato com histórias de luto adotando uma postura genuína e distante ao mesmo tempo.

### **1.1.2 Justificativa**

Consideramos que o luto é a experiência de quem perde sob uma perspectiva individual, o sentimento predominantemente solitário e as atitudes fóbicas com relação à morte que a sociedade impõe não nos capacita a enfrentar essa parte da vida e de nós mesmos de forma natural. Portanto, o grupo foi uma tentativa de auxílio para uma melhor elaboração desse processo, com ganhos secundários a serem generalizados para outras chegadas e partidas, encontros e despedidas em outras áreas da vida que os idosos possam vir a lidar desde então com mais resiliência e adaptação.

Atreve-se quem pensa e exige dos enlutados a seguir a vida como se nada houvesse acontecido. Os prejuízos implicados por essa perda podem vir das mais diversas áreas, como por exemplo, fisiológicos, sociais, psicológicos, espirituais e inclusive danos

financeiros. Deste modo, participantes com uma dor análoga podem se ajudar mutuamente mais do que pessoas do cotidiano que não passam pelo mesmo processo.

Uma intervenção em saúde mental eficaz sugere a promoção/aumento de recursos e competências, assim como, a prevenção/atenuação dos fatores de risco e transtornos (Murta & Santos, 2015). Sendo assim, a ideia de oportunizar um espaço para que todo o sofrimento enfrentado, seja ouvido, validado e de certa forma, tornar-se mais tolerável mediante ao cuidado exercido nas diferentes formas de interação grupal se fez altamente relevante para que consigamos entender empiricamente, o adoecimento gradual que a repreensão de sentimentos pode levar às pessoas e como um grupo terapêutico se torna um fator de proteção ao ajustamento psicológico.

Além disso, a presente pesquisa teve uma função de empoderamento, na qual o comportamento emancipatório individual e coletivo se tornarão interdependentes. Borges e Barletta (2015) ressaltam que os esforços empregados para empoderar o grupo a ser coeso, receptivo e estimulante também favorece os membros individualmente a se expressarem com mais naturalidade em um envolvimento consciente de trocas com empatia e compaixão. E vice-versa.

O estudo foi um apelo também à essa transição da pirâmide epidemiológica e demográfica que de um lado, a população idosa aumenta substancialmente no mundo e em paralelo, os profissionais e governantes ainda não se atentaram para suprir certas necessidades deste nicho.

Além disso, o ano de 2020 marcou o início da pandemia global do coronavírus (COVID-19)<sup>3</sup>. Altas taxas de infecções e contaminações, inseguranças, cenários de imprevisibilidade, medidas sanitárias sendo implementadas na nossa rotina, afastamento das atividades corriqueiras, distanciamento social, sem previsões de vacina e muitos óbitos em decorrência da doença infecciosa. Os números assustadores desses óbitos eram

---

<sup>3</sup> Mais informações podem ser acessadas em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia\\_de\\_COVID-19](https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19) e <https://covid.saude.gov.br/>.

transmitidos diariamente por meio dos noticiários e passaram, pouco a pouco, a se equivalerem a “nomes” de pessoas conhecidas, agravando ainda mais o medo e a angústia.

Desta forma, ao pensarmos que a pandemia nos forçou a lidar com a iminência da morte e com questionamentos sobre a nossa finitude que por tantas vezes colocamos por “debaixo do tapete”, este trabalho vem representar também a necessidade de olharmos para as centenas de milhares de famílias enlutadas apenas no Brasil e pensarmos: de que forma estou me capacitando para assistir pessoas com essa demanda?

A presente pesquisa tem a potencialidade de contribuir para as áreas acadêmicas e sociais/comunitárias. Ao oferecer um protocolo para grupos terapêuticos e luto, amplia-se o leque para o trabalho dos profissionais que lidam com a terceira idade e suas perdas, tanto no contexto da clínica, como em hospitais, instituições de longa permanência para pessoas idosas, organizações não governamentais etc. Além de também aumentar os subsídios para alunos e professores em seus projetos de extensão, núcleos de pesquisa e iniciações científicas, ações de centros acadêmicos que almejam aprimorar os estudos e as práticas com temas sobre finitude, como por exemplo, a PUC-GO conta com o Programa de Gerontologia Social – PGS; a Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI; Programa em Nome da Vida – PNV; Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Luto – LEPILU e uma especialização em Gerontologia.

No que diz respeito às contribuições para a comunidade de analistas do comportamento no Brasil e no mundo, similarmente essa pesquisa pode trazer mais perspectivas e possibilidades. Depois de uma tradição de intervenção comportamental em grupos altamente baseada em princípios de treinamento e ensino de habilidades, a terapia comportamental contextual abriu o espaço para processos terapêuticos que valorizam os processos informais, utilizando o que acontece entre os membros do grupo, além do que o terapeuta pode ensinar. Diante de todo o exposto, os estudantes e profissionais tornam-se

mais capacitados e a população mais bem amparada com esse estudo empírico contemplando resultados favoráveis de acompanhamento para uma melhor elaboração do luto na terceira idade.

## 1.2 Morte e luto

Na maioria das vezes, falar do seu luto pode parecer um tabu. Porque estar de luto implica em mencionar a morte, nos faz lembrar daquilo que queremos esquecer, remete aos *“dois lados da mesma viagem. O trem que chega é o mesmo trem da partida. A hora do encontro é também de despedida”*<sup>4</sup>. Embora a concepção mais divulgada acerca das experiências do viver e do morrer vá de encontro a uma ideia dicotômica, o mais natural seria pensar em termos de uma continuidade (N. Torres, comunicação pessoal<sup>5</sup>, 06 de março, 2021).

Na cultura ocidental, é comum o silenciamento de todo e qualquer assunto referente a este fenômeno inevitável e emprega-se, em paralelo, um esforço muito grande na tentativa de proteger-se desse desfecho, como se a morte pudesse ser interdita (Ariès, 1977/2012). Em contrapartida, Kübler-Ross (1979) afirmou a importância dos idosos se prepararem para a terminalidade de forma ativa, ao exporem as suas angústias sobre a sua finitude e dos outros, além de refletirem acerca do que ainda pode ser feito no momento presente e voltarem o olhar para o que é realmente importante.

As palavras trazem à tona contextos, memórias e sensações atreladas aos seus significados de forma pessoal e que condizem com as nossas histórias de vida. Sendo assim, conversar sobre a morte pode ser desagradável pela quantidade de emparelhamentos aversivos relacionados à própria palavra (seja por exposição direta às contingências ou por aprendizado via regras). Afinal, podemos negar a morte, mas não podemos negar a dor que

---

<sup>4</sup> Trecho da música “Encontros e despedidas” de Milton Nascimento e eternizada na voz de Maria Rita. Acessível no Youtube® pelo link <https://www.youtube.com/watch?v=tyBvtrjLUrg>

<sup>5</sup> Segundo as normas da APA 7ª edição, comunicações pessoais são citadas apenas no texto e não são incluídas na seção de referências.

ela traz ao levar pessoas amadas (N. Torres, comunicação pessoal, 06 de março, 2021), já que, “quando um ente querido morre, somos mudados para sempre” (CSTS, 2020).

O luto é um processo natural de atribuição de significados da perda (Parkes, 2001). É válido ressaltar que para desencadear o luto, essa perda deve ser de algo com bastante relevância na história de vida da pessoa, sejam objetos, cargos laborais, membros do corpo, mas sobretudo, o falecimento de alguém próximo (Soares & Mautoni, 2013). Tanto a dor quanto a elaboração do luto tendem a acompanhar a importância do laço afetivo estabelecido antes da perda, ou seja, quanto mais significativa essa interrupção do contato, maior tende a ser o nível e a duração do sofrimento (Parkes, 1998).

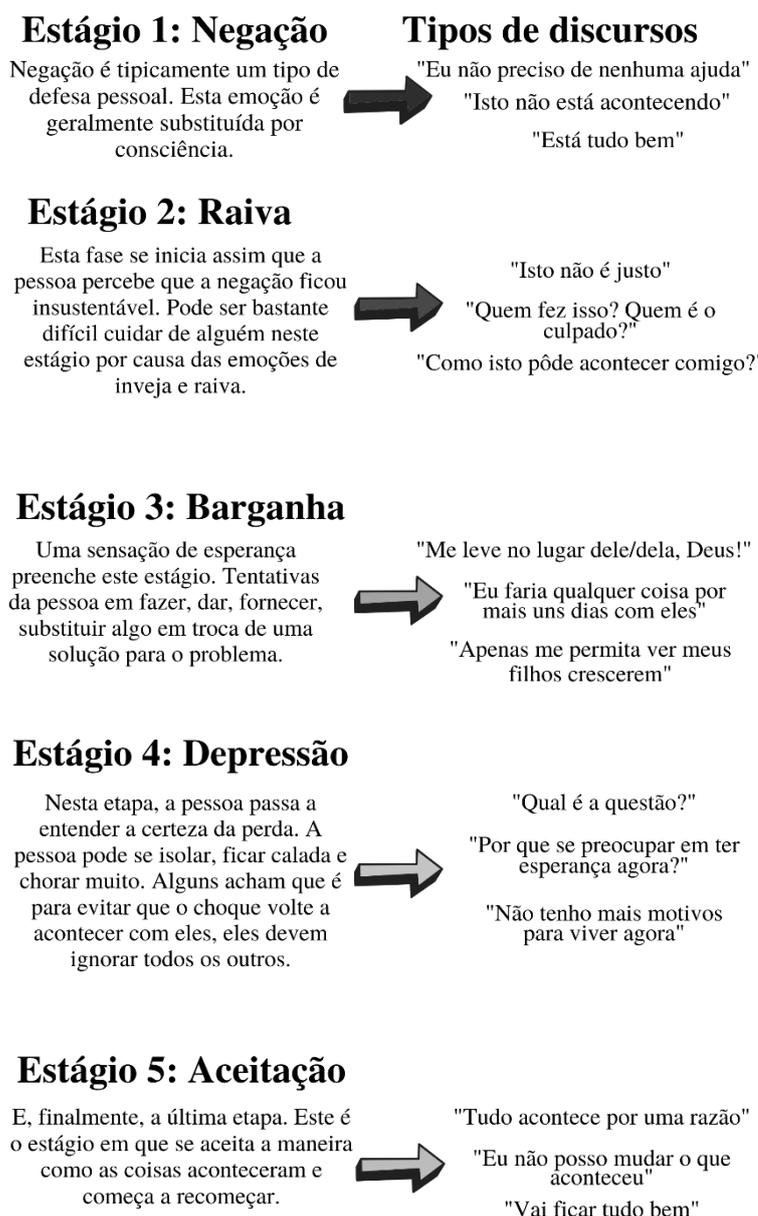
Diante da particularidade de cada dor e vínculo, é importante que o luto não sofra interferências (acerca das formas mais apropriadas de se expressar, por exemplo), do contrário, as emoções se tornarão ainda mais confusas, pois o sujeito estará frente a um novo embate: a sua experiência do sentir *versus* os referenciais de comportamentos póstumos esperados pela sociedade (Kovács, 2003).

### **1.3 O modelo de Kübler-Ross**

O modelo de luto mais referido no Brasil, é proposto pela psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, publicado originalmente nos Estados Unidos em 1969. De acordo com esse referencial, as pessoas que foram informadas que estão num processo de doença em fase terminal, assim como, os seus familiares, tenderiam a percorrer 5 fases para elaborar essa vivência da dor, como demonstrado na figura a seguir (Kübler-Ross & Kessler, 2005; Kübler-Ross, 2008).

# O modelo Kübler-Ross

Também conhecido como "os cinco estágios do luto"



**Figura 1.** Os 5 estágios da morte e do morrer idealizado por Kübler-Ross.

A *negação* – Esta fase corresponde geralmente às primeiras reações frente a notícia indesejada. Há a presença de discursos como “isso não é verdade”, “o diagnóstico está errado”, “tenho certeza que vou me curar”, “os médicos devem ter confundido a família ao avisarem que a minha filha morreu” dentre outros (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

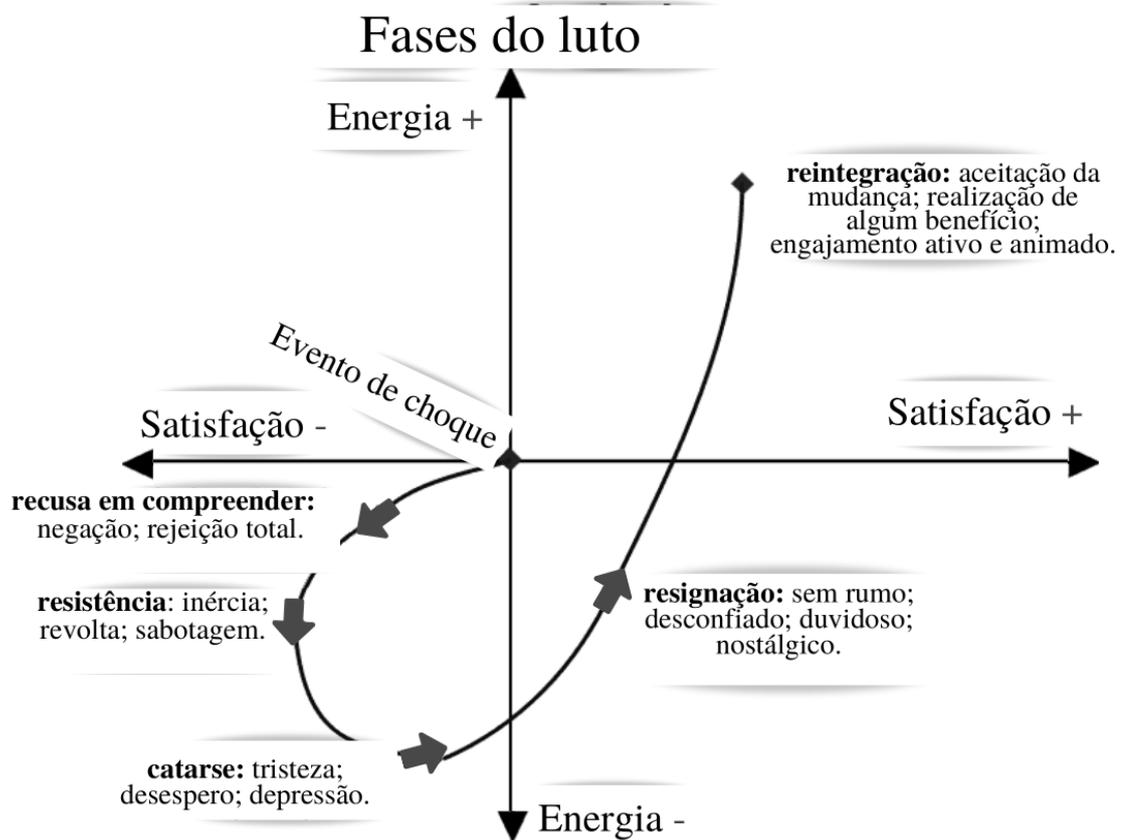
*A raiva* – A segunda fase está relacionada aos comportamentos verbais e não verbais expressados com fúria e que podem ser direcionados para vários setores ao mesmo tempo. A pessoa fica com raiva da equipe médica por não ter salvado o seu ente querido; de Deus por permitir que ela recebesse tal diagnóstico; de si mesma por não ter feito diferente na tentativa de mudar o desfecho das coisas etc. (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

*A barganha* – Também conhecida como a famosa “negociação”. Comumente caracterizada como a fase em que a pessoa negocia comportamentos melhores em troca de uma mudança no curso das circunstâncias indesejadas, por exemplo, “Deus, se o Senhor me der mais uns bons anos de vida eu prometo ser uma esposa melhor, perdoar o meu irmão, frequentar a igreja semanalmente”. Geralmente a barganha vem acompanhada de culpa, pois a pessoa acredita que caso tivesse se comportado de forma diferente não estaria enfrentando aquilo. Também pode vir próximo a aceitação ao pedir para o Ser superior que caso o ente querido tiver que morrer, que seja de forma indolor, rápida e sem sofrimento (Kübler-Ross & Kessler, 2005; Kübler-Ross, 2008).

*A depressão* – A fase é caracterizada pela intensificação do sofrimento de forma mais explícita (e.g., o sujeito relata não ter mais vontade de fazer nada e que a vida perdeu o sabor etc.), deve ser respeitada e não interrompida (exceto em casos extremos em que a depressão se prolongue muito). Segundo Kübler-Ross e Kessler (2005) não se trata do transtorno mental nomeado depressão, mas de um período normal e que não deve ser medicalizado.

*A aceitação* – Muito comumente confundida com a fase que infere “uma perda já superada”, mas na verdade, representa que a pessoa em sofrimento aceita a nova realidade em que se encontra. O enlutado está cômico de que as contingências mudaram drasticamente, mas para continuar a sua vida serão necessários alguns ajustes acompanhados de ressignificações (Kübler-Ross & Kessler, 2005; Kübler-Ross, 2008).

Bertrand Grondin desenvolveu um diagrama (figura 2) para exemplificar as fases do luto de Kübler-Ross (2008) em um plano cartesiano cujo eixo horizontal traz a evolução da satisfação (de negativo à esquerda para positivo à direita) e o vertical o gradiente da energia (de negativo embaixo para positivo em cima). Didaticamente, o evento de choque estaria no ponto zero ou neutro, em que a pessoa ainda se encontrava em um referencial de satisfação e energia sem a influência da notícia devastadora ainda, representado no gráfico abaixo pelo encontro das coordenadas perpendiculares.



**Figura 2.** Fases do luto de acordo com Grondin

Após o choque, ocorre a recusa de entender a circunstância (incompreensão, negação, rejeição total) e, segundo a posição desta fase no respectivo quadrante, a satisfação é negativa e a energia também é levemente deficitária. A segunda fase seria a resistência, marcada por comportamentos predominantemente de inércia, sabotagem e revolta, com

menor grau de satisfação e energia do que a fase anterior. A terceira fase é marcada pela catarse e traz consigo a tristeza, letargia, desespero e depressão, ilustrada com a menor energia de todas as fases, mas a satisfação – embora ainda negativa – é expressa sob um viés mais otimista. A quarta fase é a resignação, em que o quadrante é mudado por se tratar de uma satisfação positiva, porém com a energia ainda negativada e acompanhada de episódios nostálgicos, desconfianças e incertezas. A quinta e última fase é a reintegração, a única de um novo quadrante que contempla os dois eixos positivados, ou seja, a satisfação e, neste caso, principalmente a energia. Quando a pessoa se encontra reintegrada tende a estar mais aberta a aceitar as mudanças, assim como, a realizar coisas com engajamento ativo e bom humor.

Embora seja um modelo ainda muito influente e tradicional nas áreas da saúde, os estágios do luto foram questionados quanto à sua ausência de evidência. Stroebe et al. (2017), fizeram uma extensa pesquisa da literatura e afirmaram ainda que a ineficiência em seu uso simplista como um suposto guia para profissionais pode ser contraproducente e causar danos.

Uma característica do modelo é que ele infere que a vivência da morte e do morrer necessariamente ocorre vinculado a fases interdependentes, ordenadas e favorecedoras de uma experiência linear de superação. Essa inferência permitiria, em paralelo, que os profissionais envolvidos pudessem conduzir o tratamento baseado no estágio em que o paciente se encontraria (Corr, 2015; Osterweis & Green, 1984). Porém, Stroebe et al. (2017, p. 6) reuniram as principais refutações quanto ao modelo de Kübler-Ross (1969/1998) e as agruparam em cinco categorias: 1) falta de profundidade/explicação teórica; 2) confusão conceitual e distorção do processo de luto; 3) ausência de evidência empírica; 4) a disponibilidade de modelos alternativos e; 5) as consequências devastadoras do seu uso.

No entanto, a própria idealizadora do modelo das cinco fases afirma que houve uma má interpretação de suas contribuições, uma vez que, “não há uma resposta típica à perda, pois não há uma perda típica. Nossa dor é tão individual como nossas vidas.” (Kübler-Ross & Kessler, 2005, p. 7). Desta forma, as fases do modelo podem ser usadas como inspiração para os profissionais de saúde, sem se apegarem literalmente e sem tentar forçar os processos individuais daqueles que sofrem nos moldes da teoria, afinal, não existe experiência universal do luto.

### 1.3.1 Adaptação do modelo de fases do luto por Nione Torres

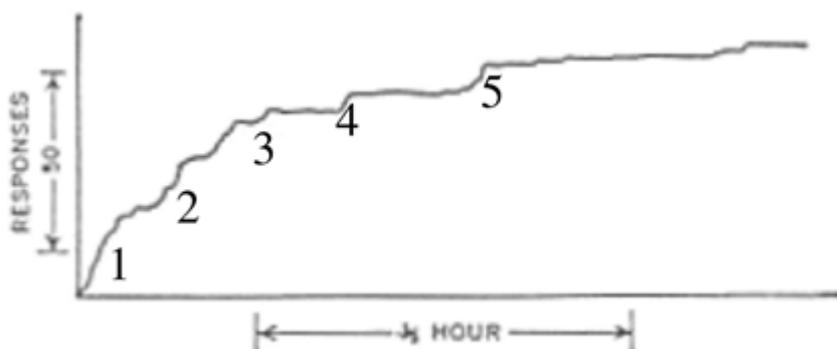
É bem verdade que muitos argumentos significativos contra o modelo de fases foram apresentados na seção anterior. No entanto, a autora Nione Torres (comunicação pessoal, 06 de março, 2021) adota um viés mais flexível e elabora uma integração de Bowlby (1969/1990) e Kübler-Ross (1969/1998) para a representação do processo subjacente e complexo que envolve a perda de fontes reforçadoras importantes na vida de uma pessoa.

Ao invés de fases separadas, a autora supracitada descreve o luto de forma dinâmica, integrada e com relações de equivalência às clássicas respostas de extinção. É um movimento não padronizado e se diferenciará de acordo com o grau e importância da perda para cada sujeito, sendo assim, as topografias comportamentais a seguir só terão respaldo se analisadas mediante aos seus respectivos contextos, assim como prega as terapias comportamentais.

Integrando as contribuições de Keller e Schoenfeld (1950/1968) e Oliveira (2014), ela reinterpreta as fases do luto em termos da curva de extinção operante (E.O).

FASE DO LUTO	FASE DA CURVA E.O.
1. ENTORPECIMENTO	1. BURST (JORRO DE RESPOSTAS: ATORDOAMENTO, DESESPERO, RAIVA ETC.)

2. ANSEIO E BUSCA	2. AGRESSIVIDADE ADJUNTIVA (MORDE A BARRA, MOVIMENTA-SE DESESPERADAMENTE)
3. BARGANHA	3. VARIABILIDADE COMPORTAMENTAL
4. DESORGANIZAÇÃO	4. DIMINUIÇÃO DA TAXA DE RESPOSTAS (DEPRESSÃO)
5. REORGANIZAÇÃO	5. RETORNO AO NÍVEL OPERANTE (ADAPTAÇÃO)



**Figura 3.** Fases do luto e curva de extinção operante adaptadas por N. Torres

Sendo assim, as deficiências apontadas no artigo de Stroebe et al. (2017, p. 6) são resolvidas parcialmente com a adaptação de Nione Torres. A explicação a partir da curva de extinção operante atenua a 1) falta de profundidade/explicação teórica e 2) confusão conceitual e distorção do processo de luto. O estudo do processo de extinção pode também esclarecer a evidência empírica e possibilita um diálogo com os modelos alternativos. Finalmente, permite um uso flexível e adaptado ao indivíduo.

Nas contingências de perda, emerge o contexto para o luto. E os comportamentos em interação com o ambiente transformado, sejam eles de fuga/esquiva ou de enfrentamento, não garantem topograficamente o ajustamento do sujeito. Desta forma, o principal critério para avaliarmos as respostas de luto vai ser guiado pelas repercussões e efeitos dos comportamentos sobre a saúde e qualidade de vida da pessoa (física, emocional e social).

#### **1.4 Vínculo e luto na Análise do Comportamento**

Sob o viés analítico comportamental, as fases do luto podem ser consideradas classes de respostas comumente percebidas em indivíduos que experienciaram o rompimento unilateral de um vínculo. Porém, jamais deverá ser estudada como forma de protocolo a ser cumprido em sua totalidade e necessariamente seguindo uma ordem. Afinal, para a Análise do Comportamento, as topografias podem até ser semelhantes entre si, no entanto, a função de cada operante terá que ser analisada com cautela e perante um contexto (Skinner, 1953/2003).

Skinner (1953/2003) postula que todo comportamento é multideterminado e selecionado pelas suas consequências. O primeiro nível de seleção e variação do comportamento é a filogênese (a história biológica de cada um), o segundo é conhecido como ontogênese (o nosso histórico de reforçamento e interações sociais) e o terceiro e último nível se dá pela cultura (influência das práticas culturais).

Quanto à filogênese, Guilhardi e Queiroz (1997), afirmam que um vínculo adequado entre duas ou mais pessoas é estabelecido quando há predominância de contingências reforçadoras e o abrandamento de contingências aversivas. O vínculo mãe-filho, por exemplo, assume um caráter adaptativo, posto que, assegura que as necessidades mútuas sejam contempladas através de reforçamento, favorecendo assim, a sobrevivência dos envolvidos (Torres, 2010). Nessa mesma linha de raciocínio evolucionista, o contrário também é verdadeiro. Se por um lado, boas relações aumentam as nossas chances de permanecermos vivos, por outro, a perda de um vínculo gerador de bem-estar provoca alterações estressoras significativas no ambiente de quem sofre a perda. As consequências geradas incluem perda de proteção, de colaboração, de apoio em momentos difíceis. Em sociedades primitivas, a perda de um parceiro pode colocar a vida do enlutado em risco (Hoshino, 2006).

Com relação às seleções ontogenéticas, o histórico do enlutado com suas perdas anteriores pode influenciar na forma em que o luto será vivenciado ao facilitar o ajustamento psicológico frente às perdas posteriores (Kovács, 2003). No entanto, há uma diferença muito grande com relação às outras despedidas ao longo da vida, devido à perda por morte ser irreversível e, conseqüentemente, acarretar um sofrimento potencialmente maior se comparado às demais (Olinto, 1993).

As práticas culturais determinam como comunidades encaram a finitude da vida. No ocidente, é frequente notar adultos que fogem e/ou esquivam-se de temas relacionados à morte (Ariès, 2012). E esse é o padrão comportamental esperado, ao considerar como as crianças (não) são notificadas frente à perda de um ente querido, torna-se justificável a amostra de tantos adultos com autorregras evitativas sobre a morte. A premissa principal que reforça esses comportamentos de esquiva está diretamente ligada a uma série de contraindicações supersticiosas e costumes culturais (e.g., “se falar da morte, ela chega mais rápido”; “vamos mudar de assunto, temas fúnebres não nos fazem bem”; “explique à criança que a pessoa viajou para longe sem data de retorno” etc.).

Sendo assim, a multideterminação dos comportamentos envolve níveis filogenéticos, ontogenéticos e culturais. Faz com que o processo de luto seja tão particular quanto cada história envolvida. Por isso, o bom ajuste psicológico após a perda depende dos antecedentes históricos (e.g., vínculo com a pessoa que morreu), os amparos fornecidos pelo ambiente e os estressores concorrentes nesta macro contingência (Torres, 2010; Nascimento et al., 2017).

Notamos que “enlutar-se” envolve um conjunto complexo de classes de respostas. São manifestações públicas e privadas, e como tal, a sua análise também traz complexidades particulares, tanto relacionadas à memória quanto aos cinco sentidos. Por exemplo, por trás dos vínculos, estão as emoções positivas sentidas que são somente

disponibilizadas na peculiaridade da interação, recompensas sociais intrínsecas àquela história em comum, cheiros, sons, tatos, sabores, olhares apenas acessíveis mediante o específico convívio. Sendo assim, se torna desafiador para o terapeuta, como um “cuidador formal”, oferecer e incentivar outras fontes reforçadoras para abrandar as perdas, uma vez que, “tudo o que era agradável fazer com essa pessoa, não pode continuar a ser feito” (Skinner & Vaughan, 1985, p. 73).

A extinção é um processo provocado pela suspensão do reforço. Quanto maior a magnitude desse reforço e a depender também dos esquemas de reforçamento nesse vínculo, maior a dificuldade de adaptar-se. Posto isso, “enlutar-se” é uma operação de extinção e as reações do luto seriam as consequências deste processo (e.g., no início, emitir os mesmos comportamentos em alta frequência mesmo na ausência do estímulo; revolta; variabilidade comportamental seguido por diminuição da taxa de respostas gradativamente) (Oliveira, 2014).

Haydu (2004) aponta que quando o sujeito está privado de algum reforçador (e.g., a presença de alguém) ele tende a emitir certos comportamentos para combater a privação (e.g., telefonar para a pessoa, chamar pelo nome, ficar hipervigilante esperando que ela volte para casa etc.). No entanto, ao trabalhar com o luto, os profissionais estarão frente a pessoas inseridas em contingências extremamente aversivas, com privações críticas e que jamais poderão ser supridas de forma integral independentemente da variabilidade comportamental que o sujeito evocar, o que causa reações de esgotamento e desamparo profundo.

Em uma contingência tríplice ou de três termos, “amar” e “perder” seriam eventos complexos e antecedentes, enquanto o luto com suas respostas operantes e reflexas contemplaria o segundo termo e a reestruturação da vida após a perda englobaria as consequências (Hoshino, 2006; Torres, 2010). Pode-se dizer também que o amor é a fonte

de prazer mais profunda da vida. Perder esse amor para sempre, configura-se, portanto, como a fonte da mais profunda dor. Sendo assim, o luto é uma experiência tão viva quanto o amor e não podemos ter um sem nos arriscarmos ao outro (N. Torres, comunicação pessoal, 06 de março, 2021).

Muitas reações dos enlutados frente à perda, são efeitos de controle de estímulos generalizados. Pois, é comumente relatado após a morte de alguém querido, que as pessoas mais próximas se queixam de “tudo que vejo me lembra o falecido”. As atenções ficam focadas nas lembranças daquela interação, possibilitando que todo estímulo que tenha equivalência funcional ou semelhança física com algo da pessoa que partiu provoque dor (e.g., para uma mãe enlutada, qualquer bicicleta na rua é igual à do seu filho que morreu; para um viúvo, todo tempero de comida lembra a sua esposa quando cozinhava etc.) (Oliveira, 2014).

O que anteriormente no mesmo ambiente gerava prazer e bem-estar, após a perda adquire um caráter doloroso. Sendo assim, alguns optam de forma cônica ou não, pela evitação das lembranças dos falecidos. O comportamento de esquiva passa a ser reforçado negativamente pela retirada de um evento aversivo do ambiente (Torres, 2010). Tais atitudes podem ser adaptativas e funcionais por um tempo, mas o evitar também empobrece o ambiente, restringe o acesso a outros reforçadores e gera crises adjacentes à perda inicial (Torres, 2010; Nascimento et al., 2017).

Dado o grande impacto da perda na vida do sujeito e o seu caráter de irreversibilidade, o enlutado fica diante de um estranho e transformado ambiente. Isso requer aceitação do sujeito juntamente com ações comprometidas e disposição para a construção de novas contingências de reforçamento (Freire et al., no prelo).

A duração e a intensidade do sofrimento vão variar, a depender: a) da forma com que o enlutado se sente com relação à perda; b) da idade do enlutado e da idade de quem

faleceu; c) de quanto o enlutado estava preparado para essa despedida; d) da maneira que a pessoa foi à óbito; e) do suporte emocional do enlutado e de suas experiências dolorosas anteriores; f) da história do vínculo e; g) da história individual do enlutado de amor e perda (Viorst, 1988/2002).

Ao falar de “superação do luto” ou até mesmo “cura”, é necessário enfatizar que o trabalho com os enlutados não tem como finalidade favorecer o esquecimento daquela relação. Logo, a saudade e todos os comportamentos encobertos envolvidos não vão deixar de existir, no entanto, as respostas tendem a ser realocadas ou esvanecidas gradualmente (Torres, 2010).

O profissional ao trabalhar com essa demanda, deve oportunizar um espaço de escuta não punitiva para que o enlutado fale de suas perdas, mas também de si no momento presente, a fim de reorganizar e ampliar essa autopercepção e juntos, desenvolverem maior variabilidade comportamental com o foco no que ainda pode ser conquistado (Skinner & Vaughan, 1985; Torres, 2010).

É importante ressaltar que as publicações nacionais que abordam o luto a partir da análise do comportamento (Oliveira, 2014; Santos & Santos, 2018; Torres, 2019) geralmente se referem à Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) como uma abordagem que possui estratégias para uma boa condução no trabalho com enlutados, afinal, o processo típico do luto implica na aceitação emocional e mudanças criativas (Tavares, 2001; Viorst, 1988/2002). Tal combinação de aceitação e mudança é o mecanismo de ação da ACT. Por isso, é pertinente examinar a ACT e suas contribuições à compreensão do sofrimento humano em se tratando de luto complicado, assim como, luto não complicado<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> “Luto não complicado” e “luto típico” serão referenciados como alternativas a “luto saudável” (que induz a uma visão biomédica), “luto ajustado” (que abre brechas para um juízo de valor) e “luto funcional” (como se houvesse possibilidades de comportamentos com e sem função).

### 1.4.1 A perspectiva da ACT

A terapia de Aceitação e Compromisso foi proposta por Steven Hayes durante a década de 80 e apoia-se no contextualismo funcional (nada pode ser visto de maneira isolada) e no pragmatismo (a validade de uma análise está atrelada ao seu êxito na prática). Esta modalidade da Terapia Comportamental divide opiniões quanto às suas raízes *behavioristas* pela adoção de alguns termos não-comportamentais e por enfatizar a ineficácia do controle no que diz respeito ao manejo das emoções (Saban, 2015).

Com relação aos conceitos não-comportamentais, há quem defenda que é para o melhor diálogo com leitores não habituados com os termos técnicos do comportamentalismo (Saban, 2015). Mas também tem a ver com a flexibilidade para influências relevantes do humanismo, psicanálise e até mesmo dos saberes populares e o uso de metáforas como parte das intervenções.

Para dar-se início a alusão dos principais termos novos, recorreremos ao *hexaflexo* (Figuras 4 e 5). Será explicado primeiramente o que é a  *fusão*. Fusão para a ACT é o ato de fundir pensamentos, memórias, sentimentos, a fatos. Ou seja, a pessoa que está em fusão com certos eventos privados responde a eles como se fossem representações fidedignas dos fatos. Quando o enlutado afirma “não posso seguir a minha vida porque isso seria um desrespeito com o meu falecido” ou “atividades prazerosas não são coerentes com uma pessoa que está em processo de luto”, são literalidades problemáticas porque a pessoa passa a restringir as suas interações a partir de sensações muitas vezes derivadas de vivências no passado e construções culturais, o que ocasiona no empobrecimento de seu ambiente e fontes de reforço.

Ao contrário de fusão, está a *desfusão* ou desliteralização (Hayes et al., 1999). A desfusão consiste em analisar pensamentos e sentimentos como apenas respostas, sem incorporá-los, tampouco, apropriar-se deles como a sua realidade (Saban, 2015). Esse

hábito é de grande valia pois permite que a pessoa reduza o controle por funções verbalmente estabelecidas, amplia a influência de funções diretas ou perceptuais e permite que haja a emissão de novas respostas controladas por descrições de contingências atrasadas, como é o caso dos valores (Blackledge, 2007).

Com relação à *esquiva experiencial*, trata-se de um padrão comportamental incentivado culturalmente no qual a pessoa diante de uma situação aversiva se esquiva das sensações desagradáveis que aquela ou outras vivências anteriores parecidas trazem, na tentativa de controlar o mal-estar por meio do reforçamento negativo (Saban, 2015). Este tipo de controle é contraproducente, mas pode parecer funcionar momentaneamente pela supressão de respostas. Contudo, não é eficaz contra a situação em si, visto que, as contingências ambientais não foram modificadas e tampouco houve o aumento no repertório de enfrentamento do sujeito (Saban, 2015).

Em síntese, a pessoa ao se comportar de forma a esquivar-se experiencialmente está privando o seu próprio sentir no momento presente, além de perder oportunidades para analisar aquela contingência de outra maneira e aprimorar o seu autoconhecimento para situações semelhantes no futuro (Saban, 2015). Sendo assim, ao invés da tentativa incessante do controle das emoções, a ACT propõe a consciência ativa das mesmas.

Contextualizamos isso com a vivência do enlutado. A perda de alguém querido traz sensações negativas muito fortes como desespero, angústia, tristeza profunda etc. O sujeito fará esquiva experiencial quando, por exemplo, cansado de tanto mal-estar ao lembrar do falecido, começa a abusar de álcool para anestesiar suas emoções e sentidos. A contingência da perda ainda estará em vigor, as memórias continuarão presentes em todos os cantos, o enlutado apenas camufla as frustrações ao inserir de forma substitutiva, outra contingência ainda mais nociva a longo prazo do que a dor genuína de um laço interrompido (Gaitán et al., 2017).

Em um cenário mais eficiente, o enlutado, ao sentir as emoções desagradáveis frente às lembranças da perda, se permitiria vivenciá-las assim que fossem eliciadas, tratando-as com naturalidade e refletindo sobre elas. Quando aquele que sofre, se torna cômico de que essas sensações são autênticas e honram a nobreza do significativo vínculo. Além disso, a vivência informará que novas contingências de reforço irão, pouco a pouco, se instalar novamente e ele estará pronto para a aceitação.

A *aceitação* envolve a observação dos nossos eventos privados. Para observarmos, precisamos senti-los, o que faz com que esta prática caminhe em direção oposta à esquiva experiencial (Saban, 2015). Exige-se treino de habilidades para percebermos com mais afinco a efemeridade das sensações vindo e indo e como esse movimento é inerente à vida.

Outro termo importante para a ACT é a concepção de *valor*, simbolizando tudo aquilo que é importante para o sujeito, o que ele mais quer fazer, como e com quem; é aquilo que faz a vida ter um sentido (Saban, 2015). Porém, nem sempre os valores estão claros para a própria pessoa. Desta maneira, se faz necessário o levantamento dos mesmos e logo após, traçar um plano de ação em direção a eles e a isso é dado o nome de *ações com compromisso*.

Hayes et al. (2004) endossam também a importância de compreendermos o “eu”, ou seja, o que cada um aprendeu/experenciou sobre ser si mesmo de três diferentes maneiras: o eu conceitual; o eu vivencial e o eu observador. De um certo modo, quando a pessoa vivencia um luto muito intenso, aquilo que ela era antes da perda vai se esvanecendo para dar lugar ao que a saudade fez com ela. Isso desorganiza e restringe a percepção do seu “eu”, o que torna ainda mais importante o aprofundamento dos estudos nessas temáticas que serão melhor desenvolvidas abaixo.

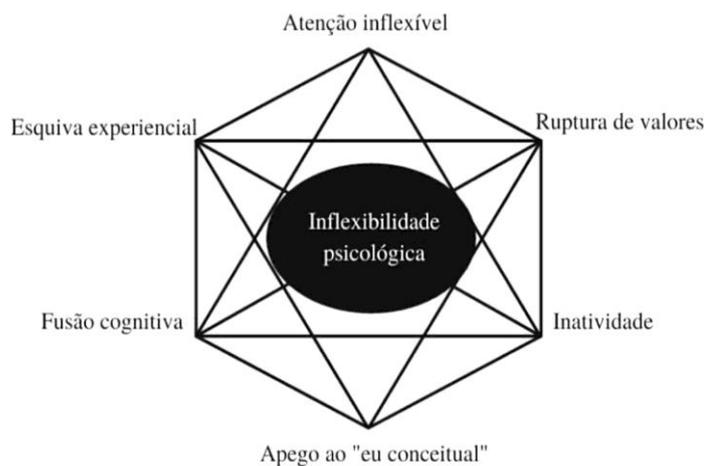
O “*Eu conceitual*” - diz respeito ao que percebemos e pensamos acerca de nós mesmos, vai muito de encontro a definições rígidas de “personalidade”. Quando a pessoa se identifica com certos conceitos a respeito de si mesma, ela tende a se comportar com a intenção de confirmá-los e agir não espontaneamente. Portanto, as experiências pessoais do sujeito ficam à mercê do seguimento dos autoconceitos de forma literal e fixa, gerando inflexibilidade e resistência à rigidez comportamental.

O “*Eu Vivencial*” - é quando a pessoa se apropria daquilo que sente com vigor e descreve-se de acordo com suas próprias emoções. Para poder entrar em contato com esse “eu”, se faz necessário reconhecer adequadamente as sensações corporais diante de várias circunstâncias da vida. No geral, os sujeitos que se comportam de forma tão cônica com relação aos seus estados emocionais possuem desde a primeira infância um bom histórico de reforçamento em sua comunidade verbal para discriminar e respeitar aquilo que é sentido. Porém, o contato com o “eu vivencial” também pode ser cultivado por exercícios vivenciais ou meditação.

O “*Eu observador*” – trata-se de uma perspectiva na qual a pessoa é cônica de que ela não é definida por suas vivências e nem tampouco pelos seus conceitos, pois ambos fazem parte de contingências que o sujeito lida, mas que são diferentes dele próprio. O “eu observador” é o contexto pelo qual os pensamentos e sentimentos passam. É o lugar onde as experiências ocorrem. Esse distanciamento entre o que acontece conosco e o que somos é saudável e favorece a clareza na tomada de decisões, melhor compreensão dos eventos como passageiros e maior flexibilidade para nova experiências.

Sendo assim, para ampliar a concepção dos terapeutas acerca de padrões comportamentais dos clientes que favorecem ou não contingências aversivas, Wilson et al.

(2012) apresentam uma forma didática para reflexão e intervenção por meio dos *Hexaflexos*<sup>7</sup> a serem discutidos a seguir.



8

**Figura 4.** O *hexaflexo* do luto complicado<sup>9</sup>

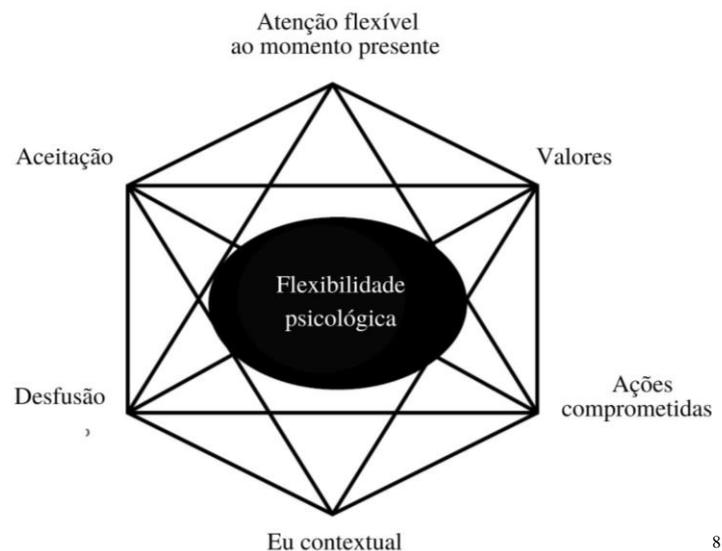
Podemos usar o *hexaflexo* em uma contextualização do luto complicado: 1) atenção inflexível – é a falta de contato com o momento presente; viver no passado ou em um futuro desolado, perdendo as oportunidades do aqui-agora, se dá, por exemplo, quando a pessoa ruma constantemente pensamentos de culpa/remorso voltados para o falecimento do ente querido, dirigindo suas ações baseadas apenas no que poderia ter sido feito; 2) a esquiva experiencial é comumente percebida quando o enlutado evita, a qualquer custo, a sensação de melancolia advinda da sua perda, sendo assim, distancia-se ao máximo da necessidade de pensar/falar sobre temas que contemplem tal partida e afasta possibilidades de um luto restaurador; 3) a fusão cognitiva se faz presente quando a pessoa toma seus pensamentos como fatos, por exemplo, ao afirmar “agora a minha vida não vale mais

<sup>7</sup> “Hexaflexo” é um neologismo que foi elaborado com a intenção de traduzir o termo original para o português e manter o sentido da multiplicidade nos processos através do hexágono e a ideia de flexibilidade, uma vez que, esses processos interagem entre si e representam em conjunto um padrão comportamental que pode ser favorecedor de contingências positivas ou não.

<sup>8</sup> Ambas as figuras dos hexaflexos foram adaptadas a partir da versão corrigida da tese de Roberta Kovac, pg. 23, disponível em [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fteses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F47%2F47133%2Fde-15012019-153511%2Fpublico%2Fkovac\\_corrigida.pdf&cflen=2982233&chunk=true](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fteses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F47%2F47133%2Fde-15012019-153511%2Fpublico%2Fkovac_corrigida.pdf&cflen=2982233&chunk=true).

<sup>9</sup> A proposta original de Hayes et al. (2006) afirma que esse modelo de hexágono contempla padrões comportamentais determinantes no sofrimento psicológico. Contudo, a autora do presente trabalho expande a análise e contextualiza essa rigidez e inflexibilidade em um olhar sobre o luto complicado.

nada” e achar que condiz com a realidade literal ao invés de falar “no momento dessa dor, tenho pensamentos que dizem que a minha vida não vale mais nada”; 4) o apego ao “eu conceitual” ocorre quando o enlutado se apropria de conceitos/adjetivos, por exemplo, “eu sou triste” como se o conteúdo da frase fosse intrínseco a ele independente de modificações ambientais; 5) na falta de clareza a respeito dos valores, o enlutado pode, por exemplo, se render a comportar-se mediante às expectativas alheias acerca da forma com que deve processar a sua dor ao invés de experienciá-la com autenticidade; 6) a pessoa sem compromisso com seus valores, age sob controle das emoções, por exemplo, quando está triste ou desanimada, responde com inércia e sob a influência de revolta ou culpa, responde de maneira impulsiva.



**Figura 5.** O *hexaflexo* favorecedor de consequências positivas

O processo terapêutico com o enlutado<sup>10</sup> promove 1) a aceitação, o ato de abraçar os sentimentos da forma em que eles se apresentam, sem discriminar os agradáveis dos desagradáveis, por exemplo, quando o cliente entende que as experiências negativas, tais como, as dores pela perda, também fazem parte da vida e a solução para as mesmas não se dá através da esquiva; 2) a desfusão, alcançada quando o enlutado consegue fazer a

<sup>10</sup> A presente análise sobre a contingência de trabalhar com enlutados também foi proposta pela autora a partir das explicações de Hayes et al (2006) acerca do modelo de hexágono com flexibilidade psicológica e suas consequências reforçadoras para uma vida com mais sentido.

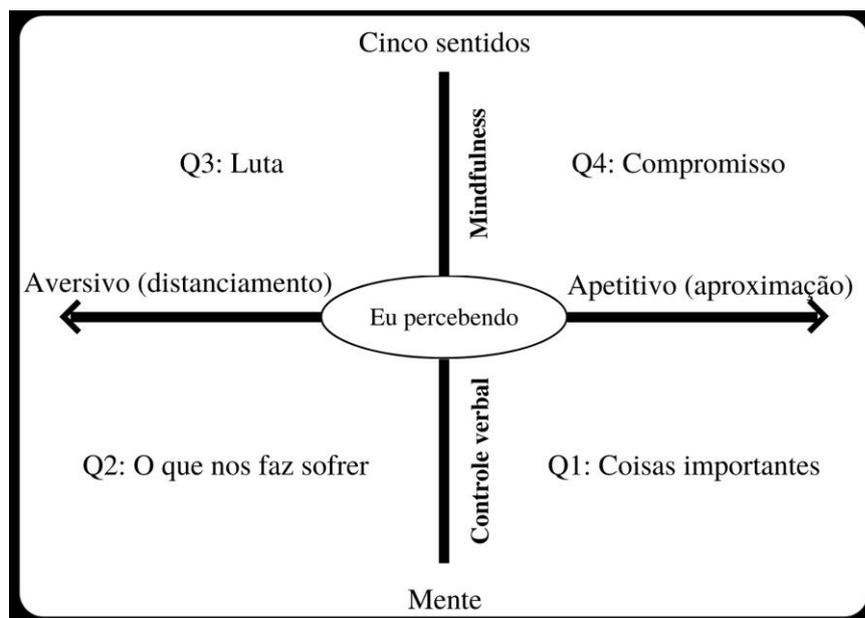
distinção entre o que ele pensa e do que é, por exemplo, ao saber que o pensamento “não tenho mais forças para seguir adiante” é apenas um pensamento e não corresponde com a realidade de forma literal e que os pensamentos variam de acordo com as contingências vividas; 3) o envolvimento no presente quando a pessoa se comporta de forma dinâmica baseada no aqui-agora, por exemplo, ao respeitar e concentrar-se nas consequências corporais que são eliciadas no momento em que se dispõe a prestar atenção na sua saúde; 4) estar em contato com o seu “eu como contexto”, quando se identifica com o espaço em que os pensamentos e sentimentos passam, por exemplo, ao perceber que ele não é o que pensa, mas sim o contexto onde não há somente desolação e tristeza, mas também muitas outras coisas acontecendo; 5) identificar claramente os seus valores, como por exemplo, o benefício de frequentar semanalmente o seu grupo de apoio aos enlutados, tem a maior probabilidade de fazer escolhas que gerem consequências positivas no ambiente; 6) compromisso com o que é importante para a pessoa, quando opta, por exemplo, em respeitar e viver a sua dor genuína e peculiar, assim como, as suas respectivas e variadas manifestações, independentemente do julgamento de terceiros.

Posto isso, a Terapia de Aceitação e Compromisso ensina o cliente a perceber as armadilhas da linguagem e favorece a suspensão da luta contra os próprios eventos privados, beneficiando o luto com menos probabilidades de complicações (Gaitán et al., 2017; N. Torres, comunicação pessoal, 06 de março, 2021). Oportunizar a atenção plena no momento presente junto à realidade da perda e colaborar para a aceitação do processo não retilíneo do luto.

Outro recurso didático da ACT é o diagrama da matrix criado por Kevin Polk, cujo objetivo é propor uma reflexão acerca da ligação da experiência interior (sensorial e mental) com os problemas psicológicos. A figura é usada com a intenção de aumentar a flexibilidade psicológica do cliente. É estruturada por duas dimensões fundamentais

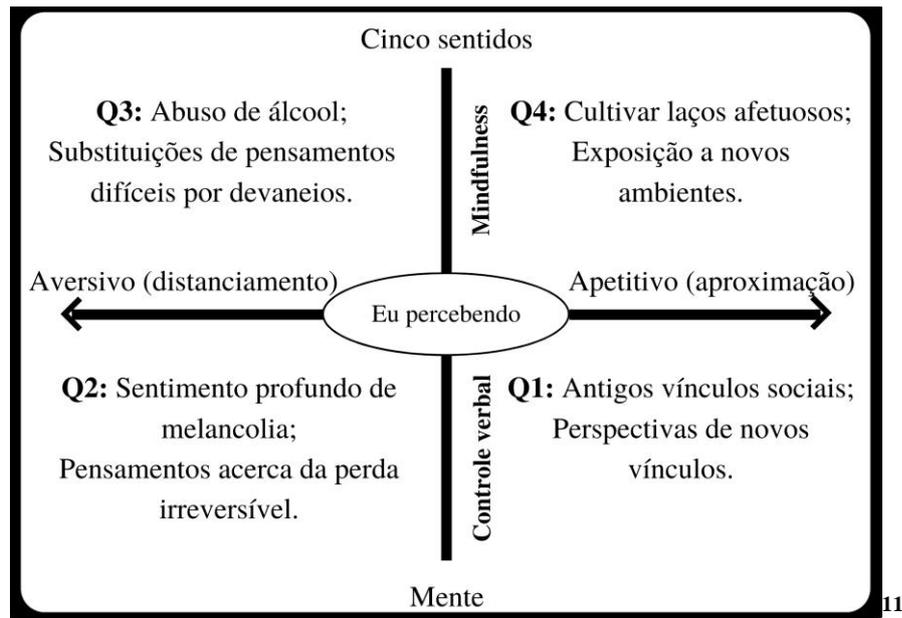
(Figura 6): a dimensão público/privado, que contempla as experiências dos “cinco sentidos” *versus* “experiência mental” (D1) e a dimensão apetitiva/aversiva, que engloba os movimentos de “aproximação” ou “distanciamento” (D2).

Ao se deparar com a matrix, o cliente ganha clareza acerca dos seus padrões comportamentais públicos e privados, bem como as principais classes de variáveis mantenedoras deles. Sendo assim, configura-se como uma alternativa para o treinamento do “eu contextual”.



**Figura 6.** Distinções fundamentais na matrix e utilização dos quadrantes.

O quadrante Q1 representará as coisas importantes para a pessoa, ou seja, seus valores/o que a faz pensar que vive uma vida pela qual se justifique viver e que traz bem-estar quando estão presentes (aproximação), ao passo que, no quadrante Q2 são as experiências desagradáveis e sofridas de serem sentidas, que na grande maioria das vezes, preferimos afastar delas. Já no quadrante Q3 são aqueles comportamentos de luta/manejo na tentativa de afastar do sofrimento exemplificados no quadrante Q2. Por fim, o quadrante Q4 é o emprego de ações compromissadas na tentativa da aproximação daqueles valores ilustrados no quadrante Q1 (Finger, 2015).



**Figura 7.** Exemplificação da matrix no processo de luto.

Contextualizando a matrix para o processo de luto<sup>12</sup>, temos, por exemplo, a percepção da importância dos antigos vínculos sociais como um valor em Q1, assim como, o desejo de construir novos vínculos. Em paralelo, Q4 mostra as ações que corroboram para que tais vínculos sejam mantidos e/ou resgatados (e.g., demonstrações de afeto, contato frequente por telefone, exposições emocionais etc.) e para favorecer a construção de novos vínculos (e.g., exposição a novos ambientes).

Do outro lado, temos em Q2 os pensamentos relacionados ao luto que, na maioria das vezes, causam grandes sofrimentos, como por exemplo, o sentimento profundo de melancolia e os pensamentos recorrentes acerca da irreversibilidade da perda. E em Q3, comportamentos de manejo e anestesia do desconforto que o Q2 traz exemplificado como o abuso de álcool e a substituição dos pensamentos enlutados por devaneios.

Em síntese, tanto o hexaflexo quanto a matrix são instrumentos que podem contribuir para a proposta de intervenção da presente pesquisa, em prol do desenvolvimento da flexibilidade psicológica nos participantes. É importante ressaltar que a qualidade de vida

<sup>11</sup> A presente exemplificação da matrix e o processo de luto foi proposta pela autora.

<sup>12</sup> Martinez (2019) apelidou de “*Grieftrix*” a matrix na contingência de luto e pode ser acessada em <https://www.theactmatrix.com/pages/grieftrix>.

implica em relações mais saudáveis com os outros e consigo mesmo e, para isso, é requerido um equilíbrio entre cultivar aquilo que é importante *versus* identificar os padrões que dificultam a experiência de uma vida com mais sentido (Hayes, 2006).

Àqueles terapeutas que não abrem mão dos instrumentos psicométricos, Gaitán et al. (2017) sugerem para o trabalho com enlutados: o Inventário de Luto Complicado Revisado (IDC-R-ECEP), o Questionário de Aceitação e Ação-II (AAQ-II-YUC), a Lista de Verificação de Sintomas 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1996) e o Inventário de Qualidade de Vida e Saúde (InCaViSa). Embora os autores supracitados ratifiquem a importância da análise funcional como a poderosa ferramenta de avaliação dos terapeutas comportamentais.

Estar cômico dos nossos padrões comportamentais e suas consequências favorece a mudança de repertório. No entanto, promover esse processo de conscientização através de recursos didáticos como os sobreditos parece ser de mais fácil assimilação, principalmente, no estágio inicial, ou seja, na aquisição de novos comportamentos.

#### **1.4.2 ACT e grupos terapêuticos**

Segundo Ruiz et al. (2017), é fundamental que os participantes do grupo estejam cômicos de três aspectos acerca do funcionamento psicológico: a) a diferenciação dos eventos encobertos e as experiências por meio dos cinco sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar); b) o engajamento na promoção de ações direcionadas aos valores e diminuição da esquiva experiencial; c) a relevância em adotar a postura do “eu observador” e escassear a desfusão cognitiva.

Alinhado à proposta do parágrafo anterior, toda sessão deve ser cuidadosamente elaborada com o objetivo de alcançar gradualmente os aspectos citados. Para isso, Ruiz et al. (2017) elencaram quatro perguntas essenciais para os terapeutas refletirem ao longo dos encontros: a) a tendência comportamental dos membros do grupo está mais para a evitação

ou disposição em relação aos seus valores? b) demonstram justificativas sustentadas em fusões emocionais ou se aproximam mais de vieses contextuais e as consequências de suas próprias experiências? c) os participantes diferenciam as ações que os aproximam das que os afastam de uma vida com mais significado? d) quais recursos didáticos da ACT podem favorecer a coleta de dados relevantes?

A terapia em grupo com princípios ACT permite o uso de técnicas da terapia comportamental clássica, assim como, de outras perspectivas terapêuticas e, sobretudo, o uso de metáforas e exercícios de atenção plena ao momento presente (Brandão, 2008; Ruiz et al., 2017). Ainda segundo Ruiz et al. (2017), é de extrema importância que o programa seja adaptado/criado de acordo com as necessidades e repertórios dos participantes.

Norcross e Wamplond (2011) enfatizam que o acordo terapêutico, a ideia de unidade grupal, o comportamento de empatia entre os membros e a apuração dos *feedbacks* são os componentes indispensáveis para obter bons resultados em um grupo. Para potencializar os ganhos em uma terapia em grupo, Yalom (1985) e Vinogradov e Yalom (1996) citam 11 fatores de grande relevância: 1) universalidade (as pessoas ficam mais à vontade ao perceberem que os outros participantes enfrentam problemas similares aos delas); 2) altruísmo (notar a sua utilidade e o seu impacto positivo na vida do outro aumenta o contentamento pessoal, além de reforçar a abertura de quem recebe a ajuda); 3) coesão do grupo (o sentimento de pertença/coletividade é reforçado nas relações desenvolvidas, diminuindo a percepção de solidão); 4) socialização (o grupo terapêutico favorece o aprendizado de interações mais positivas uns com os outros); 5) imitação ou modelagem (a fluidez do grupo possibilita os integrantes a se comportarem ajustadamente de forma semelhante); 6) aprendizagem interpessoal (o aprimoramento das habilidades sociais entre os membros incrementa o repertório social dos participantes); 7) recapitulação do grupo

familiar primário (a convivência em grupo facilita a identificação e modificação dos comportamentos desajustados aprendidos em contextos familiares); 8) esperança (perceber a evolução da melhora nos colegas contribui para a adesão e constância nos encontros); 9) informação participativa (as partilhas e trocas sociais fortalecem a colaboração); 10) catarse (dividir as emoções que em outros ambientes são evitadas e punidas se torna valioso e diferencial para o grupo); 11) enfrentar fatores existenciais (dialogar coletivamente sobre questões existenciais como o medo da morte, por exemplo, enriquece a experiência no grupo).

### **1.5 O ‘Dual Process Model’ do luto (DPM)**

O modelo de processo duplo foi proposto por Stroebe e Schut (1999) e é caracterizado pela compreensão do luto como um fenômeno dinâmico, que engloba várias ações que oscilam e interagem entre si (Carr, 2010). O DPM reconhece dois tipos de estressores: aqueles relacionados com a perda (e.g., perda do companheirismo; perda de atividades em conjunto; perda de momentos juntos; perda do poder de compra etc.) e outros que dizem respeito à restauração (e.g., ter que enfrentar o mercado de trabalho; precisar encarar ambientes para resgatar e desenvolver atividades sociais; necessidade de reorganização da rotina etc.).

As pesquisas clássicas produzidas sobre o luto enfocam os comportamentos orientados à perda. E, de fato, configura-se uma marcha bastante dolorosa. No entanto, o desenvolvimento do processo de restauração também engloba desafios e estressores que exigem uma significativa flexibilidade do sujeito. São dois processos em diferentes campos: o processo de orientação à perda e o processo orientado à restauração. Ambos envolvem uma oscilação entre confronto/enfrentamento e a evitação/distração (Stroebe & Schut, 1999).

Ajustar-se às mudanças substanciais da vida após a perda é fonte de estresse: e.g., a pessoa precisa desenvolver o domínio nas tarefas que o falecido costumava realizar, como culinária, gerenciamento das finanças etc. (Carr, 2010; Stroebe & Schut, 1999). E em contraposição às teorias tradicionais do luto que desconsideram as vantagens da esquiva, o modelo sugerido por Stroebe e Schut (1999) realça os benefícios que os enlutados adquirem ao se comportarem de forma esporádica com direção a negar a perda. De acordo com o DPM, acredita-se que o luto é adaptativo quando essa confrontação e evitação ocorrem alternadamente e com a dosagem apropriada de oscilação.

Enquanto o modelo consagrado de *coping* de Folkman e Lazarus (Dias & Pais-Ribeiro, 2019) separa processos de lidar com estresse em, por um lado, esforços focados no problema (tentativas de modificar a fonte de estresse) e, por outro lado, esforços focados na emoção (tentativas de modificar a reação emocional ao estresse), o DPM considera que os dois processos ocorrem de maneira intrinsecamente entrelaçada.

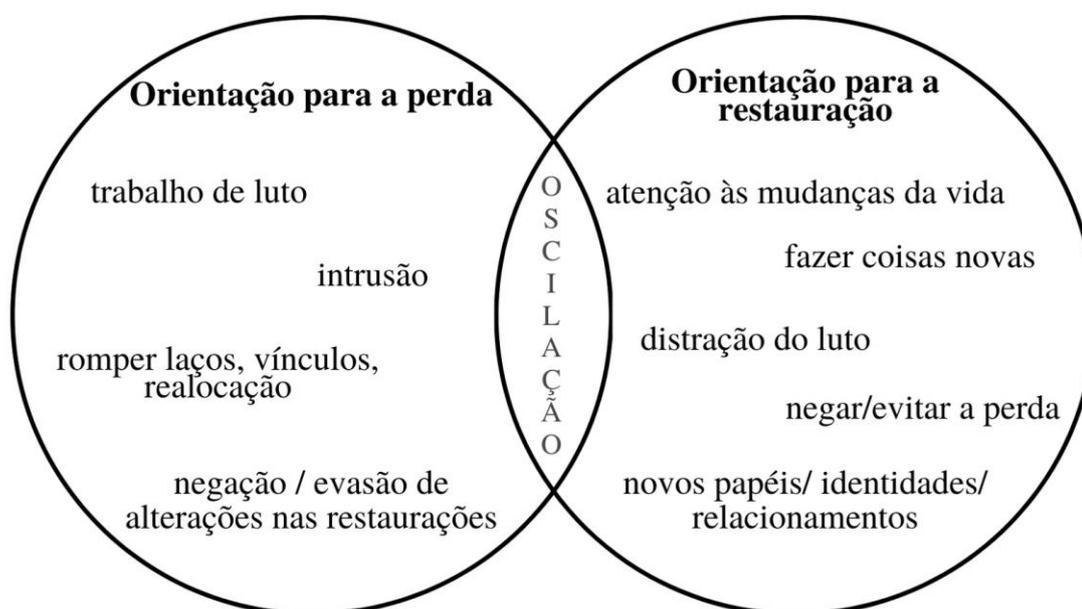
Os enlutados encaram um leque de estressores, alguns deles podem ser trabalhados com o foco no problema, outros podem ser mais bem elaborados por meio do manejo da emoção, ou com ambas as estratégias de forma concomitante. Para certos estressores a resposta mais adaptativa seria a exposição (entrar em contato) e para outros, a esquiva. Em muitos casos, porém, o mesmo estressor exige enfrentamento em um momento e evitação em outro.

O processo de oscilação entre evitar e o enfrentar é análogo ao movimento de pêndulo. Tal revezamento pode ocorrer voluntariamente, ou seja, fruto da escolha cônica do enlutado, mas também pode ser involuntário, na qual quando o sujeito evita e/ou enfrenta sob controle de certas contingências sem se questionar ou saber do porquê. Esse movimento pendular quando ocorre de forma fluida e equilibrada resulta no que Stroebe e Schut (1999) consideram como luto com potencial efeito reorganizador.

Como supracitado, o sujeito que experiencia o luto fica diante de uma gama de estressores com diferentes topografias. Alguns estressores eliciam respostas emocionais negativas por eles mesmos, outros também geram efeitos secundários e terciários indesejados como a desorganização da rotina, alterações no padrão de vida e relacionamentos etc.

Cook e Oltjenbruns (1989/1998), classificam a sucessão de perdas como “dissincronia do luto”, por exemplo, quando há o luto dos pais resultante da perda de um filho (perda primária), pode influenciar uma perda secundária (mudanças no relacionamento entre os cônjuges) e gerar mais uma perda terciária (o divórcio). Portanto, o que ocorre na maioria das vezes é um encadeamento de perdas, em que, uma perda dá início a outros processos de perda. E esses danos não são classificados hierarquicamente na literatura, visto que, são subjetivos e intimamente relacionados à história ontogenética de cada um. Contudo, outro sinal de luto adaptativo e incremental é o sujeito ter se ajustado a todas essas perdas e seus respectivos desfechos (Cook & Oltjenbruns, 1989/1998).

### Experiências da vida cotidiana



**Figura 8.** O modelo de processo duplo adaptado de Stroebe e Schut (1999).

Usando a linguagem da ACT, no luto complicado ou traumático (dificuldade de aceitar a realidade da perda no transcorrer do tempo), a dinâmica do pêndulo pode ocorrer também, no entanto, difere-se por sua intensidade excessiva. A pessoa fica sob controle extremo ora da perda (fusão), ora da evitação (esquiva experiencial) (Gaitán et al., 2017).

O modelo DPM dá a mesma ênfase nas tensões práticas do cotidiano ao lidar com o luto, sejam elas orientadas para a perda (focadas na proximidade do vínculo, do apego e do relacionamento com a pessoa falecida e da própria experiência da perda) ou para a restauração (focadas no que precisa ser tratado e como é tratado; alternativas a uma nova dinâmica e configuração de vida). É justamente essa flexibilidade dialética que promove o bem-estar do sujeito e traz o luto como um processo de reorganização após a perda (Carr, 2010).

Com relação aos comportamentos orientados para a perda, temos as seguintes taxonomias: trabalho de luto (reflexão sobre o falecido, sobre a vida anterior em conjunto e as circunstâncias dos eventos que cercam a morte); intrusão (a reexperimentação de sentimentos e ideias relacionados ao evento, conversar com o falecido, por exemplo); rompendo laços, vínculos, realocação (atribuir um novo significado à imagem do falecido, realocá-lo em um outro lugar emocional que possibilite o enlutado a viver com mais qualidade); negação/evasão de alterações nas restaurações (evita-se atividades que possam propiciar consolo ao enlutado; e.g., se afastar de ciclos sociais significativos com os quais costumava a socializar com a pessoa falecida).

Enquanto que as categorizações de práticas voltadas para a restauração englobam: atenção às mudanças da vida (considerar o ambiente modificado em todas as suas esferas, sejam elas econômicas, sociais, psicológicas, cotidianas etc.); fazer coisas novas (aquisição de novas competências para suprir o que era de responsabilidade do falecido, por exemplo); distração do luto (permitir-se envolver em tarefas distrativas como a prática de

hobbies, assistir televisão, conversar com amigos etc.); negar/evitar a perda (evitar que todas as atividades diárias do enlutado sejam direcionadas à aspectos da perda; ficar sob controle de outros estímulos); novos papéis/identidades/relacionamentos (o desenvolvimento de uma vida independente da pessoa que partiu; assumir novos vínculos e papéis na sociedade).

Contudo, é de grande valia ressaltar que ambos os tipos de orientações são conceitos didáticos para evidenciar a fluidez da teoria de Stroebe e Schut (1999) e o balanço equilibrado que esse movimento do luto natural tende a fazer entre os dois polos. Porém, por mais que um comportamento operante “X” esteja classificado no modelo DPM como uma topografia orientada para perda ou para a restauração, cabe ao terapeuta ir atrás da função do comportamento, uma vez que, a topografia pode restringir o critério de análise para a classificação, além da possibilidade de uma mesma topografia em contingências diferentes assumir funções distintas entre si.

Em síntese, tanto a Terapia de Aceitação e Compromisso quanto o modelo DPM instruem o terapeuta a uma condução mais flexível do trabalho com enlutados. No entanto, podem haver conflitos teóricos entre as duas vertentes no que diz a respeito às classes comportamentais de enfrentar ou afastar do sofrimento. O posicionamento da ACT é, sobretudo, de evitar a esquiva experiencial (é sugerido que o cliente se exponha à dor e a trate como um evento natural e passageiro) (Hayes, 2006). No entanto, o modelo DPM endossa os ganhos da oscilação entre dosagens equilibradas de enfrentamento e esquiva (Stroebe & Schut, 1999).

E a contradição entre as duas teorias possibilita brechas para afirmar que a ACT, embora mais dinâmica que outras vertentes terapêuticas, ainda assim, pareça enrijecida e protocolada enquanto o modelo DPM melhor favorece o olhar do sujeito em sua integralidade e princípios. Contudo, a ACT concede que a esquiva experiencial pode ser

útil em certas contingências, desde que não se torne limitante e predominante na vida do sujeito. O engajamento de comportamentos na direção dos valores soa coerente com o modelo DPM e torna possível a junção de ambas as práticas, ao validarem esses avanços e recuos. A exemplo disso, a Tabela 1 traz uma metáfora sobre valores da Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 1999, pp. 219-220, 228) adaptada pela autora e em seguida, uma interpretação segundo os dois vieses.

**Tabela 1.**

Metáfora do jardim.

Você é dono de um grande jardim e com frequência aparecem pássaros de uma espécie que emite um barulho desagradável. Ocasionalmente, também nascem ervas daninhas que, ao seu ver, apagam a beleza das flores. Sendo assim, você se empenha muito em espantar os pássaros e arrancar as ervas daninhas. Porém, apesar dos seus constantes esforços, os pássaros retornam e as ervas daninhas voltam a crescer. Em paralelo a isso, é válido refletir se as flores que você tanto gosta, também estão sendo cuidadas com a mesma energia: estão recebendo a quantidade de água necessária? Estão com o solo rico em minerais? Estão tomando Sol?

Moral da história: a vida é como um jardim, por vezes, adotamos uma postura voltada apenas para aquilo que queremos evitar e deixamos de cultivar coisas que nos são tão importantes. É válido espantar os pássaros e combater as ervas daninhas, contudo, é ainda mais imprescindível que voltemos os nossos olhares para aquilo que faz do jardim um lugar especial (flores; aromas; brotinhos nascendo etc.)

Com essa metáfora, a ACT favorece que o cliente perceba as insistências na esquiva experiencial (ao ocupar-se da evitação dos elementos desconfortáveis), assim como, as consequências de tais práticas (ineficazes no que diz respeito ao controle). Além disso, promove a reflexão dos valores (as flores) serem como “bússolas” e informar os melhores caminhos para seguir na intenção de uma vida (um jardim) com mais sentido.

Também há a transformação da função das “ervas daninhas” de forma pejorativa (“coisas que devemos nos livrar”) para uma função atrelada à fluidez dialética da vida (“algo que precisamos lidar porque temos um jardim”). Desta forma, o extermínio das ervas daninhas de forma permanente resultaria também no sacrifício do jardim (que é importante). Sendo assim, enfatiza-se a ideia de que por trás da esquiva experiencial há sempre um valor e se eliminarmos a dor, eliminaremos o que é importante em nossa vida.

Sob o viés do processo duplo, a moral da metáfora exemplifica a importância do equilíbrio em comportar-se de forma versátil tanto na limpeza das ervas daninhas e enxotar os pássaros quanto no cuidado com as flores e que ambas as classes comportamentais têm seus ganhos e estressores. As ervas daninhas fazem parte do sistema ecológico do jardim. Quando ocorrem em quantidade moderada, ajudam a manter esse sistema de forma saudável, o que também beneficia as flores.

### **1.5.1 Diferenças entre as teorias clássicas do luto e o modelo DPM**

De acordo com as teorias tradicionais, enfrentar e fazer o trabalho do luto são comportamentos saudáveis, ao passo que, evitar ou distrair é considerado um processo patológico. Em contrapartida, a proposta integrativa do DPM amplia a estruturação explicativa do bom ajuste psicológico na vida cotidiana do enlutado ao trazer os benefícios da justaposição entre o confronto e a evitação (Bennett et al., 2010; Carr, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

Ao contrário da proposta de Kübler-Ross (2008), o modelo DPM não propõe uma sequência de fases. Os processos acontecem por meio de uma evolução gradual e há a possibilidade de vários caminhos flexíveis e interdependentes que colaboram para uma satisfatória adaptação do enlutado em sua nova e reconfigurada rotina (Carr, 2010).

No início, as pessoas tendem a se comportarem predominantemente orientadas à perda e, paulatinamente, se orientam mais para a restauração. Variam, portanto, de acordo com o que as contingências venham a exigir das mesmas e tal oscilação faz parte de um mecanismo regulador (Carr, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

### **1.5.2 Principais pesquisas sobre o DPM**

A divulgação do modelo conheceu um salto importante em 2008 no 61º simpósio da Sociedade Gerontológica da América<sup>13</sup> em Maryland (EUA) quando na presença de profissionais de alta influência em diferentes áreas da saúde, quatro trabalhos sobre o DPM foram

---

<sup>13</sup> Importante refletir que a comunidade científica parece achar mais pertinente vincular assuntos sobre luto a eventos gerontológicos, o que vai contra as propostas de educação para a morte e deixa as pessoas menos preparadas emocionalmente para falecimentos que ocorrem em outras etapas da vida que não a terceira idade.

apresentados, sendo eles: um ensaio teórico (Shear, 2010), avaliação do programa (Lund et al., 2010), entrevistas qualitativas (Bennett et al., 2010) e uma análise quantitativa dos dados (Richardson, 2010). Estes serão detalhados a seguir.

*Ensaio crítico apresentado por Shear (2010)* – este estudo foca na dinâmica entre os enfrentamentos pela perda e restauração sob a influência do modelo DPM juntamente com a teoria do apego (Bowlby, 1979/1997). Concorda com Stroebe e Schut (1999) ao endossar a possibilidade adaptativa (pelo menos a curto prazo após a perda) de comportamentos como a evasão, visto que, distanciar-se esporadicamente das emoções negativas provenientes da perda pode resguardar o indivíduo. No entanto, discorda dos criadores do modelo DPM ao afirmar que mais do que “oscilação”, o que ocorre entre pessoas enlutadas e seus processos de enfrentamento se assemelha mais ao conceito de “sobreposição” (os processos de perda e restauração se sobrepõem e um pode originar o outro). Um exemplo dessa sobreposição seria quando o sujeito opta por fazer a evitação experiencial e logo em seguida, alivia as suas respostas de luto ao refugiar-se em novas atividades e relacionamentos.

Shear (2010) pontua também que a evasão pode assumir um caráter contraproducente e prejudicar o luto, dificultando a dor quando persistir por um certo tempo, isso se dá porque quando o enlutado assume um caráter predominantemente evitativo acaba por restringir o seu ambiente e por consequência, o seu acesso a potenciais reforçadores (e.g., afastar do antigo ciclo social que tinha em comum com a pessoa falecida). Sendo assim, a autora supracitada propõe aos enlutados fazerem uso da “revisitação imaginária” que diz respeito a entrar em contato com a morte, lembrar da perda e junto a isso, estabelecer metas para o futuro.

*Pesquisa empírica “Living After Loss”- LAL (Lund et al., 2010)* – o programa baseado no modelo DPM por Lund e colaboradores (2010) se deu através da pesquisa empírica sobre a eficácia de “Living after loss” (LAL). Avaliou-se quão apropriada foi uma intervenção em grupo baseada no processo duplo (sessões que favoreciam a oscilação entre enfrentamento para perda e

para a restauração) em comparação a intervenções tradicionais para o luto aplicadas em outro grupo (encontros voltados apenas para a perda). Foram 14 semanas de coleta de dados e os resultados contribuem para o refinamento do DPM, como por exemplo, ambos os grupos aprenderam sobre luto sem distinções significativas entre um e outro. Curioso atestar também que o grupo DPM não variou muito em comportamentos orientados para a restauração se comparado ao outro grupo (talvez porque haja variáveis intervenientes que ocorreram concomitantemente àquelas controladas e interferiram no resultado esperado). Além disso, Lund e colaboradores (2010) também ficaram surpresos a respeito de quão diferentes e peculiares podem ser as alternativas para a restauração. O que os possibilitou terem acesso a essa informação foi o fato de os relatos variarem muito entre os participantes ao responderem acerca de possíveis tópicos adicionais sobre os quais gostariam de aprender. Posto isso, sugerem-se aos profissionais que trabalham com enlutados a se interessarem pelas habilidades dessas pessoas, assim como, suas necessidades específicas e alternativas para redes de suporte.

*Análise qualitativa de entrevistas (Bennett et al., 2010)* – Bennett e colaboradores (2010) relataram dois estudos qualitativos que envolviam entrevistas com viúvos e viúvas. O primeiro deles contemplou o relato de 90 cônjuges e as perguntas se direcionavam, sobretudo, acerca de suas rotinas antes e depois da perda. Enquanto o segundo estudo se deu com 13 mulheres viúvas cuja entrevista abrangeu questões mais relacionadas à orientação para restauração. Os pesquisadores supracitados notaram que estressores específicos podem sinalizar se o ajuste pós perda foi negativo ou positivo. Com relação aos estressores que indicam um ajuste positivo são aqueles relacionados a novos papéis / identidades / relacionamentos e intrusão do luto. Ao passo que as pessoas que relatam a predominância de estressores associados à negação / evitação de alterações na restauração e distração indica um ajuste negativo. Outro ganho mediante a essas análises foi a prevalência da partilha das viúvas a respeito da dificuldade de se adaptarem com a

gestão de suas próprias finanças. Ao passo que, também se alegravam em terem se tornado mais independentes.

*Validação do conceito de processo duplo (Richardson, 2010)* – A pesquisadora Virginia E. Richardson investigou em uma amostra de 200 idosos viúvos aspectos relacionados à orientação para a restauração com o enfoque nas relações sociais e integração. O objetivo era entender até que ponto os envolvimento sociais após a perda de um ente querido resguardam o enlutado dos estressores que acompanharam o cuidado pré-perda. E pôde concluir que os sujeitos que se dispõem a cuidar do cônjuge antes da perda por longos períodos tendem a se desvencilhar mais de papéis sociais e relacionamentos significativos e por consequência, se ajustam de forma menos satisfatória após o falecimento do(a) companheiro(a). No entanto, ainda assim, esses efeitos do cuidado prolongado podem ser amenizados quando o enlutado se coloca disponível a experimentar novas contingências voltadas para a restauração (e.g., contato social com os amigos, familiares e vizinhos e participação em novas atividades).

Em síntese, os quatro artigos contribuem para testar e refinar o modelo de processo duplo, sendo três deles de pesquisas empíricas (Bennett et al., 2010; Lund et al., 2010 e Richardson, 2010) e um ensaio teórico (Shear, 2010). Há concordâncias ao analisarem que um bom ajuste psicológico pós perda requer também os enfrentamentos para a restauração, indo contra às teorias clássicas do luto que só consideram a importância da orientação para a perda e seus desfechos (Carr, 2010).

No entanto, devido ao fato de poucos estudos terem testado o DPM empiricamente fez com que surgissem algumas dúvidas não sanadas nesses trabalhos. Uma delas é, por exemplo, se seria possível afirmar que existem graus ideais de comportamentos orientados para perda e para a restauração no decorrer do curso do luto? Podemos falar em um equilíbrio esperado entre os enfrentamentos de perda e restauração e, se caso exista, ele muda com o tempo? (Bennett et al., 2010).

O presente estudo não pretende responder a essas perguntas, mas permitir que a complexidade do modelo DPM desabroche em uma abordagem contextual do luto e provoque reflexões nos leitores acerca da urgência de se avaliar o processo de luto como uma trajetória individual e com diversas variáveis sobrepostas.

### 1.5.3 Pesquisas do modelo DPM com grupos terapêuticos

Lund e colaboradores (2010) aplicaram o modelo do processo duplo em um grupo de recém viúvos. O tratamento compreendeu 14 sessões semanais de 90 minutos das quais 7 sessões foram orientadas para a restauração e a outra metade orientada para a perda, como descrito na Tabela 2. O protocolo foi comparado com um grupo de intervenções baseado no modelo tradicional.

**Tabela 2.**

Descrição da intervenção do modelo de processo duplo de 14 semanas.

Sessões	Conteúdos	Referências ao DPM
<b>1ª – orientada para a perda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introdução e visão geral do grupo e dos processos duplos de luto;</li> <li>- Luto: o que é, reações típicas, como os grupos podem ajudar;</li> <li>- Registrar e escrever os pensamentos e sentimentos;</li> <li>- Circunstâncias em torno da morte do cônjuge;</li> <li>- Preocupações específicas dos participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho de luto</li> </ul>
<b>2ª e 3ª sessões – orientadas para a perda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensações físicas, cognições, comportamentos;</li> <li>- Como o luto afeta o funcionamento diário;</li> <li>- Como expressar sentimentos relacionados ao luto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho de luto</li> <li>- Intrusão de luto</li> </ul>
<b>4ª sessão – orientada para a perda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novas responsabilidades: uma situação única e experiências comuns;</li> <li>- Novos papéis: bem-vindo, raiva, frustração, sentimento de opressão etc.;</li> <li>- <i>Tarefa para casa:</i> qual é uma nova responsabilidade que você deseja fazer melhor?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho de luto</li> <li>- Intrusão de luto</li> <li>- Preparação para a restauração</li> </ul>
<b>5ª sessão – orientada para a Restauração</b>	<p><u>Estabelecimento de metas e prioridades pessoais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como controlar mais a situação;</li> <li>- Estabelecimento de metas como uma maneira de aprender novas habilidades e comportamentos;</li> <li>- Compartilhamento de ideias para o sucesso;</li> <li>- Como "fazer uma pausa" do sofrimento; atender às necessidades pessoais;</li> <li>- <i>Tarefa para casa:</i> estabelecimento de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender às mudanças da vida</li> <li>- Fazer coisas novas</li> <li>- Distração do luto</li> </ul>

**Continuação da Tabela 2.**

	metas: - Faça algo de bom para si mesmo.	
<b>6ª sessão – orientada para a perda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como colocar as próprias necessidades em primeiro lugar;</li> <li>- Lidar com a solidão;</li> <li>- Lidar com períodos críticos (aniversários, celebrações, feriados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intrusão de luto</li> <li>- Preparação para a restauração</li> </ul>
<b>7ª sessão – orientada para a Restauração</b>	<p><u>Cuidados pessoais e cuidados de saúde</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender às próprias necessidades de saúde: em que medida o cônjuge era um "parceiro" nas necessidades relacionadas à saúde?</li> <li>- Como utilizar o sistema de saúde e a rede de serviços de forma eficaz (imunizações, exames, gerenciamento de medicamentos, comunicação com prestadores, serviços e programas locais disponíveis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender às mudanças da vida</li> </ul>
<b>8ª sessão – orientada para a perda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que os participantes sentem falta e não sentem falta do cônjuge?</li> <li>- Negócios inacabados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho de luto</li> <li>- Reestabelecimento de laços com o cônjuge</li> </ul>
<b>9ª sessão – orientada para a Restauração</b>	<p><u>Finanças e questões jurídicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Testamentos e relações de confiança;</li> <li>- Apresentação de documentos legais e importantes;</li> <li>- Compreensão de declarações;</li> <li>- Desenvolvimento e gerenciamento de um orçamento doméstico;</li> <li>- Tomada de decisões sobre questões de propriedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novos papéis, Identidades</li> <li>- Fazendo coisas novas</li> <li>- Atendendo às mudanças da vida</li> </ul>
<b>10ª sessão – orientada para a Perda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento e prevenção de fraudes.</li> <li>- Colocar a si mesmo em primeiro lugar: lidar com pedidos de outras pessoas;</li> <li>- Coisas que interferiram na necessidade de lamentar;</li> <li>- Coisas que interferiram na necessidade de ser independente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intrusão de luto</li> <li>- Preparação para a restauração</li> </ul>
<b>11ª sessão – orientada para a Restauração</b>	<p><u>Responsabilidades do agregado familiar e do veículo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dividir as tarefas domésticas em etapas pequenas e gerenciáveis;</li> <li>- Seguir cronogramas de manutenção regulares para casa e carro;</li> <li>- Identificar e remediar os riscos domésticos;</li> <li>- Com quem entrar em contato para obter ajuda e como evitar ser enganado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender às mudanças da vida</li> <li>- Fazer coisas novas</li> <li>- Distração do luto</li> </ul>
<b>12ª sessão – orientada para a Perda</b>	<p><u>Rotina nutricional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprando um e compreendendo os rótulos;</li> <li>- Preparando refeições em uma ou duas etapas;</li> <li>- Porções congelantes para uso posterior;</li> <li>- Compartilhando receitas;</li> <li>- Encontrando assistência nutricional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender às mudanças da vida</li> <li>- Fazer coisas novas</li> <li>- Distração do luto</li> </ul>

**Continuação da Tabela 2.**

	na comunidade.	
<b>13ª sessão – orientada para a Perda</b>	<u>Permanecendo socialmente conectado</u> - Funcionando "confortavelmente" como pessoa solteira; - Atividades de entretenimento ou lazer baratas e acessíveis; - Envolvendo-se em experiências de socialização não ameaçadoras; - Encontrando oportunidades de voluntariado.	- Atender às mudanças da vida - Novos papéis, identidades - Novos relacionamentos - Distração do luto
<b>14ª sessão – orientada para a perda e restauração</b>	- Redescobrir fontes de alegria, satisfação e crescimento; renovando velhos interesses e explorando novos; - “Um tempo para lamentar - Um tempo para dançar”; dedicar tempo ao luto e afastar-se do luto; - Ter expectativas realistas; - Onde aprender mais.	- Todos os elementos acima.

Conforme demonstrado na tabela acima, o trabalho “*Living after loss*” (Lund et al., 2010) abrangeu sessões orientadas para a perda e restauração. As sessões começam focadas na perda e, gradativamente, são inseridas intervenções para a restauração, ao passo que, no último encontro todos os tópicos trabalhados anteriormente puderam ser contemplados em conjunto.

Um trabalho mais recente que também contempla a aplicabilidade do modelo DPM foi desenvolvido por Chow et al. (2019). Este estudo traz uma proposta diferente por ressaltar a necessidade de estudar as práticas culturais dos participantes, sobretudo, porque tratou-se de uma amostra inovadora ao envolver viúvos chineses de 60 anos ou mais, cujos cônjuges faleceram nos últimos 2 anos e isso foi levado em consideração para o *design* das intervenções, além dos postulados teóricos do modelo DPM a ser mais bem explicado a seguir.

Chow e colaboradores (2019) montaram um grupo para viúvos idosos. O programa consistiu em uma sessão semanal, com duas horas de duração por 7 semanas e conforme o modelo do processo duplo, seguido por um passeio ao ar livre de 4 horas para finalizar com a oitava sessão (vide Tabela 3). Também foram comparados os resultados com um grupo controle cuja estrutura era a mesma, porém, com intervenções dirigidas para a perda.

**Tabela 3.**As intervenções no grupo experimental de Chow e colaboradores (2019).

<b>Grupo experimental (modelo DPM)</b>		
<b>Sessão</b>	<b>Intervenções orientadas para a perda</b>	<b>Intervenções orientadas para a restauração</b>
1	Visão geral do luto	
2	Reações físicas, emocionais e comportamentais.	
3	Relacionamento com o falecido (3/4 da sessão)	Novo relacionamento com o falecido (1/4 da sessão)
4	Relacionamentos com os outros (1/2 da sessão)	Novos relacionamentos com os outros (1/2 da sessão)
5	Relacionamento consigo mesmo (1/2 da sessão)	Relacionamento consigo mesmo (1/2 da sessão)
6	Alimento para o pensamento (1/2 da sessão)	Alimento para o pensamento (1/2 da sessão)
7		A saúde em primeiro lugar
8	Um tempo para lamentar (1/8 da sessão)	Um tempo para dançar (7/8 da sessão)

A Tabela 3 também ilustra a forma com que os conteúdos foram trabalhados ao longo das 8 sessões no grupo experimental. Nas sessões 3, 4, 5 e 6, os pesquisadores usaram as mesmas temáticas com propostas diferentes para perda e restauração, o que fica didaticamente interessante para que os participantes enxerguem os estressores envolvidos nas duas esferas de forma mais clara. Curioso que Chow e colaboradores (2019) também usaram como forma de intervenção final o versículo bíblico de Eclesiastes (3, 1- 15) com a referência ao trecho de tempo para lamentar e tempo para dançar e nesta tabela ficou ainda mais explícito que a reflexão acerca do tempo para dançar (orientada para a restauração) ocupou 7/8 da última sessão enquanto que o tempo para lamentar correspondeu a 1/8, o que proporciona aos participantes encerrarem o grupo com percepções ainda mais apuradas para a restauração (diferentemente dos grupos clássicos do luto e tudo o que a nossa sociedade reforça prioritariamente voltada para a perda).

*A pesquisa de Chow e cols. (2019) – Com grupos terapêuticos e recrutamento de forma randômica e controlada. O grupo experimental contou com o delineamento considerando igualmente a orientação para perda e para a restauração, assim como, a oscilação entre elas (vide*

modelo DPM). O grupo controle focou em orientações apenas para a perda. Todos os grupos tiveram a duração de 8 sessões (1 sessão por semana) e os participantes foram avaliados em 3 condições: pré intervenção, pós-intervenção e acompanhamento de 16 semanas. Foram 11 grupos com a proposta DPM e 6 com a ideia de trabalho do luto tradicional, ao todo 125 viúvos. Os dados foram coletados e analisados de forma estatística, também sob o viés qualitativo e puderam concluir no geral que em ambos os tipos de grupo os participantes relataram níveis menores de depressão pós-intervenções e acompanhamento, assim como, redução estatística superior na percepção de ansiedade e solidão no grupo DPM em comparação ao grupo controle. Sendo assim, mais uma comprovação empírica para validar o modelo de processo duplo e sua contribuição para um ajuste melhor pós luto.

### **1.6 Outras abordagens terapêuticas para grupos de luto**

Trabalhar com luto requer lidar diretamente com memórias. A principal proposta da Psicoterapia de Reminiscência (Res, 2013) é que a revisão da vida promove cura. Os participantes relembram suas experiências passadas de forma coletiva, construindo juntos, uma noção integrativa e sensação de continuidade de passado e presente, além de uma visão profunda das relações sociais estabelecidas ao longo da vida, transmissão da herança cultural e construção da autoestima.

A palavra “reminiscência” remete àquilo que se conserva nas lembranças. Sendo assim, a atribuição desta palavra em uma abordagem terapêutica muito tem a ver com a dialética de sentido no passado que pode auxiliar no manejo do presente. A ideia de integração é pertinente ao processo de luto, em que a dor é sentida no aqui-agora, porém, os vínculos foram estabelecidos no passado.

Segundo Erikson (Bulechek, 1992), a ressignificação do passado pode aprimorar a perspectiva de vida e de morte e o ressurgimento de conflitos não resolvidos, sobretudo, ao se tratar de idosos. A avaliação positiva da história de vida auxilia em uma visão mais otimista do presente e, conseqüentemente, diminui o medo e a ansiedade perante a finitude da existência humana.

Um estudo de Res (2013) incluiu 60 idosos em lares da terceira idade, em sua maioria viúvos e os dividiu em grupos experimental e controle. Aplicou-se questionário de saúde mental composto por 20 itens antes e depois da intervenção. A principal variável que diferenciou um grupo do outro foi o acompanhamento baseado na psicoterapia estruturada de reminiscência que esteve presente apenas no grupo experimental.

O questionário (pré-teste) no início da pesquisa informou que a saúde mental era insatisfatória para praticamente todos os idosos de ambos os grupos. Contudo, no pós-teste (após os encontros), 60% do grupo experimental informou ter melhorado significativamente neste quesito, enquanto, no grupo controle a maioria ainda apresentava um baixo nível de satisfação.

Um estudo piloto dirigido por O'Connor e colaboradores (2014) verificou a eficácia da terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT). Os objetivos foram: avaliar os efeitos desta terapia com idosos enlutados e depressivos, assim como, investigar os impactos da MBCT na memória de trabalho dos mesmos. Outros pilares envolveram: ensinar aos participantes a se tornarem mais conscientes de suas experiências e se relacionarem melhor com seus sentimentos e pensamentos.

Foi o primeiro estudo MBCT com idosos, contou com 36 participantes (18 para grupo controle e 18 para grupo experimental), *mindfulness*, ioga, meditações, fases de pré intervenção, pós-intervenção e acompanhamento. Os resultados coletados informaram um aumento da

memória no grupo experimental e uma queda de respostas depressivas graves no grupo experimental de 50% para 0% na fase de acompanhamento (O'Connor et al., 2014).

Um outro estudo piloto controlado analisou a viabilidade de um aconselhamento em grupo baseado em significado (MBGC - *Meaning-Based Group Counseling*) com um ensaio clínico randomizado na intenção de oportunizar a construção de significado no processo de luto. Foram 20 participantes enlutados sem complicações (11 para grupo MBGC com sessões semanais, 9 para o grupo de controle com suporte ao luto com sessões quinzenais). A coleta de dados durou 17 meses (MacKinnon et al., 2015).

No início, as pessoas do grupo experimental MBGC mostravam uma construção de significado no luto média baixa e índices de depressão mais acentuados em comparação ao grupo controle. Posteriormente, os participantes conseguiram dar mais sentido à sua experiência particular do luto, assim como, na construção de vínculos mais adaptativos, apesar dos sintomas de angústia variarem muito com o tempo e o processo de luto não ser linear. Além disso, as melhoras foram mantidas ou acentuadas mesmo 3 meses após o programa.

Nseir e Larkey (2013) buscaram levantar as intervenções publicadas e suas respectivas eficácias para o luto conjugal entre adultos de meia-idade (com 50 anos ou mais). Os revisores notaram que as principais intervenções para este público do ponto de vista psicológico são geralmente classificadas em (1) enfrentamento por meio de expressão psicossocial e emocional (por exemplo, grupo de apoio ao luto: Levy et al., 1993; expressão emocional: Segal et al., 1999), além disso, há o (2) manejo de questões práticas e funções adaptativas, ou as duas coisas (lidar com novos papéis, atividades de autocuidado, gestão financeira: Lund et al., 2010) e também foi encontrado um único estudo com uma abordagem específica mente-corpo (Kang & Yoo, 2007; Yoo & Kang, 2006).

Com a revisão feita e a análise comparativa entre as eficácias das intervenções, os autores Nseir e Larkey (2013) perceberam que apesar dos resultados de todos os estudos levantados terem sido melhores comparados à Linha de Base, não resultou em uma diferença estatisticamente significativa. Os estudos mente-corpo dos coreanos Kang e Yoo (2007) e Yoo e Kang (2006) foram os únicos estudos dentre os listados que apresentaram resultados um pouco mais relevantes estatisticamente, embora com variadas limitações, tais como números pequenos das amostras, números distintos de participantes entre os grupos e não randomizados.

Um dos dificultadores para a relevância dos resultados em estudos de luto é o fato de que alguns indivíduos, sobretudo aqueles que não enfrentam um luto complicado, tendem a melhorar naturalmente ao longo do tempo independente das intervenções. Isso pode justificar as melhoras semelhantes entre grupos experimentais e grupos de controle para lutos sem complicações. Esses dados vão, portanto, de acordo com uma afirmação de Schut e Stroebe (2005, p. 146) ao postularem que “quanto mais complicado o processo de luto, melhores são as chances de que uma intervenção seja eficaz”.

Porém, há a necessidade da flexibilização do que chamamos de “resultados significativos” para incentivar pesquisas também na área de lutos não complicados. Uma vez que, os enlutados ao apresentarem dificuldades em compartilhar os seus sentimentos, lidar com a realidade após a perda, aceitar os altos e baixos do enlutamento, assim como, o bloqueio para assumir novos papéis, podem se beneficiar do acompanhamento psicoterapêutico para uma jornada mais bem assistida.

### **1.6.1 Contribuições da TCI**

Em contrapartida a essa ideia desumanizadora de embotamento afetivo, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma proposta terapêutica desenvolvida ao final da década

de 80, por Adalberto de Paula Barreto, na Universidade Federal do Ceará, em consonância com a implantação da reforma psiquiátrica (Freire & Camarotti, 2015). Essa modalidade objetivou trazer trabalhos mais humanitários nos serviços de saúde, com a promoção de espaços de apoio para a expressão do sofrimento elencado às potencialidades de crescimento e aprendizado, compaixão e solidariedade, valorização do indivíduo de forma integrada (Barreto, 2013).

Um dos fundamentos teóricos que sustenta a TCI é a “teoria da comunicação”, desenvolvida por Watzlawick et al., 2011. Tal teoria prega que os processos de comunicação e as expressões comportamentais são indissociáveis, ou seja, “todo comportamento é uma forma de se comunicar; a atividade ou a inatividade, as palavras ou o silêncio, mesmo não intencionais, possuem um valor de mensagem”. Outro fundamento é o da “antropologia cultural”, que endossa a importância dos valores e autorregras na construção da identidade individual e como grupo. Deve-se, portanto, dar espaço para além do conhecimento científico, mas também valorizar o saber popular e conhecimento cultural para uma verdadeira transformação social e terapêutica (Barreto, 2008).

A Terapia Comunitária realizada em grupo, também chamada de Roda de TCI, parte do pressuposto que “cada pessoa possui recursos e saberes úteis para si e para os outros” (Freire & Camarotti, 2015, p. 544). Sendo assim, as interações genuínas ocorrem de forma horizontalizada e circular, sem imposições, ao valorizar a mensagem transmitida através de toda expressão seja ela verbal ou não, além de prestigiar as contribuições da história de vida de cada integrante para produzir soluções coletivas, favorecendo assim, vínculos sociais poderosos e promotores de saúde mental (Freire & Camarotti, 2015).

A Roda de TCI se caracteriza como uma proposta terapêutica semiestruturada, pois, muito embora a comunicação seja lateralizada, há a promoção da fluidez no diálogo,

com o intuito da democratização de partilhas e organização das temáticas, recomenda-se ao terapeuta seguir alguns passos sistematizados, como explicado a seguir (Barreto, 2008).

**Tabela 4.**

Princípios da TCI adotados no programa do presente estudo.

<b>Princípios da terapia comunitária</b>	<b>Práticas no grupo para idosos enlutados</b>
Facilitar a horizontalidade das relações de poder e a expressão livre de todos; usar os saberes úteis de todos	Formação de um círculo; Partilhas de forma circular e esquemas de reforçamento para os comportamentos eficientes aplicados a todos sem distinção
Transformar sofrimento em competência; reflexão do sofrimento como oportunidade de crescimento e aprendizado	Oferecer espaço para expressão da vivência de forma construtiva; ajudar o grupo a não julgar
Viabilização de resgate cultural; valorizar o conhecimento cultural e os códigos culturais como recursos	Acolher ditados populares, poesias, canções, experiência de vida, saberes de grupos aos quais o participante pertence ou pertenceu
Valorização de referências positivas de cada um; empoderar participantes	Ajudar a descobrir valores, oportunidades; Facilitar iniciativas e soluções pelos participantes
Desvelar aspectos ocultos do sofrimento	Orientar participantes de fazer perguntas na tentativa de entender o exposto e as suas razões
Encontrar novas maneiras de ver as coisas	Através das dinâmicas propostas e as reflexões partilhadas a partir das mesmas
Mote curinga	“Quem já viveu algo parecido e o que fez para resolver?”
Mote simbólico	Nomear a essência, e.g., “Quem já viveu [nome da perda ou do estressor que está sendo discutido]?”
É construída uma teia de comunicação que teça soluções; colocar a pessoa como parte de uma rede	Facilitar a ajuda mútua; facilitar de resgatar, melhorar ou construir redes de apoio social no ambiente do idoso
Colocar a pessoa como parte de uma rede	Facilitar construção de redes de apoio social
Avaliação final	Compartilhamento de acertos e dificuldades por meio de reflexão sobre o que ocorreu

Apesar do grupo no presente trabalho, não seguir o passo-a-passo da TCI: (a) acolhimento; b) escolha do tema; c) contextualização; d) identificação do mote; e) partilha de experiência ou problematização; f) encerramento; g) avaliação dos terapeutas, mas um protocolo específico desenvolvido para as necessidades do público, trata-se também de um

paradigma baseado na capacidade de enfrentamento e estímulo às potencialidades dos participantes. Ainda que os temas gerais de cada encontro sejam programados antecipadamente pela terapeuta, os participantes são convidados a introduzir o que os interessa em relação a este, ou a mudar o tema.

Portanto, a filosofia da TCI se encontra no objetivo do presente grupo, que pretende configurar uma estratégia para com as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos idosos enlutados, ao valorizar a reflexão sobre sofrimento como momento de possibilidades e resgatar os recursos que os próprios idosos e suas comunidades possuem. A Tabela 4 mostra como alguns princípios da TCI se encontram no grupo proposto para idosos enlutados.

### **1.6.2 Contribuições da FAP**

A psicoterapia analítica funcional (FAP) foi criada por Kohlenberg e Tsai (1991/2001) e juntamente com a ACT (terapia de aceitação e compromisso) e a DBT (terapia comportamental dialética), compõem o que se conhece por “terceira onda” das terapias comportamentais. Também chamada de “terceira geração”, esses tipos de práticas contemporâneas aliam os princípios clássicos da filosofia *behaviorista* radical com outras propostas mais integrativas a serem variadas entre uma terapêutica e outra.

A FAP, mais precisamente, possui o enfoque na relação terapêutica. Os seus idealizadores acreditam que uma relação terapêutica espontânea, íntima, honesta e poderosa é a principal variável em potencial para a mudança de comportamentos do cliente. Sendo assim, as queixas e demandas são discutidas e trabalhadas na sessão terapêutica, sob o viés das contingências naturais e com a diminuição de controle por regras. O programa desenvolvido na presente pesquisa foi cunhado de “Laços & Lutos<sup>14</sup>” e

---

<sup>14</sup> Inspirado no título do livro com o mesmo nome de Teresa Gouvêa, publicado em abril de 2016 e autorizado pela autora via *e-mail*. O livro trata justamente da dialética interdependente que envolve a finitude da vida ao ilustrar em poesias a vida e a morte, chegadas e partidas, dias de Sol e dias nublados, desassossegos e recomços como faces da mesma moeda.

incorporou este princípio de atuação, usando FAP para poder colocar os processos da ACT melhor em prática.

Por acreditarem de forma tamanha na bidirecionalidade da relação terapêutica, Kohlenberg e Tsai (1991/2001) elencaram como proposta de estudo tanto os comportamentos clinicamente relevantes do cliente (CRB1, CRB2, CRB3) quanto os comportamentos do terapeuta (T1, T2, T3) a serem mais bem explicados a seguir.

As classificações dos padrões comportamentais do cliente e do terapeuta contempladas no tipo 1 seriam os comportamentos que ocorrem na sessão e são considerados evocadores de consequências negativas, ou seja, comportamentos-problema. Ao passo que, as interações do tipo 2 (CRB2 e T2) são comportamentos contextualmente ajustados e favorecedores de consequências positivas, portanto, comportamentos-alvo a serem modelados/mantidos/fortalecidos, qualificados como aqueles comportamentos finais desejados. Enquanto os comportamentos do tipo 3 referem-se às descrições do cliente e/ou terapeuta acerca das variáveis em vigor que influenciam os seus respectivos comportamentos dos tipos 1 e 2 (Kohlenberg & Tsai, 2006).

Essas categorizações de CRB's e T's não devem seguir parâmetros pré-estabelecidos, visto que, para cada caso clínico há formas específicas de analisar e aplicar os postulados da FAP de forma funcional (o que é adequado para um contexto, pode não ser o mais útil em outro). Os objetivos para a transformação dos comportamentos-problema para os comportamentos-alvo devem estar pautados na lapidação do repertório do cliente, no favorecimento da generalização dos aprendizados no *setting* terapêutico para os outros ambientes e, conseqüentemente, na contribuição para a ocorrência de reforçamentos naturais. Quanto às melhorias para a atuação do terapeuta, ao variar o seu comportamento para padrões predominantemente do tipo 2 e 3, aprimora-se o manejo

clínico nos quesitos de flexibilidade, criatividade e eficácia, oportunizando cada vez mais as chances de relações terapêuticas curativas.

Vários autores (Conte, 2008; Hoekstra, 2008; Vaca-ferrer et al., 2020; Vandenberghe, 2016; Vandenberghe & Leite, 2018) pensaram a aplicação dessa abordagem aos grupos terapêuticos. O processo terapêutico grupal contempla várias ligações interpessoais entre pessoas com objetivos em comum e podem se transformar em relações curativas ainda mais estimuladoras de equivalência com os respectivos ambientes naturais dos participantes. Além disso, promove o aprendizado de forma mais autêntica e participativa, o que favorece ao terapeuta a modelação dos comportamentos não apenas através de seu papel desempenhado no grupo, mas sobretudo, das suas pontuações por meio das manifestações dos outros participantes (Conte, 2008).

No decorrer do grupo também há a maior oportunização de expressões de vulnerabilidade seguidas de validações consensuais entre os participantes, o que acelera o processo de aquisição de novos repertórios (Conte, 2008), principalmente pelos integrantes terem a chance de experienciar a sua dor como falantes e a dor do outro como ouvintes, criando episódios verbais e vínculos, trazendo assim, mais sentido para as contingências em grupo e extragrupo de todos os envolvidos. Posto isso, [...] “A FAP e O GRUPO parecem formar um “saudável casal”! [...] (Conte, 2008, p. 142).

Apesar de não ser possível prever como os comportamentos clinicamente relevantes se manifestarão no decorrer do grupo, a terapeuta deve estar alerta para identificá-los quando ocorrem e transformá-los em oportunidades de aprendizagem ao vivo. Pode-se imaginar como possíveis CRB's tipo 1 a aparecerem no grupo: desistir da atividade porque nada mais faz sentido; se culpar por chorar demais ou chorar de menos; remorso por achar que não fez o suficiente; culpar-se por achar que poderia ter impedido de alguma forma o desfecho daquela pessoa; percepção de ausência de recursos frente às próximas

adversidades da vida; esquivar-se de sentimentos; evitar desenvolver laços afetivos fortes o suficiente por medo de perdê-los novamente; comportamento de culpar o(a) falecido por ter morrido; questionar-se exaustivamente perante o que acontece após a morte; obrigatoriedade de ter que “tocar a vida” como se nada tivesse acontecido; culpar-se por blasfemar e questionar a sua crença religiosa; ficar com medo da morte; chorar apenas escondido; viver refém de expectativas alheias; dificuldade de engajar-se em comportamentos em prol de uma reorganização da vida.

Ao passo que, na Tabela 5 é ilustrado o oposto, ou seja, os comportamentos desejados dos participantes ao longo dos encontros (CRB2) e, do outro lado, as atividades que foram propostas para aumentar a probabilidade de suas ocorrências no decorrer das sessões, afinal, "os homens são felizes em um meio ambiente no qual o comportamento ativo, produtivo, e criativo é reforçado de forma efetiva." (Skinner, 1969, p. 64).

**Tabela 5.**

Comportamentos Clínicamente Relevantes esperados dos participantes e as atividades para promovê-los.

<b>CRB2</b> <b>Comportamentos desejados dos participantes ao longo dos encontros:</b>	<b>T2</b> <b>Atividades para promover os respectivos CRB2:</b>
Discriminar comportamentos relevantes considerando a finitude da vida sob um viés mais positivo;	Promover flexibilidade e discussão a respeito dos sentidos da vida;
Ao sentir a dor da falta, considerar também o vínculo estabelecido em vida e as heranças afetivas deixadas por aquele que partiu;	Favorecer a ampliação do conceito de luto, que obrigatoriamente advém de laços significativos;
Descrever os malefícios e a inutilidade do sentimento de culpa;	Ajudar na análise funcional do comportamento de culpar-se;
Elaborar estratégias alternativas para viver uma rotina com mais significado baseada nos valores pessoais e no aqui-agora;	Auxiliar na identificação dos valores de cada um e reforçar ações e pensamentos voltados para os recursos que ainda possuem e não apenas para as dificuldades;
Compartilhar emoções positivas e negativas com os membros do grupo a respeito do processo de luto	Incentivar a reflexão sobre as consequências positivas e terapêuticas de ter com quem contar;
Aprender a sinalizar apropriadamente aos outros do grupo de que forma se sente respeitado(a), acolhido(a), cuidado(a) e o contrário.	Ensinar os três estilos de respostas sociais <sup>15</sup> e reforçar os comportamentos verbais assertivos ao longo das sessões.

<sup>15</sup> Três estilos de respostas sociais postulados por Caballo (1996).

## **1.7 Princípios para uma intervenção terapêutica**

Kübler-Ross (2008) propôs que somente os pacientes podem revelar seus próprios valores e os tipos de cuidados mais coerentes com aquilo que eles se sentem respeitados e validados. A autora supracitada recomenda que os profissionais fiquem “à frente dos sintomas e não atrás”, ou seja, são incentivados a fazerem a autoanálise das reações emocionais e as contratransferências diante de cada paciente. Logo, a equipe de suporte deve se perguntar frequentemente “quem eu sou diante desse paciente? Quais são os tipos de pacientes que mais me evocam reações emocionais? Quem sou eu no processo?”. Essa adaptação dialética humaniza a pesquisa e traz mais confiabilidade na análise de dados quando o pesquisador separa o que é dele e o que é do outro.

Como já mencionado, Kohlenberg & Tsai (1991/2001) endossam a importância de a relação terapêutica ser bidirecional, transparente, genuína, de comunicação horizontalizada, e do mesmo modo que Kübler-Ross (2008), chama a atenção para a necessidade de análise constante acerca dos efeitos que o cliente pode provocar no terapeuta e como o terapeuta lida a partir disso.

### **1.7.1 A vulnerabilidade no processo terapêutico**

Brown (2016) pontuou os benefícios de falar honestamente sobre as nossas emoções e as consequências no estreitamento de vínculos, na humanização das relações e no fortalecimento do autoconhecimento. Uma das contribuições de Brown para o presente trabalho é referente à importância de ver as pessoas como pessoas (com suas respectivas potencialidades e limitações, preferências e receios) e não apenas como participantes de um estudo ou audiências. Tal prática favorecerá a construção da empatia e solidariedade, além de tirar o peso da ilusão do controle de todas as variáveis e o fardo de “ter que fazer dar certo a todo custo”.

Enxergar e escutar os participantes como pessoas requer igualmente que a pessoa que desenvolve a pesquisa se comporte como tal. Desta forma, o mais legítimo a se fazer é também assumir uma postura de vulnerabilidade mesmo que vá na contramão dos mais tradicionais que exigem a imparcialidade como principal critério de qualidade em um estudo (Brown, 2016).

Outro fator dificultador em mostrar-se vulnerável enquanto pesquisadores é como Brown (2016, p. 33) afirma “*Quero testemunhar a sua vulnerabilidade, mas não quero ficar vulnerável. Vulnerabilidade é coragem em você e fraqueza em mim. Eu sou atraída pela sua vulnerabilidade, mas repelida pela minha.*”. Discursos como esses nos afastam da experiência do sentir e endossam as errôneas associações de vulnerabilidade como sinônimo de insuficiência.

Brown (2016) também elege 4 mitos culturalmente reforçados sobre a vulnerabilidade: 1) “vulnerabilidade é fraqueza”; 2) “vulnerabilidade não é comigo”; 3) “vulnerabilidade é expor totalmente a minha vida”; 4) “eu me garanto sozinho”. Dentre todos, o mito de número 4 pode ser ainda mais prejudicial com idosos enlutados, visto que, nessa faixa etária da vida a autonomia passa a ser mais comprometida e o processo de luto sem uma rede de apoio potencializa a solidão.

O grupo proposto vai ao encontro das conclusões de Brown ao postular que a vulnerabilidade percebida e compartilhada em ambientes seguros aumenta as probabilidades de adesão a programas de saúde de uma forma mais positiva.

### **1.8 Trabalhar com idosos enlutados**

Uma adaptação importante que os contextos atuais requerem do profissional da saúde atento ao mercado é a competência de trabalhar com a terceira idade. O envelhecimento populacional já é uma realidade no Brasil, afinal, estima-se que a taxa de idosos crescerá a 3,2% ao ano, resultando em 64 milhões de pessoas idosas em 2050, aproximadamente 30% da

população brasileira (Carneiro, 2013). E além do aumento da expectativa de vida, há a diminuição da taxa de natalidade, o que gera por consequência, alterações nas pirâmides demográficas populacionais (Lucchesi, 2017). Portanto, as contingências estão selecionando exigências para que percebamos a população idosa com mais respeito.

E ao mencionarmos o público 60+<sup>16</sup>, é inevitável que pensemos em vulnerabilidade e perdas sucessivas. Vulnerabilidade física pela perda óssea; do tônus muscular; da mudança no metabolismo; diminuição da estatura e da autonomia etc. Vulnerabilidade social pela perda do cargo/aposentadoria; dos filhos saírem de casa; dos amigos que se distanciaram; de uma sociedade que é carente de políticas públicas destinadas a eles etc. Vulnerabilidade psicológica pela sensação de abandono; pelos anos de experiências vividos que se contradizem com os valores da época atual; assim como pela finitude da vida mais presente em seu cotidiano.

“A soma dessas diversas fontes de sofrimento cria uma situação propícia para a fragilização do idoso” (Silva, 2007, p. 23) e pode configurar em “mortes simbólicas” e desencadear o processo de “luto não reconhecido” que é uma realidade em que não existe a perda por morte concreta de um ente querido, mas o desajuste psicológico frente a uma transformação negativa na vida que vai requerer uma forçosa adaptação e gerar estressores (Casellato, 2015; Kovács, 1992; Mishara & Riedel, 1999).

Todas essas referências ainda são muito reducionistas e contribuem para os estereótipos associados à velhice (Santana, 2001). O processo de envelhecimento deve ser compreendido como um fenômeno complexo e heterogêneo (Mercadante, 2005). Grande parte dessas depreciações são consequências de uma cultura que vinculou de forma incisiva o valor de alguém à sua capacidade de produção de bens (Beauvoir, 1976; Goldfarb, 2006) e de

---

<sup>16</sup> O Projeto de Lei 5383/19 propõe a modificação do critério para uma pessoa ser considerada idosa no Brasil com idade igual ou superior a 65 anos e não mais 60. Porém, deve ser analisado pelas comissões de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Após esses trâmites, seguirá para o Plenário. Dados acessíveis em: <https://institutodelongevidademag.org/longevidade-e-cidades/direitos-e-cidadania/classificacao-do-idoso>.

uma sociedade que trata a finitude como um evento que possa passar despercebido (Messy, 1994).

À vista disso, é de se prever que o luto quando instalado em idosos, principalmente se disser respeito à morte de uma pessoa querida, configura-se um quadro ainda mais delicado por estar paralelamente atrelado às outras múltiplas e sequenciais perdas relacionadas a essas faixas etárias da vida, configurando-os como “grupos em risco” (Farinasso & Labate, 2015).

A terceira idade também carrega o bordão de ser caracterizada por pessoas resistentes às mudanças; com altas objeções para seguirem regras dadas por terceiros; preferem socializar com aqueles que são da mesma geração etc. Pelo exposto, uma prática terapêutica alternativa e potencialmente eficiente para idosos enlutados seria o grupo terapêutico.

### **1.8.1 Por que um grupo terapêutico para idosos enlutados?**

Ao levar em conta todas as mudanças e necessidades de adaptações em diversas esferas da vida com a chegada da velhice, “a experiência do luto em idosos pode ser vivenciada como um evento de sobrecarga, pois em idade mais avançada existe o risco de múltiplas e sequenciais perdas de familiares e amigos” (Farinasso & Labate, 2015, p. 26). O que contribui para o processo ser ainda mais doloroso. Para agravar, ao se tratar de idosos, a “nossa cultura não reforça generosamente o comportamento de pessoas velhas” (Skinner, 1983, p. 242), resultando assim, em uma vivência de profundo desamparo e de um luto solitário (Moss et al., 2001).

Worden (2013) salientou que apesar dos grupos de apoio em luto terem a potencialidade de amparar pessoas de qualquer faixa etária, para os idosos essa ajuda se torna especialmente significativa. Os motivos que sustentam essa alegação estão entre a atenuação da solidão, o desenvolvimento de habilidades em grupo, o calor humano, a

discussão de questões ansiogênicas com outros idosos (tais como, a consciência da própria morte e as reticências que os próximos anos impõem etc.).

No programa terapêutico Laços & Lutos a intenção era que o processo de ressignificação pelos participantes já iniciasse a partir deste nome. Este evidencia as temáticas a serem trabalhadas com reflexões para além dos lutos (perdas/despedidas), focando também nos laços experimentados (vínculos/encontros) e daqueles que ainda possam ser criados.

Os encontros coletivos possibilitam o enfrentamento dos problemas de forma mais realista, sendo assim, o terapeuta deve atentar-se, sobretudo, acerca das audiências aversivas que podem inibir e favorecer o comportamento de fuga/esquiva entre os clientes, uma vez que, muito provavelmente haverá participantes que se comportarão - principalmente no início - como agentes repressores (Ferster, 1972).

Os comportamentos dos membros do grupo, além de oportunizar a socialização entre os idosos, podem evocar, eliciar e desenvolver funções reforçadoras de forma mútua por meio da imitação e interação social dos participantes (incluindo-se o próprio terapeuta em uma postura colaborativa), além de entrelaçar contingências de forma natural, autêntica, diversificada e imediata (Conte, 2008; Delitti, 2008).

Ademais, por meio da relação dos membros do grupo, as propostas de soluções para as demandas se tornam mais claras, por se tratar de vários pontos de vistas diferentes uns dos outros, sejam eles frutos de circunstâncias semelhantes ou não, o que favorece a aquisição de novos repertórios seja pela participação ativa ou observação (Delitti, 2008). Esse movimento de construção coletiva de significados contribui para a “resiliência comunitária”, que é consequência do sentimento de pertença a um grupo e o alinhamento com seus valores (Ojeda et al., 2007).

A pesquisadora-responsável acreditava desde o esboço do programa que com o gerenciamento apropriado dos esquemas de reforçamento positivo, as respostas de audiência aversiva e repressão entre os participantes iriam diminuir como efeito colateral do reforço diferencial daquelas consideradas apropriadas por serem incompatíveis entre si. Além disso, considerou-se também que com o desenrolar das partilhas, o sentimento de compaixão entre os participantes seria gradativamente instalado e teria como uma de suas principais consequências a atenuação significativa ou erradicação de comportamentos hostis.

Tornar-se uma terapeuta de grupo com idosos enlutados sob a luz das Terapias Comportamentais Contextuais implica em diversos desafios, dentre eles, os quatro principais que a própria afirmação nos remete: a) psicoterapeuta de grupo: escassez de trabalhos publicados; b) trabalho com idosos: pouco difundido na área da Psicologia; c) luto: considerado, para muitos, um tema ousado por tocar em assuntos que costumam ser evitados em vista de causarem grandes desconfortos; d) o viés das Terapias Comportamentais Contextuais: um afinilamento específico que torna ainda mais ínfimo o contato com outros trabalhos semelhantes.

Contudo, os desafios se tornaram menos amedrontadores quando a pesquisadora-responsável se deu conta que a proposta do presente estudo *“não tinha nada a ver com ‘consertar’*. *Em vez disso, trata-se de contextualizar e apoiar. Sua missão é mergulhar no desconforto da ambiguidade e da incerteza e criar um espaço de solidariedade para que as pessoas encontrem o próprio caminho.*” (Brown, 2016, pp. 11-12). Portanto, mesmo que existissem números significativos de trabalhos publicados com o formato de grupo, o mesmo público, temática e abordagem terapêutica, ainda assim, este trabalho seria e teria de ser único.

## 1.9 Idosos x Pandemia

A presente pesquisa não assumiu um caráter eletrônico, visto que, tratou-se de idosos (mais distantes da tecnologia), além das trocas, partilhas e vínculos serem prejudicados de forma *online* e o tema “luto” ser delicado demais para não haver presenças físicas. Cientes da pandemia e dos idosos serem grupos de risco, as pesquisadoras se comprometeram a realizar a coleta de dados apenas e somente quando a circunstância abrandasse.<sup>17</sup>

## 2. Objetivos

**2.1 Objetivo Geral:** Averiguar se e por via de quais mudanças e processos clínicos o grupo proposto favorece uma melhor elaboração do luto<sup>18</sup>.

### 2.2 Objetivos Específicos:

- (1) Investigar a viabilidade de uma terapia em grupo contextual a partir da experiência dos participantes;
- (2) Verificar evidências qualitativas de flexibilidade psicológica a respeito do processo de luto e finitude da vida;
- (3) Analisar a evolução dessas evidências, tanto de forma individual, assim como, enquanto grupo no decorrer do programa.

## 3. Método

### 3.1 Participantes

Participaram deste estudo 9 idosos<sup>19</sup> com idades entre 66 e 86 anos, residentes na comunidade. Mais informações sobre essas pessoas, assim como, suas perdas e outras

---

<sup>17</sup> A época da coleta de dados aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2021. O cenário ainda era pandêmico, porém, as vacinas já haviam chegado para idosos e profissionais de saúde. Portanto, toda a equipe de pesquisa e os participantes já estavam vacinados com duas doses da vacina. Contudo, foi requerido a todos o uso de máscaras, distanciamento das cadeiras e higienização das mãos durante todo o programa.

<sup>18</sup> A palavra “melhor” refere-se a uma elaboração do luto mais significativa e favorecedora de consequências positivas e abrandamento das negativas para aquele que vive a experiência da perda.

<sup>19</sup> Os nomes dos idosos foram preservados e serão referenciados no presente trabalho como participantes vinculados às letras de A a I (ordem alfabética de acordo com seus nomes próprios). Embora humanize a leitura, nomes fictícios não foram escolhidos para deixar o texto mais limpo e os dados com melhor visibilidade.

variáveis importantes para o processo individual de luto cunhados por Worden (2013) de “mediadores do luto”<sup>20</sup>, são ilustradas na Tabela 6<sup>21</sup>.

**Tabela 6.**

Características relevantes dos participantes e suas perdas norteadas pelos mediadores do luto.

PP	M.5 <sup>22</sup>	M.6	M.1	M.2	M.3	M.4	M.7
<b>A</b>	Mulher; 67 anos; enfrentamento emocional ativo; apego evitativo/resistente; abalo do mundo presumido.	Satisfação com rede de apoio; envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Filha de 47 anos.	Amor intenso; conflitos com a pessoa que morreu; sem relações de dependência.	Há quatro meses <sup>23</sup> ; suicídio; morte estigmatizada; violenta.	Abandono familiar; histórico de suicídio na família do ex esposo; sem diagn. psiquiátrico.	Ausência de manifestações sobre perdas secundárias.
<b>B</b>	Mulher; 71 anos; enfrentamento com evitação emocional; abalo do mundo presumido.	Satisfação com rede de apoio; envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Filha de 30 anos.	Amor intenso; sem relações de dependência; convivência harmoniosa.	Há quatro meses; perda por complicações da COVID-19; morte inesperada; traumática.	Perdeu o esposo há 3 anos; sem diagn. psiquiátrico.	A filha que veio à óbito deixou 5 filhos, sendo 1 pré-adolescente, 3 crianças e 1 recém-nascido.
<b>C</b>	Mulher; 67 anos; enfrentamento emocional ativo; apego evitativo/resistente; abalo do mundo presumido.	Satisfação com rede de apoio; envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Tia de 84 anos.	Amor intenso; sem relações de dependência.	Há um mês; perda por complicações da COVID-19; morte inesperada.	Perdeu a mãe e a avó há um ano; sem diagn. psiquiátrico.	Ausência de manifestações sobre perdas secundárias.
<b>D</b>	Mulher; 68 anos; enfrentamento emocional ativo; apego seguro.	Satisfação com rede de apoio; envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Mãe de 97 anos.	Amor intenso; a mãe foi dependente dos cuidados dela por 23 anos.	Há dois meses; falência das funções vitais; morte natural.	Diagn. de depressão.	Relação com o irmão abalada por ausência de parceria dele no cuidado com a mãe.
<b>E</b>	Mulher; 76 anos; enfrentamento emocional ativo; apego seguro.	Satisfação com a rede de apoio; envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Filho de 55 anos.	Amor intenso; sem relações de dependência; convivência harmoniosa.	Há quatro anos; aneurisma cerebral; morte inesperada; não violenta.	Abandono por parte do pai; sem diagn. psiquiátrico.	Dois meses após a perda do filho, o esposo faleceu por complicação da diabetes.
<b>F</b>	Homem; 68 anos; enfrentamento emocional ativo; apego; apego	Ausência de rede de apoio; pouco envolvimento em papéis	Mãe de 86 anos	Amor intenso; a mãe tinha certa dependência	Há dois anos; complicações de uma infecção urinária; morte natural.	Ele saiu da casa da mãe quando jovem, para fazer	Após o falecimento da mãe, se percebeu sozinho geograficamente e emocionalmente.

<sup>20</sup> Para entender melhor sobre os mediadores do luto, consultar Worden (2013, p. 35).

<sup>21</sup> Em cada mediador, Worden (2013) orienta múltiplas potencialidades para a análise contextual do enlutado. Porém, por ter sido um grupo, muitos dados não puderam ser coletados de forma tão precisa quanto poderiam ser explorados em uma terapia individual. Sendo assim, a tabela apresentará o que surgiu no grupo, podendo variar quantitativamente entre as manifestações de um participante e outro.

<sup>22</sup> A autora optou por mudar a sequência tradicional da apresentação dos mediadores de Worden (2013) para fazer mais sentido na apresentação dos participantes. Mas as numerações foram mantidas em respeito à obra original.

<sup>23</sup> Para melhor orientação do leitor: o tempo da perda teve como referência o início da coleta de dados que aconteceu em outubro de 2021.

**Continuação da Tabela 6.**

	evitativo-ameaçador.	sociais; recursos religiosos.	dos cuidados dele.			faculdade em outro estado e só voltou após 40 anos, por conta do agravamento da saúde da mãe.	
<b>G</b>	Mulher; 81 anos; enfrentamento emocional ativo; apego seguro.	Satisfação com rede de apoio; pouco envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Filho de 58 anos.	Amor intenso; sem relações de dependência; convivência harmoniosa.	Há dez meses; perda por complicações da COVID-19; morte inesperada; traumática.	Doença de <i>Alzheimer</i> .	Dez meses depois da perda do filho, uma irmã que morava com ela faleceu. Em paralelo a essas perdas, houve o agravamento do seu processo de <i>Alzheimer</i> .
<b>H</b>	Mulher; 86 anos; enfrentamento emocional ativo; apego seguro; ruminação.	Insatisfação com rede de apoio; pouco envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Duas irmãs idosas	Amor intenso; eram a principal rede de apoio da participante.	Há um ano; perdas por complicações da COVID-19; mortes inesperadas; traumáticas.	A última perda de alguém significativo na família havia sido há 44 anos.	As duas irmãs faleceram em um breve intervalo de 4 meses entre a morte uma da outra.
<b>I</b>	Mulher; 66 anos; enfrentamento emocional ativo; apego seguro.	Satisfação com rede de apoio; envolvimento em papéis sociais; recursos religiosos.	Mari- do de 75 anos	Amor intenso; convivência harmoniosa.	Há um ano e meio; perda por complicações da COVID-19; morte natural.	Esposo com saúde complicada (passou por 3 tipos de câncer).	Aposentadoria relativamente recente (há 3 anos); necessidade de reorganização em muitas áreas da vida ao mesmo tempo.

PP = participante; M.5 = pretende responder à pergunta sobre quem era esse enlutado; M.6 = nesse mediador, são ilustradas as variáveis sociais presentes nas contingências do enlutado; M.1 = explora “quem era a pessoa que morreu?”; M.2 = investiga qual a natureza do vínculo entre o falecido e o enlutado e qual o tipo de relação foi construído; M.3 = busca responder “como a pessoa morreu?”; M.4 = procura entender antecedentes históricos, tais como, perdas anteriores e diagnósticos psiquiátricos; M.7 = refere-se aos estressores concorrentes que surgiram após a morte.

O presente trabalho de mestrado foi submetido ao comitê de ética da PUC-GO e obteve aprovação (4.680.116) na data de 29/04/2021.

### 3.2 Fase de Triagem e Seleção

A divulgação para o preenchimento das vagas se deu por meio de panfletos (físicos e virtuais). O planejamento inicial considerava a estimativa de 10 participantes. O recrutamento foi feito através de uma entrevista estruturada a fim de registrar individualmente os dados sociodemográficos dos idosos por meio de um questionário (anexo 2), além de certificar que os candidatos preencheriam os critérios de inclusão para a pesquisa. Como houve mais de 10 participantes interessados, escolheu-se os idosos que

mais se aproximavam desses critérios e demonstravam interesse superior que os demais. Feito isso, a equipe de pesquisa entrou em contato com os selecionados para darem início ao grupo. Dos 10 participantes contemplados, uma pessoa não compareceu em nenhuma sessão, sem justificativas.

Para evitar e/ou reduzir os riscos da participação, a pesquisadora-responsável e sua equipe tomaram as seguintes cautelas: 1ª cautela: criaram um ambiente acolhedor que abrandou o possível incômodo decorrente da exposição em grupo; 2ª cautela: fizeram também um acordo inicial selando o compromisso de respeito e sigilo terapêutico entre os membros do grupo e suas respectivas partilhas; 3ª cautela: incentivaram constantemente a solidariedade e a compaixão mútua entre os participantes. Durante a pesquisa, esse acordo foi lembrado sempre que necessário; para reduzir o desconforto consequente da mobilização emocional do luto, a pesquisadora-responsável usou estratégias psicológicas próprias da abordagem terapêutica.

### **3.3 Ambiente e materiais**

As sessões do estudo foram realizadas em um salão com amplo espaço em tons claros, arejado, boa iluminação natural, climatizado, com isolamento acústico instalado nas mediações da instituição coparticipante. Os idosos que tivessem o custo de deslocamento para dirigir-se ao local da pesquisa seriam ressarcidos completamente, incluindo também neste auxílio o transporte dos respectivos acompanhantes (caso necessitem).

Foram utilizados os seguintes materiais: canetas, lápis, borracha, prancheta para folhas de papel A4, microfone, cronômetro, pastas de papelão com abas de elástico, lenços de papel também foram disponibilizados e outros recursos terapêuticos elaborados para dinâmicas e outras interações. Os instrumentos mais específicos para a coleta de dados: *software* de gravação de voz de aparelho celular Android ® e diário de campo (anexo 3).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 1) foi proposto com a finalidade de esclarecer os objetivos do estudo, a metodologia definida e pontuar a necessidade de gravação das sessões em áudio com a garantia do sigilo das informações. Tal termo de consentimento também informou os riscos, as proposições de seu tratamento e benefícios esperados, além de ter solicitado a autorização para divulgação dos dados em eventos e periódicos científicos.

### **3.4 Equipe de pesquisa**

A equipe de pesquisa foi composta pela autora e pesquisadora-responsável (Anna Laura) e mais três graduandas em Psicologia (sendo duas alunas do 6º período e uma do 4º período) que se voluntariaram para auxiliar na divulgação do projeto, recrutamento e seleção dos participantes, coleta e análise de dados. As estudantes foram chamadas de assistentes de pesquisa.

As competências descritas abaixo foram adquiridas em treinos comportamentais contínuos para observação científica e aprimoramento do repertório para pesquisa. Os treinos aconteceram por meio da plataforma do Google Meet® e foram ministrados pela pesquisadora-responsável com o auxílio de *slides*, materiais teóricos, cronogramas detalhados das sessões, esclarecimentos de dúvidas e avaliação dos conteúdos aprendidos. O início das reuniões começou um mês antes da coleta de dados e finalizou-se 4 meses após o encerramento do grupo.

*Divulgação do projeto* – As assistentes de pesquisa ficaram responsáveis por colaborarem com a divulgação do grupo terapêutico através de suas redes sociais e ciclos de convívio.

*Recrutamento e seleção dos participantes* – Na fase do recrutamento, o auxílio das assistentes se deu através da divisão de tarefas juntamente com a pesquisadora-responsável para a realização das entrevistas sociodemográficas e o preenchimento de uma planilha

criada para a equipe que alimentava os dados sobre os idosos interessados. Já na fase de seleção dos participantes, as assistentes contribuíram para a escolha dos idosos que mais se aproximavam dos critérios de inclusão da pesquisa.

*Coleta e análise de dados* – As assistentes estavam cientes das programações de cada sessão previamente e participaram presencialmente de todos os encontros, auxiliaram nas gravações e transcrições dos conteúdos manifestos, preencheram e discutiram os diários de campo a cada sessão e estiveram dispostas a traçarem juntamente com a pesquisadora-responsável relações de equivalência entre os dados semanalmente.

*Gerenciamento prático das sessões* – Tanto durante as sessões, quanto antes e depois de cada encontro, uma equipe de pesquisa atenta e proativa foi de fundamental importância na assistência aos idosos em suas diversas demandas. Houve uma frequente necessidade de amparo de mais de um idoso por vez em diferentes tipos de ajuda, por exemplo, um participante veio a precisar de auxílio em uma dinâmica, enquanto outro demandava ajuda para encher a garrafinha de água, ao passo que um terceiro solicitou instruções para chamar um táxi, dentre outros exemplos. Ou seja, as assistentes também atuaram quando mais de um idoso precisava de ajuda durante a mesma atividade, auxiliaram na organização do espaço físico, no esclarecimento de dúvidas via WhatsApp®, na recepção dos idosos e no encaminhamento deles após o fim da sessão, em gerenciar a colaboração com os funcionários do local etc. E para o oferecimento dessas variadas ajudas, por vezes, com necessidades simultâneas, a equipe de pesquisa se fez indispensável para que todos fossem muito bem assistidos.

#### **4. Procedimento**

O grupo terapêutico foi criado para auxiliar os participantes a uma melhor elaboração de seus lutos. Pretendeu-se fazer isso ao valorizar a mensagem transmitida por meio de toda expressão dos participantes seja ela verbal ou não, além de ter prestigiado as

contribuições da história de vida de cada um para produzir soluções coletivas, favorecendo assim, vínculos sociais poderosos e promotores de saúde emocional. Isso se deu através da promoção de espaços de apoio para a expressão do sofrimento elencado às potencialidades de crescimento e aprendizado, compaixão e solidariedade e valorização do indivíduo de forma integrada.

#### **4.1 Coleta de dados**

A coleta de dados nesta pesquisa aplicada ocorreu ao longo das 8 sessões, sendo uma sessão semanal de 2 horas e meia no período de dois meses. Os instrumentos de coleta de dados foram: 1) gravação do áudio das sessões e; 2) diário de campo.

As sessões foram gravadas e transcritas com duas finalidades: 1) identificar os episódios marcantes que ocorrerem no decorrer do grupo que endossaram uma melhor elaboração do luto e um novo sentido para a vida sendo construído. Os episódios assim identificados foram comparados entre si para construir categorias relevantes. Por meio de um diário de campo, registraram-se manifestações ocorridas susceptíveis de análise. 2) Comparar fragmentos significativos do funcionamento psicológico (capacidade de conectar-se com o momento presente; aceitação do ciclo da vida e suas perdas; capacidade de desfusão; contato com o “eu como contexto”; clareza dos valores; disposição para ação comprometida) durante as primeiras duas sessões com as duas últimas.

As observações feitas no diário de campo foram usadas para contextualizar as interpretações dos dados gravados e transcritos na construção de um modelo fundamentado nos dados (Charmaz, 2009).

A oportunização de trocas amistosas e transformadoras entre os participantes teve o principal enfoque nos comportamentos que aconteceram nas sessões e, a grosso modo, foi feito da seguinte forma: para aumentar de frequência os comportamentos considerados ajustados foram contingenciados esquemas de reforçamento contínuos (em menor escala,

apenas para o início da aquisição de uma nova topografia), esquemas de reforçamentos intermitentes (para manter as topografias já adquiridas), modelagem e reforço diferencial para a lapidação desses comportamentos e modelação para o incentivo da aprendizagem via modelos oferecidos.

#### **4.2 Análise de dados**

A análise apoiou-se na vertente construtivista da *Grounded Theory Analysis* elaborada por Charmaz (2009) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Tal abordagem como orientação metodológica possibilitou a investigação qualitativa, descritiva e interpretativa acerca de assuntos relevantes ou problemáticos para um determinado grupo (no caso desta pesquisa, o processo e a vivência do luto na terceira idade), a fim de compreender a percepção individual e coletiva desses eventos cotidianos naquela determinada amostra (Charmaz, 2009; Dey, 1999; Glaser & Strauss, 1968).

A produção da Teoria Fundamentada nos Dados, como o próprio nome sugere, é sustentada pelos dados dos participantes/interlocutores, sendo assim, um dos objetivos é construir/desenvolver uma teoria ao invés de verificar uma já existente. Há também o exercício de abster-se de outros pressupostos teóricos na tentativa de evitar potenciais influências na análise de dados cujo preciosismo são os mesmos tais como foram apresentados. O desfecho sem julgamentos sempre será considerado mais rico e genuíno do que o esperado, visto que, "ciência é a disposição para aceitar fatos, mesmo quando eles se opõem aos desejos." (Skinner, 1953/2003, p. 12).

O desdobramento de uma TFD é a elaboração de uma teoria substantiva informal, que surge de questões e fenômenos cotidianos, exigindo um posicionamento mais flexível do pesquisador na coleta e, sobretudo, na análise dos dados. Tal postura é imprescindível, uma vez que, o agrupamento sistemático e analítico de códigos e categorias só será fiel àquilo que os participantes manifestaram caso o pesquisador mantenha-se atento e aberto aos dados, além

disso, uma boa teoria fundamentada requer comparação constante e prestação de contas quanto ao seu desenvolvimento/processo e não apenas do produto final.

A análise de dados seguiu os seguintes passos:

1) Transcrição do áudio das duas primeiras e duas últimas sessões de intervenções realizadas na pesquisa "Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: um estudo qualitativo";

2) Organização dos conteúdos do diário de campo;

3) Construção do modelo fundamentado nos dados coletados: a) codificação aberta/analítica; b) codificação focada; c) construção de categorias; d) montagem de modelo que responde as questões de pesquisa.

Essas diretrizes sistemáticas, ainda que maleáveis, oportunizaram a construção da teoria por meio das observações, interações e, sobretudo, facilita o processo de aglutinação dos materiais reunidos e contribui para a redução das unidades de análise a serem trabalhadas.

*Generalização qualitativa* – Tratando-se de uma pesquisa qualitativa em que os resultados não garantem a captação total dos eventos objetivos, é necessário ressaltar que a falta de registros de um código não significa que a experiência não tenha ocorrido. O (a) participante pode ter sentido ou vivenciado algo equivalente, mas não relatado. A *Grounded Theory Analysis* favorece uma descrição da realidade exposta durante os encontros, porém não permite medir a frequência dos comportamentos encobertos.

### **4.3 O grupo terapêutico Laços & Lutos: Estrutura e princípios**

Cada sessão foi semiestruturada e o local adotava sempre a formação de um grande círculo, dando espaço para um trabalho terapêutico flexível, com relações horizontalizadas e apoiando a autonomia dos participantes.

*Sessão 01 – Apresentação e socialização.* A primeira sessão teve como maior foco o acolhimento, a apresentação da equipe de pesquisa e dos integrantes do grupo com a

dinâmica que os convidou a se apresentarem sob o viés geracional<sup>24</sup>. Nessa proposta, os participantes se identificaram a partir do nome de seus avós, pais, irmãos e filhos. Logo após essa interação, os participantes falaram sobre as suas perdas significativas que os motivaram a se inscreverem no programa Laços & Lutos. A pesquisadora-responsável compartilhou os objetivos e a motivação para o estudo, assim como, a importância das presenças de forma assídua e da honestidade nos relatos levados, além de ter ressaltado o compromisso coletivo com o sigilo e respeito às partilhas uns dos outros. Em seguida, os participantes falaram abertamente sobre as expectativas/receios para os encontros, dúvidas sobre o TCLE e/ou critérios de exclusão etc. Com a proposta de integrar o grupo como um todo, foi pedido a eles que memorizassem os nomes de quem se sentou ao seu lado direito e esquerdo. Ao final, foi perguntado a cada um como eles estavam saindo do primeiro encontro, reforçar o comportamento de abertura e falar que as pesquisadoras os esperavam carinhosamente na próxima sessão.

*Sessão 02 – Expressar e validar é preciso.* Na segunda sessão, foi solicitado a cada participante o nome de quem estava ao lado no último encontro do grupo. Depois desse exercício, caso a configuração de lugares na roda não tivesse se alterado, seria pedido aos participantes que trocassem seus assentos e memorizassem os nomes dos novos “vizinhos”<sup>25</sup>. Com o encerrar do acolhimento<sup>26</sup>, a pesquisadora-responsável explicou brevemente para os participantes os conceitos de “validação *versus* invalidação” e as peculiaridades da dor do luto. E foi perguntado aos participantes em quais momentos eles se sentiram validados e invalidados em seus processos de luto? Depois disso, foram

---

<sup>24</sup> Dinâmica adaptada da proposta de Jeannette C. Armstrong (Capra et al., 2006). Essa forma de se apresentar explanada pela autora envolve as pessoas no sentido de aprofundar e mudar a forma de comunicação. O objetivo é se abster de títulos, *status* sociais e acadêmicos, além de explorar a partilha de onde os participantes são, quem são os seus antepassados, o que eles herdaram e quais são as suas responsabilidades. Se encaixa na visão do presente trabalho, visto que, promove a reflexão sobre histórias de vida, vínculos afetivos e respectivos compromissos com esse legado.

<sup>25</sup> O incentivo para a troca e percepção dos “vizinhos de roda” favorece a memorização dos nomes, assim como, diminui a probabilidade da formação de “grupinhos”. Visto que, o pedido era que os “vizinhos” variassem a cada encontro. Além disso, as assistentes de pesquisa também se sentavam em pontas diferentes a cada sessão, para beneficiar a observação sob variados ângulos e terem contato direto com todos os participantes.

<sup>26</sup> O acolhimento é composto por: rastreio sobre a percepção dos participantes sobre a semana anterior, como os participantes têm passado, além do resgate e memorização dos nomes dos colegas. Essa prática acontecerá do primeiro ao último encontro.

questionados de que forma eles poderiam se policiar para não serem agentes punidores nos encontros frente à dor do colega? Deu-se espaço também para outros questionamentos com a finalidade de modelar os comportamentos esperados de um grupo terapêutico e acolhedor. Falou-se acerca do quanto é prejudicial à saúde guardar emoções e que o grupo só arcaria com seus objetivos de transformação se nos dispormos a permitir espaço para aquilo que sentimos. Após esse debate, os participantes foram questionados acerca das burocracias<sup>27</sup> que eles tiveram que enfrentar após a perda e sobre a importância dos rituais fúnebres de despedida para a concretização da morte. Ao final, foram recolhidos novamente os *feedbacks* de como foi aquele encontro para eles.

*Sessão 03 – Entrar em contato com o que foi, com o que ficou e o que ficará.* Na terceira sessão, após o acolhimento, foi proposto que cada participante apresentasse ao restante do grupo aquela pessoa querida que partiu (não pela sua morte, mas pela vida que levou enquanto vivo). Houve também a dinâmica “avaliando heranças familiares”, que teve como objetivo ampliar a compreensão da vida como um legado social ao solicitar aos participantes que refletissem acerca de suas famílias, valores, sentimentos, pensamentos que lhes foram deixados como “heranças”. Depois perguntou-se a cada um qual a melhor herança que a pessoa falecida deixou para eles? E de que forma cada um acha que cuida dessa herança? Assim como, quais as heranças eles queriam deixar quando eles partirem e quais comportamentos favoreciam esse propósito? Encerrou-se o encontro com a narração e contextualização da metáfora ACT do jardim e, posteriormente, os participantes tiveram os seus *feedbacks* ouvidos e anotados.

*Sessão 04 – O resgate de valores e compromissos.* Na quarta sessão, logo depois do acolhimento, foi proposto a dinâmica “imagem guiada<sup>28</sup>” cujo objetivo foi o de sensibilizá-

---

<sup>27</sup> Alguns exemplos de burocracias após a perda: emissão da certidão de óbito, inventário, plano funerário, a escolha da roupa para o sepultamento etc.

<sup>28</sup> Dinâmica adaptada da descrição do oitavo encontro em Leandro-França et al. (2015). A adaptação se fez necessária porque ao trabalhar com idosos, pensar a vida daqui cinco anos causa menos angústia do que imaginar dez anos à frente conforme a dinâmica

los para a importância de investirem em atividades prazerosas de ocupação do tempo, além da interação e reflexão sobre o resgate dos planos e sonhos da vida do enlutado. Colocou-se uma *playlist* com músicas tranquilas e pediu aos integrantes do grupo que fechassem os olhos e não se incomodassem com os ruídos na sala, pois as pesquisadoras espalhariam imagens evocativas<sup>29</sup> pelo chão da sala. Deu-se início a reflexão em que cada participante responderia em silêncio, para si mesmo e ainda de olhos fechados, de que forma eles imaginavam a vida daqui a 5 anos: como estará a rotina? Onde gostariam de estar? Quem apreciariam ter ao lado? Após alguns minutos, foi permitida a abertura dos olhos e a visualização das figuras espalhadas pelo chão. E então, solicitou-se que eles pegassem 3 figuras pensando nas coisas que se identificaram e gostariam de fazer ou manter em suas vidas. Passado esse momento, houve a partilha das escolhas e possíveis estratégias para a concretização dos desejos. Um novo debate se deu através da pergunta sobre como seria se aqueles entes queridos pudessem ver que eles estariam se engajando em atividades prazerosas e restauradoras. Após os *feedbacks*, a sessão foi encerrada e eles levaram para casa as imagens escolhidas para lembrarem daquele momento em grupo e reafirmarem os seus propósitos enquanto vivos.

*Sessão 05 – Valorização das relações interpessoais.* Na quinta sessão, ao encerrar do acolhimento, direcionou-se para a partilha de como havia sido o feriado de finados<sup>30</sup> para cada um deles (autoavaliação de sentimentos, pensamentos, sensações físicas; se fizeram algo diferente do que eram acostumados nos anos anteriores; se visitaram o cemitério etc.). Após esse momento, houve a dinâmica “mapeando as relações sociais<sup>31</sup>” cujo objetivo era a reflexão acerca da importância da rede de apoio e foram explorados alguns recursos para

---

original. Além disso, as alterações em algumas perguntas também foram pertinentes, visto que, o presente grupo não tem por objetivo um planejamento para a aposentadoria.

<sup>29</sup> Foram espalhadas imagens de idosos de diferentes gêneros e etnias que aparentavam estar desempenhando atividades prazerosas, tais como, tocando um instrumento, lendo um livro, viajando, passando tempo de qualidade com os netos etc. Também é importante ressaltar que havia um exemplar idêntico de cada figura para cada participante, para que eles pudessem escolher livremente frente aos mesmos estímulos.

<sup>30</sup> A partilha a respeito do feriado de finados se fez relevante porque a quinta sessão ocorreu justamente um dia após a data.

<sup>31</sup> Dinâmica adaptada da descrição do nono encontro em Leandro-França et al. (2015). Algumas perguntas que a dinâmica original trazia frente ao processo de aposentadoria foram adaptadas para condizerem melhor com a realidade dos enlutados.

criar-se e manter uma rede. Para a realização da dinâmica, distribuiu-se duas folhas para cada participante. Cada folha tinha dois círculos grandes (portanto, quatro círculos ao todo, com os títulos: infância, juventude, idade adulta e terceira idade). Eles se organizaram em grupos e apoiados às mesas, a pesquisadora-responsável pediu que escrevessem nomes de pessoas importantes que marcaram essas determinadas épocas. Enquanto a atividade era realizada, músicas como “A lista – Oswaldo Montenegro<sup>32</sup>”, “Fotografia – Leoni<sup>33</sup>” e “Ai que saudade d’ocê – Zeca Baleiro<sup>34</sup> fizeram a trilha sonora. Quando terminaram, foi solicitado que avaliassem o próprio mapa e circulassem as pessoas que foram/ainda eram especiais, aqueles com os quais gostariam de reatar/estreitar os laços. Perguntou-se o que eles poderiam fazer para se reaproximarem. Verificou-se também a percepção dos participantes diante de seus mapas. Para finalizar, foi pedido que cada membro do grupo fizesse a leitura de uma estrofe da poesia de Jorge R. Nascimento<sup>35</sup> que distingue a pessoa idosa de uma pessoa velha de maneira simbólica. Colheu-se os *feedbacks* e a sessão se encerrou.

*Sessão 06 – Reflexão sobre a vida que tem levado.* Na sexta sessão, depois do acolhimento, realizou-se uma dinâmica com o nome “sentido da vida<sup>36</sup>” em que foi explorado a busca do sentido para os participantes, ao promover a oportunidade de revisar as regras que andavam seguindo e a clareza dos valores para a construção de uma vida com mais significado. Com músicas instrumentais relaxantes ao fundo, foram distribuídos quatro pequenos pedaços de papel para cada participante. Em cada um dos pedaços, pediu-se que escrevessem uma palavra que representasse um valor, um sonho ou um projeto. “Algo que seja muito significativo, sem o qual a vida perderia o sentido”. Ao terminarem,

---

<sup>32</sup> A versão escolhida da música é acessível pelo Youtube @ no link <https://www.youtube.com/watch?v=LjWXw65RWw0>.

<sup>33</sup> A versão escolhida da música é acessível pelo Youtube @ no link [https://www.youtube.com/watch?v=FD\\_YHSMAsaE](https://www.youtube.com/watch?v=FD_YHSMAsaE).

<sup>34</sup> A versão escolhida da música é acessível pelo Youtube @ no link <https://www.youtube.com/watch?v=Xf8za9wjDu8>.

<sup>35</sup> A poesia encontra-se disponível em <http://sindetrance.org.br/noticias/ser-idoso-e-ser-velho/>

<sup>36</sup> Dinâmica adaptada da descrição do décimo primeiro encontro em Leandro-França et al. (2015). A dinâmica original requer que os próprios participantes dobrem os seus papéis até obter oito quadrados, destacá-los e escrever em cada pedaço um valor, sonho ou projeto. Após isso, é orientado aos participantes a se livrarem de um pedaço por vez até que sobre apenas uma palavra. A adaptação se fez necessária na tentativa de aumentar o grau de conforto dos idosos em não ter que fazer as dobraduras. Além disso, para que pensem em apenas quatro projetos para ficar mais pautada na realidade do idoso enlutado.

solicitou-se que eles “deixassem para trás” um desses. E foram descartando no chão, um a um, aqueles papéis que embora representassem coisas muito importantes, comparado aos outros restantes, poderia ser deixado por ora, até que sobrasse o último pedaço (aquele que não poderia ser descartado). O que estava em cada papel e os motivos que levaram às escritas, a ordem dos descartes e a razão pela qual o último era tão importante foram questões levantadas e exploradas. A dinâmica encerrou-se com a reflexão sobre a necessidade de estarmos cômicos do que move a nossa vida e a hierarquia que nos informa para onde devemos investir mais energia. Ao final, houve a leitura coletiva do texto “Família é prato difícil de preparar”<sup>37</sup>. Os *feedbacks* foram coletados e a sessão finalizada.

*Sessão 07 - Ressignificar e comprometer-se.* Na sétima sessão, feito o acolhimento, foram distribuídas cópias do texto de Santo Agostinho “A morte não é nada”<sup>38</sup> e pedido para que diferentes integrantes se voluntariassem para ler os parágrafos. Após a leitura em grupo, refletiram sobre o que foi lido e discutiram acerca do que aprenderam no decorrer dos encontros sobre uma melhor elaboração do luto, outras habilidades adquiridas e os ensinamentos que eles aplicarão em suas vidas e de que forma. Após esse momento, foi perguntado brevemente aos participantes “e se os nossos entes queridos que se foram pudessem nos cantar uma música? Será do que eles fariam? ”. Em homenagem às modas de viola que eles tanto falaram que gostavam e em memória à Marília Mendonça<sup>39</sup>, o vídeo da canção “Estrelinha”<sup>40</sup> foi socializado, acompanhado da letra da música de forma impressa para cada participante. Ao final, solicitou-se que eles compartilhassem o que haviam achado/sentido. Para a próxima e última sessão, requereu-se aos participantes que pensassem em um objeto/música/trecho de livro/alguma ilustração que pudesse expressar o

<sup>37</sup> Texto de Francisco de Azevedo no livro “O arroz de palma” e acessível também pelo link [http://www.colegiocruzeiro.g12.br/educacao\\_infantil.php?jpa=textos&pst=1204011&#:~:text=Fam%C3%ADlia%20%C3%A9%20prato%20dif%C3%ADcil%20de%20preparar..exige%20coragem%2C%20devo%C3%A7%C3%A3o%20e%20paci%C3%Aancia](http://www.colegiocruzeiro.g12.br/educacao_infantil.php?jpa=textos&pst=1204011&#:~:text=Fam%C3%ADlia%20%C3%A9%20prato%20dif%C3%ADcil%20de%20preparar..exige%20coragem%2C%20devo%C3%A7%C3%A3o%20e%20paci%C3%Aancia).

<sup>38</sup> A poesia sobre a morte é uma paráfrase anônima de um trecho da Carta no.263 a Sapida (St. Augustine, 2015). *The letters of Saint Augustine*. J. C. Cunningham (Trad.). Altenmunster: Jazzybee.

<sup>39</sup> Marília Mendonça foi uma cantora e compositora de música sertaneja que veio à óbito a partir de um trágico acidente aéreo. A cantora residia na mesma cidade em que a coleta de dados foi realizada.

<sup>40</sup> A sétima sessão ocorreu doze dias após a morte da Marília Mendonça e o vídeo da música se encontra em [https://www.youtube.com/watch?v=88\\_jnJP00tA](https://www.youtube.com/watch?v=88_jnJP00tA). A escolha da melodia também se deu por contemplar uma letra que narra de forma simbólica a experiência de quem já partiu.

que o grupo significou para si<sup>41</sup> (inclusive a equipe de pesquisa) e que levassem na próxima semana para ser discutido, assim como, uma contribuição para o lanche comunitário<sup>42</sup> de encerramento. Após os *feedbacks* coletados, pediu-se a permissão para tirarem uma foto do grupo e a sessão foi finalizada.

*Sessão 08 - Uma nova e diferente despedida.* Na última sessão, após o acolhimento, foi solicitado que cada um mostrasse e explicasse ao grupo sobre o símbolo escolhido para representar o que os encontros trouxeram para as suas vidas. Em seguida, houve a explicação para a realização da prática de *mindfulness* contextualizada ao processo de luto<sup>43</sup> (anexo 4) a fim de favorecer a observação atenta das sensações fisiológicas e a disponibilidade dos membros em se conectarem com o presente. Além disso, com o intuito de avaliar os efeitos do programa<sup>44</sup>, pediu-se aos integrantes que falassem nomes de 3 pessoas (podendo incluir-se), que se beneficiaram com o grupo terapêutico ao ver deles e o porquê. Aferidos os *feedbacks* e oportunizado o agradecimento da equipe de pesquisa, entregou-se a foto revelada do grupo para cada um enquanto apreciavam o lanche comunitário.

Pode-se perceber que os encontros tiveram intervenções orientadas para a perda, guiadas para a restauração e, uma integração de perda e restauração acontecendo concomitantemente a depender do processo que cada participante se percebia experienciando.

---

<sup>41</sup> Dinâmica adaptada da descrição do décimo terceiro encontro em Leandro-França et al. (2015). A dinâmica original propõe que os participantes levem sucatas e se dividam em grupos para confeccionar algo que represente o impacto do programa em seu planejamento de vida e para a aposentadoria. Além do presente estudo não ter o objetivo de planejamento para a aposentadoria, a alteração também se deu ao pedir que os idosos escolham algo para ilustrar o que o grupo representou para si, com a finalidade de propiciar maior tempo para pensarem, diminuir a probabilidade de desconforto por limitação física no manuseio das sucatas e por consequência, possibilitar que a sessão renda mais.

<sup>42</sup> Foi averiguado o que ficava mais fácil para cada um levar de acordo com suas realidades financeiras e de acesso para a compra.

<sup>43</sup> Elaborada por N. Torres, comunicação pessoal, 06 de março, 2021 e o seu uso foi autorizado via *e-mail* e adaptado pela pesquisadora-responsável.

<sup>44</sup> Dinâmica adaptada da descrição do décimo terceiro encontro em Leandro-França et al. (2015). A proposta original sugere que os participantes compartilhem suas impressões acerca das 3 pessoas que mais se beneficiaram com o grupo ao ver deles. No presente grupo foi solicitado que a próxima pessoa a compartilhar não poderá repetir os nomes já mencionados. A adaptação teve como objetivo diminuir a probabilidade de alguém não ter o seu nome citado pelo colega.

Todos os materiais confeccionados no grupo e aqueles fornecidos pela equipe de pesquisa foram disponibilizados para que os participantes levassem para casa. Além disso, foi fornecido auxílio àqueles que necessitaram durante a execução e partilha das dinâmicas.

As sessões possuíam *slides* com letras grandes, poucas informações por vez e *layouts* convidativos. Além disso, para cada dinâmica havia estímulos discriminativos na projeção que forneciam “dicas” para a condução da partilha e retomada daquilo que havia sido explicado. Na finalização de todo encontro, era compartilhada uma frase reflexiva e coerente com as pautas do dia e anunciado o tema que seria discutido na semana seguinte.

Na Tabela 7 as sessões descritas acima são separadas<sup>45</sup> em intervenções para a perda, para a restauração (segundo o modelo DPM) e a integração (que seriam as propostas de intervenções em que perda e restauração aconteceram concomitantemente).

**Tabela 7.**

Sessões do grupo separadas em intervenções para a perda, integração e restauração.

<b>Sessão</b>	<b>Intervenções orientadas para a perda</b>	<b>Integração entre os dois tipos de intervenções</b>	<b>Intervenções orientadas para a restauração</b>
<b>1</b>	- Partilha sobre as perdas significativas.	- Dinâmica do viés geracional; - Expectativas/receios.	
<b>2</b>	- Partilha sobre as burocracias após a perda. - Exploração acerca da somatização das emoções reprimidas.	- Partilha sobre validação/invalidação; - Importância dos rituais fúnebres.	- Instruções e reflexões para evitar invalidações no grupo.
<b>3</b>	- Apresentação da pessoa que partiu sob a ótica dos anos vividos.	- Dinâmica das heranças familiares e as heranças que eles querem deixar; - Metáfora do jardim.	
<b>4</b>		- Partilha de como seria se os entes queridos pudessem vê-los se engajando em atividades prazerosas.	- Dinâmica da imagem guiada; - Partilha dos motivos para a escolha das imagens.
<b>5</b>	- Partilha sobre o dia de Finados.	- Leitura da poesia de Jorge R. Nascimento.	- Dinâmica “mapeando as relações sociais”; - Avaliações de seus

<sup>45</sup> É importante ressaltar que essas separações são para fins didáticos. Afinal, na prática, o que acontece é que perda e restauração nem sempre se separam dessa forma tão clara. Além disso, a tabela refere-se às propostas das intervenções do programa, porém, sob os mesmos estímulos, em cada participante pode ser despertado consequências diferentes.

**Continuação da Tabela 7.**

		próprios mapas e estratégias para melhorarem suas redes.
6		- Dinâmica do sentido da vida; - Reflexão sobre o que move suas vidas; - Leitura do texto sobre família.
7	- Leitura coletiva e reflexão do texto de Santo Agostinho; - Partilha sobre o que os entes queridos falariam em uma música; - Socialização e partilha das sensações após a música “Estrelinha”.	- Partilha sobre as habilidades que adquiriam e como vão aplicar em seus dias; - Requerido aos participantes que pensassem em algo simbólico para expressar o que o grupo significou para cada um e que levassem no próximo encontro; - Divisão de responsabilidades para a realização do lanche comunitário na 8ª sessão; - Foto do grupo.
8	- <i>Mindfulness</i> aplicada ao processo de luto;	- Partilha sobre o símbolo escolhido para representar os ensinamentos do grupo; - Socialização dos nomes dos colegas que se beneficiaram da experiência em grupo; - Entrega da foto revelada e lanche comunitário.
<b>Em todas sessões</b>	- Acolhimento; - <i>Feedbacks</i> .	

As construções das 8 sessões relatadas embora tragam um ar de originalidade, contaram com influências diversas, assim como, atividades adaptadas de outro trabalho publicado em um livro, músicas, texto de Santo Agostinho, propostas do modelo DPM dentre outras referências interligadas para auxiliar na dinâmica do grupo, além de aumentar a probabilidade de adesão dos participantes.

### **5. As contribuições das Terapias Comportamentais Contextuais**

Outro crédito importante a ser dado é a colaboração dos principais conceitos das Terapias Comportamentais Contextuais nos encontros propostos conforme sintetizados a seguir:

*Princípios da DBT* – O próprio nome sugere uma leitura flexível e dialética. “Laços & Lutos” traz a ideia supracitada no presente trabalho: só há luto porque houve laço e se há laço, considerando a finitude da vida e tendo em conta que [...] “a perda é, sem dúvida, uma condição permanente da vida humana” (Viorst, 1988/2002, p. 243), haverá luto. Além disso, em consonância com o modelo DPM e a Tabela 7, os preceitos de ora enfrentar a perda, ora focar em outras coisas e ora integrar ambas, remete também a noção de um sujeito com várias possibilidades para lidar com o processo de luto e que uma não é mais saudável que as outras, a proposta é incentivar a vivência de todas de forma equilibrada. Ademais, o grupo pode trazer alguns desconfortos (vide riscos da pesquisa), no entanto, os participantes foram incentivados a continuar com a frequência nos encontros para que ao final colham um saldo positivo dessas exposições seguidas de validações e acolhimento, além do desenvolvimento de novas habilidades que potencializarão as consequências positivas em seus respectivos ambientes naturais.

*Princípios da ACT* – Em harmonia com a DBT, a ACT também procura saber acerca do momento em que o sujeito se encontra na vida, para onde ele quer ir/o que ele quer alcançar e, sobretudo, quais os recursos e obstáculos que existem além dos comportamentos favorecedores para que a (s) desejada(s) consequências ocorram. Assim como, comportamentos de aceitação daquilo que não compete mudanças e sim ressignificações. O proposto grupo contempla esses aspectos de forma clara e sempre endossando de diversas maneiras o caminho para a flexibilidade psicológica dos participantes e atitudes de compaixão consigo mesmo e para com os outros.

*Princípios da FAP* – A modalidade FAP traz a relação terapêutica como o principal fator de mudança para aqueles que a procuram. Interações reais, vínculos reais e reforços reais (não arbitrários) e comunicação horizontalizada contribuiram para o engajamento do grupo na construção de soluções coletivas que auxiliaram em uma melhor elaboração do luto e outros

ganhos secundários e espontâneos a serem aplicados também em seus contextos naturais, sobretudo, no que diz a respeito à interação social mais satisfatória (os membros se tornarem mais habilidosos em cuidar do outro, mais abertos a pedirem ajuda e mais gentis ao receberem ajuda).

## 6. Resultados

Na Tabela 8 é apresentado o modelo teórico que emergiu dos dados coletados. Ele descreve o processo pelo qual o grupo passou, incluindo o ponto de partida e os benefícios colhidos pelos participantes. Posteriormente, cada dimensão é explanada e elucidada com a ajuda de trechos escolhidos entre os dados brutos. Observe que cada trecho citado é apenas um exemplo que representa um agrupamento diverso de dados que contribuíram para a construção de dado conceito.

**Tabela 8.**

Dimensões relevantes no grupo Laços & Lutos.

	Linha de Base <sup>46</sup>
Desânimo <sup>47</sup>	B1 <sup>48</sup> ; H1; F2; H2; I2; H5
Desconforto	A1; B1; D1; F1; C2
Culpa	F1; A2; F6
Padecendo de fator agravante	B1; C1; D1; G1; H1; A2; B2; C2; F2; G2; I2; A3; B3; E3; H3; I3; G5; G6
Repúdio à morte	E1
Negação	A1; G3; H5
Contato com a perda	D1; B2; D2; E2; F2; G2; H2
Busca pela restauração	A1; C1; D1; F1; I1; E2; H2;
Mostrando solidariedade	B1; C1; E1; I1; A2; C2; F2; I2
Experiência negativa com a rede de apoio	D1; F2

<sup>46</sup> Na configuração da presente tabela, quando as linhas se apresentam paralelas desta forma trata-se dos eixos.

<sup>47</sup> À esquerda conforme o exemplo de “desânimo” é ilustrado, encontram-se as categorias.

<sup>48</sup> À direita, temos as letras referentes aos participantes seguidas do número da sessão em que o comportamento foi registrado.

**Continuação da Tabela 8.**

Experiência ambivalente com a rede de apoio	A2; B2; D2; F2; H2
Experiência positiva com a rede de apoio	I1; C2
<b>Comportamentos Contraprodutivos</b>	
Dificuldade com as regras estipuladas	G1; H2; E3; H3; A5; D5; E5; H5; H6; H8
Desconsiderando o outro participante	H1; H2; D3; E3; F3; H3; B4; E4; B5; I5; B7; E7; H7; H8
Esquiva experiencial	B5; E5; H6; C8
Rigidez psicológica	D5; G5
<b>Processo Curativo</b>	
Reagindo contra CP	A5; D5; F6; G6; B7; C7; E7; G7; A8; B8; E8; G8
Envol. ativo com o que foi proposto	F6; A8; B8; C8; E8; F8; G8
Socialização	E5; G5; TODOS <sup>49</sup> ; E6; TODOS <sup>6</sup> ; B7; G7; H7; C8; E8; TODOS <sup>8</sup>
Abertura para o outro	D4; G4; A5; D5; E5; G5; H5; I5; E6; G6; A7; C8; E8; F8; H8; I8
Dar conselho a outro participante	A6; A7
Aceitação das emoções vindo à tona	B5; A6; B8; E8; G8; H8; I8
Integração do contato com a perda e restauração	A3; B3; D3; E3; F3; G3; H3; I3; G4; A5; D5; E5; I5; C6; G7; TODOS <sup>7</sup> ; I8
<b>Ressignificação do Luto</b>	
Construção de sentido	A3; B3; D3; F3; G3; I3; G6; A7; E7; F7; H8
Resgate do que é importante	A6; B6; D6; H6; A7; C7; APB <sup>50</sup> ; C8; E8; F8; H8; I8
<b>Êxito</b>	
Ampliando horizontes	A4; B4; C4; D4; E4; F4; G4; H4; I4; H5; A6; C6; E6; F6; H6; A7; E7; A8; B8; I8

<sup>49</sup> O código "TODOS" diz respeito mais do que a soma das manifestações do grupo inteiro. Refere-se às manifestações coletivas apresentadas concomitantemente, por exemplo: uma salva de palmas.

<sup>50</sup> APC / APB = assistente de pesquisa C e assistente de pesquisa B (as 3 assistentes foram também classificadas em A, B e C de acordo com a ordem alfabética entre os seus nomes).

**Continuação da Tabela 8.**


---

Apoio à iniciativa de outro participante	B4; I4; I8; E8
Disponibilidade afetiva para o outro	A4; B4; C4; D4; E4; F4; H4; I4; B5; D6; E6; B7; G7; TODOS7; APC8 <sup>48</sup> ; B8
Relatos de mudanças externas	E5; F7; G7; H7; B8; E8; F8; G8; H8; TODOSPT <sup>51</sup> ; HPT

---

***Linha de Base***

A “Linha de Base” (LB) foi elaborada a partir da necessidade de sistematizar as categorias que descrevem como os participantes chegaram até o grupo, sem a interferência do grupo e suas atividades programadas ou não. As categorias que captam como as pessoas entraram no programa foram: desânimo; desconforto; culpa; padecendo de fator agravante; repúdio à morte; negação; contato com a perda; busca pela restauração; mostrando solidariedade; experiência negativa com a rede de apoio; experiência ambivalente com a rede de apoio e; experiência positiva com a rede de apoio.

*Desânimo* considera exposições de falta de otimismo e descrença dos participantes. Participante F (2ª sessão) bocejou alto e demonstrou-se desinteressado quando a pesquisadora responsável foi explicar a dinâmica das burocracias após a perda e rituais de despedida. Participante H (2ª sessão) predominantemente verbaliza em seus relatos a sua inconformidade com a perda das irmãs e raras as exceções que citou exemplos de buscar por restauração. Participante I (2ª sessão) relatou que não sai de casa desde a perda do esposo. Participante H (5ª sessão) falou com a voz desanimada “não dá tempo de a gente falar tudo o que quer”.

*Desconforto* aponta os incômodos físicos e emocionais dos participantes durante as partilhas, podendo ser ilustrados nos fragmentos a seguir. Participante B (1ª sessão) mostrou-se inquieta a sessão inteira. No momento das partilhas, suas falas eram breves e com muitas lágrimas. Suspiros profundos e gestos demonstrando impaciência diante do longo relato da

---

<sup>51</sup> “PT” refere-se aos dados que chegaram até a equipe de pesquisa “Pós Terapia” (depois da finalização do grupo, por exemplo, por contato posterior via WhatsApp ®).

participante G. Participante D (1ª sessão) não quis levantar-se da cadeira enquanto falava, pois, sua perna estava tremendo muito. Também murmurou reclamando da duração da fala da participante G. Participante F (1ª sessão) agitado em sua partilha, chegou a dar pequenos passos enquanto falava da sua perda e bateu repetidas vezes a caneta na perna. Participante C (2ª sessão) ao ouvir a pesquisadora-responsável perguntar ao grupo sobre a roupa do sepultamento dos seus entes, começou a se coçar e comentou baixinho “sai no saco mesmo” (referindo-se às vítimas pela COVID-19).

*Culpa* destaca a estigmatização dos participantes quanto aos seus comportamentos que não geraram consequências positivas no passado a serem exemplificados a seguir. Participante F (1ª sessão) “Eu cometi um grande erro, eu fui embora estudar e nunca mais voltei para a casa da minha mãe”. Participante A (2ª sessão) “eu fico assim ‘eu poderia ter feito isso ou aquilo’. A minha filha estava comigo, eu sabia como ela estava. Quer dizer... ela tinha 47 anos, como que eu ia segurar ela comigo? Mas eu poderia ter feito tanto. ’ Muita coisa eu poderia ter feito”. Participante F (6ª sessão) disse que sempre foi desapegado da família e que hoje não tem muito contato com os filhos e complementou “separei da família e isso foi burrice. Hoje os amigos são mais importantes do que a família. ”

*Padecendo de fator agravante* enfatiza variáveis contextuais importantes que agravaram a percepção das perdas concretas e simbólicas dos participantes. Foram muitos os exemplos contemplados nessa categoria, seguem alguns deles: participante C (1ª sessão) “uma coisa que eu queria ressaltar é que a minha mãe tinha apenas uma irmã e quando a minha mãe morreu, essa tia fez o papel de mãe para mim. Mas agora ela faleceu também”. Participante G (1ª sessão) “o momento em que eu me senti invalidada no processo de luto foi depois que eu fiquei sabendo que o meu filho tinha falecido e que ele havia passado muito mal no hospital. Porque eu achava que ele estava bem, que logo estaria em casa, mas ele pediu para os meus outros filhos não me contarem que ele estava piorando. Eu queria ter participado da doença dele, orar

com ele, falar com o meu filho. Eu não pude ajudá-lo. Então é muito triste, isso aí ainda vai demorar. Eu só fico chorando”. Participante H (1ª sessão) “Quando a minha irmã do meio morreu, eu fiquei muito mal e doente. Quando eu estava começando a melhorar um pouco, a outra irmã morreu também. Com poucos meses de diferença, uma em julho e a outra em novembro. As duas eram tudo para mim”.

Outras passagens acerca de fatores agravantes foram observadas em: participante A (2ª sessão) “a minha filha fez foi suicidar. Ela teve COVID-19 e deu uma paranoia assim, um problema seríssimo e ela suicidou. O mais difícil foi escolher o caixão. Eu passei mal e não dei conta, não escolhi. Eu pedi para ela ficar comigo [...], mas já estava na cabeça dela que ela queria fazer aquilo [...]. O avô paterno dela se suicidou com 34 anos. O pai dela suicidou-se aos 70 anos. E aí, eu recebi a notícia naquela tarde em que ela havia ido embora, falando que ela tinha acabado de pular do prédio em que morava”. Participante B (2ª sessão) “saber da morte da minha filha foi uma notícia muito dolorosa. E por ser COVID-19, eles não deixam a gente ver. Não sei, parece que você não se despede da pessoa. A gente fica assim: 'Será que foi ela?' [...] eu fiquei muito revoltada de não ter velório. Isso é triste demais e ela era nova, 30 anos, tinha muita vida pela frente. [...] A pior parte foi não poder vê-la no caixão. Só havia 15 dias que ela estava internada. [...]”. Participante C (2ª sessão) “a minha perda mais recente foi pela COVID-19. Então eu também não vivi os rituais de despedida. E eu não sabia que não podia abrir a janelinha do caixão. Então, eu cheguei próximo, abri a janelinha e vi que essa minha tia estava dentro de um saco. [...] Foi muito doído justamente por você não ter a chance de ver pela última vez, de você despedir nem nada e estar em um saco preto”. Participante I (3ª sessão) afirmou que o marido que resolvia tudo (principalmente na área financeira da família) e agora ela deve aprender certas tarefas para enfrentar os eventos com tranquilidade e complementou “uma responsabilidade grande tentar imitá-lo”.

*Repúdio à morte* incorpora o discurso de rejeição da finitude, podendo ser percebido em: “a gente custa a entender que a vida, na verdade, é um ciclo. E no fundo, a gente nunca se prepara para quando começa a vir as perdas. Eu particularmente não consigo assimilar a morte, não consigo aceitar. Esse é o meu maior sofrimento hoje” (participante E, 1ª sessão).

*Negação* envolve o recorte de falas que se opõem à realidade na tentativa de autopreservação. Participante A (1ª sessão) “minha filha também foi COVID-19 [causa da morte]”<sup>52</sup>. Participante G (3ª sessão) falou que ainda não aceita a morte do filho mais velho durante o seu relato na apresentação da pessoa que partiu enquanto viva. Participante H (5ª sessão) quando foi ao cemitério visitar os túmulos das irmãs, afirmou “parece que não era eu, parece que eu não consegui enxergar as minhas irmãs lá”.

*Contato com a perda* classifica a disposição de abrir espaço para a experiência do vínculo interrompido e a deterioração de contingências de reforçamento. Participante D (1ª sessão) “eu cuidei da minha mãe por mais de 23 anos. No final, ela já era a minha filhinha. Eu sabia que ela estava perto de ir embora, ela tinha 97 anos, né? Mesmo assim dói”. Participante E (2ª sessão) “a parte mais difícil para mim, foi descobrir que a UTI é o último recurso. Eu perdi todos os meus entes queridos depois da UTI. Agora, o velório é muito difícil. A gente vê tudo o que está acontecendo, mas a ficha não cai. Eu também não acompanhei o enterro de perto, eu fiquei de fora. Mas aquela imagem do caixão a gente nunca esquece”. Participante F (2ª sessão) chorou muito em sua fala ao falar das burocracias após a perda e rituais de despedida e afirmou “Deus me deu força, eu fiz tudo”.

*Mostrando solidariedade* compila interações com a finalidade de auxiliar outro membro do grupo com responsabilidade e zelo, inspirando uma “corrente do bem”, conforme percebido nas manifestações a seguir. Participante I (1ª sessão) sempre com uma postura corporal acolhedora

---

<sup>52</sup> Esse relato foi caracterizado como “negação” devido à causa da morte da filha dessa participante ter sido suicídio e não COVID-19. A equipe de pesquisa já tinha o dado correto desde o questionário sociodemográfico, mas não se pronunciou durante o grupo quanto a essa manifestação distorcida, uma vez que, essa negação refletia a forma com que ela mais se sentia à vontade de se expressar na primeira sessão. Pode-se inferir que houve vergonha e/ou medo do julgamento de terceiros pela forma que a filha dela veio à óbito, uma vez que, o luto por suicídio é permeado por estigmas que interferem na interação do enlutado com a sociedade (Santos et al., 2022; Worden, 2013).

e desejosa de ouvir os relatos dos colegas com muita atenção. Participante A (2ª sessão) afirmou acreditar que a vida termina quando cada um cumpre o seu propósito, a pesquisadora-responsável acenou positivamente com a cabeça e a participante A perguntou se a pesquisadora acredita que até com os suicidas é assim. A pesquisadora-responsável respondeu que prefere acreditar que sim. Participante I (2ª sessão) prontificou-se a pegar um lenço para as participantes A e C enquanto elas se emocionavam durante suas falas.

*Busca pela restauração* agrupa trechos que demonstram o anseio de recalcular a rota da vida na busca de um novo sentido. Alguns exemplos: “Tenho a esperança de sair daqui aprendendo a aceitar mais e saber que a gente tem que seguir em frente. Tem muita gente dependendo da gente, querendo ver a gente feliz” (participante C, 1ª sessão). Participante F (1ª sessão) “eu tenho uma expectativa: quero romper tudo o que a gente sabe sobre o luto. Eu quero sair debaixo da minha cama. Isso é algo terrível do estado depressivo, você não dá conta de se mover. Então, eu tenho expectativa de querer reorganizar a minha vida”. Participante E (2ª sessão) “eu tenho 5 netos, todos formados e adultos. E agora eu tenho o meu primeiro bisneto para nos alegrar, ele tem 2 aninhos. É a vida se renovando. Uns vão e outros vem. A gente está aqui por algum propósito, alguma coisa tem que ser feita, senão eu já teria ido também”.

*Experiência negativa com a rede de apoio* realça o contato com agentes punidores na história de vida dos participantes durante seus processos de luto. Participante D (1ª sessão) disse que apesar da mãe nunca ter “dado trabalho”, o único irmão nunca se prontificou a ajudá-la e isso a sobrecarregou e, conseqüentemente, a adoeceu psicologicamente. Participante F (2ª sessão) “eu acho invalidação quando as pessoas falam ‘joga isso fora’, ‘limpa a casa’, ‘tira as coisas dela’. Não é só porque ela não está lá fisicamente que eu posso jogar fora ou mudar. São as memórias dela e identidade minha”.

*Experiência ambivalente com a rede de apoio* endossa o conflito entre o cuidado que os participantes receberam versus o cuidado que eles gostariam de ter recebido após suas perdas.

Participante A (2ª sessão) “eu tenho muito apoio de amigos e família. Eles vão lá para casa, para conversar e para eu não ficar trancada no meu quarto. Mas as pessoas chegarem e falarem assim ‘E aí, está tudo bem?’ Isso me tira do sério. Como que eu vou responder que está tudo bem? Isso me incomoda muito. Como eles fazem uma pergunta dessa?”. Participante B (2ª sessão) “Eu sinto muito apoio dos meus filhos e vizinhos. Mas um dos meus netos, filho da minha filha que faleceu, não gosta que eu fale nela. No dia que ela morreu, nem chorar ele chorou e não me deixou chorar”. Participante F (2ª sessão) “durante esse processo de velório e luto, são sempre as mesmas expressões das pessoas, as mesmas falas ‘meus pêsames’, ‘meus sentimentos’. Mas as mais invalidantes são ‘vai sair’, ‘vai buscar o que fazer’, ‘vai virar a página da sua história’.” Participante H (2ª sessão) “olha, eu só tive o apoio do meu irmão. Ele quem fala ‘Pode chorar, uai!’. Porém, o que ouço de outras pessoas da família (incluindo as minhas filhas) é ‘Nossa! Esse assunto outra vez? Está tão cansativo’ e ‘você só sabe chorar, toda vez que chego você está chorando’ ou ‘Mãe, enterra o seu morto. Tira o seu morto da sala’. E isso me dói demais”.

*Experiência positiva com a rede de apoio* retrata o acesso a reforçadores sociais no contexto da perda. Participante I (1ª sessão) afirmou “em nenhum momento eu vi um comportamento que invalidasse o meu sofrimento, me senti muito acolhida após a minha perda”. Assim como, a participante C (2ª sessão) declarou “eu não sei em qual momento eu senti invalidação. Eu encontrei muito amor, muita gente sofrendo comigo. A minha dor está sendo muito respeitada”.

### ***Comportamentos Contraprodutivos***

O eixo “comportamentos contraprodutivos” foi instituído para estruturar classes comportamentais que atrapalham o bom andamento do grupo e uma boa elaboração do processo de luto, além de evidenciar a complexidade das contingências de controle em um grupo terapêutico. Dificuldade com as regras estipuladas, desconsiderando o outro participante,

esquiva experiencial e rigidez psicológica foram as categorias criadas a partir das manifestações contraproducentes dos participantes.

*Dificuldades com as regras estipuladas* diz respeito ao não cumprimento de acordos firmados entre a equipe de pesquisa e os participantes do grupo principalmente no que se refere aos minutos destinados a fala de cada um. Participante G (1ª sessão) ultrapassou o seu tempo para partilha mesmo com a pesquisadora-responsável interrompendo-a. Da mesma maneira que, durante a 5ª sessão no momento que os membros foram convidados a comentarem sobre o dia de finados, as participantes A, D, E, H extrapolaram o tempo determinado para o relato de suas experiências. Assim como, Participante H (6ª sessão), após extrapolar os minutos para a sua partilha em grupo, justificou-se que precisava de mais tempo para comunicar tudo o que estava sentindo, pois estava sendo insuficiente.

*Desconsiderando o outro participante* contempla os comportamentos que concorrem a uma escuta respeitosa e atenta, tais como percebidos nas manifestações a seguir: participante H (1ª sessão) demonstra indiferença às partilhas dos colegas, levanta-se da sua cadeira e comenta em voz alta com a participante do lado “tomara que ela não fale mais” (referindo-se à participante G que havia extrapolado o tempo de partilha). Participante E (3ª sessão) mexeu na garrafinha de água e conversou com a participante D durante as primeiras partilhas. Participante H (8ª sessão) comentou que a dor de quem perde um filho deve ser a maior de todas as dores. E afirmou “não sei se aqui no grupo teve alguém que perdeu o filho...”. E aquelas participantes que perderam seus filhos se pronunciaram e balançaram negativamente a cabeça, passando a imagem de que não se sentiram escutadas pela participante H.

*Esquiva experiencial* ressalta a tentativa de evitar experiências potencialmente fomentadoras de desconfortos físicos e psíquicos. Participante B (5ª sessão) disse que tinha o costume de ir ao cemitério no Dia de Finados todos os anos. Porém, no ano da presente pesquisa, afirmou não ter tido coragem e que chorou o dia inteiro. Participante H (6ª sessão) afirmou que, embora

sinta muita falta, não consegue ainda ver os seus sobrinhos (filhos das irmãs que vieram à óbito) desde os falecimentos de suas mães porque causaria muita dor. Participante C (8ª sessão), durante o início da prática de *mindfulness*, permaneceu com o corpo estático e rígido, braços cruzados.

*Rigidez psicológica* demonstra a ausência de abertura para novas possibilidades como foi o caso da participante D (5ª sessão), sobre a sua história de vida e desenvolvimento, afirmou que boa parte das pessoas significativas da vida dela já faleceram. E com quem está vivo, ela não quer resgatar laços. Tal qual a participante G, que durante toda a sessão 05 - cujo tema foi valorização das relações interpessoais - demonstrou-se pensativa, cabisbaixa, inquieta e tremendo.

### ***Processo Curativo***

O eixo “processo curativo” (PC) foi construído a fim de organizar atividades favorecedoras para um luto não complicado e possibilitar caminhos em direção a ressignificação da perda. As categorias contempladas no presente eixo foram: reagindo contra CP; envolvimento ativo com o que foi proposto; socialização; abertura para o outro; dar conselho a outro participante; aceitação das emoções vindo à tona; integração do contato com a perda e restauração.

*PC Reagindo contra CP* revela os incômodos quanto aos comportamentos que atrapalham a fluidez e harmonia do grupo. Alguns desses aborrecimentos puderam ser constatados em: participante G (7ª sessão) acenou negativamente com a cabeça ao perceber que a participante C não citou seu nome nas pessoas que se beneficiaram com o grupo. E no desabafo da participante E para a participante B (8ª sessão) “se a gente for esperar a Dona H falar tudo o que quer, vamos ficar aqui até às 18h”.

*PC Envolvimento ativo com o que foi proposto* simboliza o ato de concentrar-se integralmente nas dinâmicas do grupo. Os exemplos foram, sobretudo, recortes da prática de *mindfulness* durante a oitava sessão: participante A, bastante emocionada, afirmou “foi muito

real, pareceu que eu não estava aqui, meu pescoço quase caiu para trás. A minha filha é muito real na minha vida e desde a sua partida, nunca estive com ela dessa forma”. Participante F compartilhou “senti moleza, sono, paz, suavidade e tranquilidade. Mas não imaginei ninguém comigo. Vi eu mesmo jogando pedras no lago para ver o quanto elas quicam e umas crianças correndo ao fundo”. Ao passo que, a participante G relatou que conseguiu imaginar o filho e a irmã, mas “foi muito difícil, era um lago do sofrimento”.

*PC Socialização* retrata discursos dos participantes de causa (estar na contingência do grupo) e efeito (ganhos sociais). Participante G (5ª sessão) disse que embora estivesse doendo muito estar no grupo um dia após a perda da sua irmã, “foi bom porque encontrei com vocês”. E ao final, recebeu abraço de todos. Participante B (7ª sessão) “eu melhorei muito depois que eu vim para cá em todos os sentidos. Eu estava muito triste. Parece que me dava uma depressão, eu não estou do jeito que eu estava mais. Achei bom ouvir os colegas, foi muito bom. Estar com vocês, não tem coisa melhor. Eu fico muito sozinha”. Participante H (7ª sessão) afirmou que nem os vizinhos estão dispostos a interagirem com ela mais. E que no grupo encontrou a oportunidade maior de se relacionar.

*PC Abertura para o outro* constata a identificação genuína com o outro participante; conexão. Os destaques a seguir exemplificam essa aproximação. Participante D (4ª sessão) levantou-se proativamente para pegar um lenço para a participante G, que se emocionou bastante durante o seu relato. E a mesma participante D, na 5ª sessão, deu a mão para a participante A durante o relato da participante E que falava sobre a perda do seu filho. Participante G (5ª sessão) se emocionou com a partilha dolorida da participante H e afirmou baixinho que as irmãs de ambas que vieram à óbito tinham a mesma idade. Participante F (8ª sessão) disse que percebeu um crescimento em todos do grupo, mas que queria deixar evidente que o relato que mais o tocou foi o da participante I se despedindo do marido na dinâmica de *mindfulness*. Alegou que “ela entrou em contato com a dor da despedida, mas também acredita

que eles caminham juntos, ele em outro plano e ela aqui”. Também foi percebido no relato da participante I (8ª sessão) ao afirmar que a participante B está passando uma sensação de calma e autoconfiança que ela não demonstrava no começo do grupo.

*PC Dar conselho a outro participante* representa o estender a mão a um participante com sugestões ou dicas vindas do coração. No decorrer das sessões pôde ser observada nos relatos: participante A (6ª sessão), durante a sua partilha, incentivou a participante H a reencontrar-se com pessoas significativas para ela mesmo que no começo seja mais difícil, “é bem melhor a senhora chorar com eles do que sozinha”. Participante A, na 7ª sessão, também falou para a participante H que “se muita gente fala uma coisa sobre nós, temos que parar para ouvir... nós também erramos” (sobre a participante H afirmar que ninguém mais da sua família aguenta vê-la lamentando o dia inteiro).

*PC Aceitação das emoções vindo à tona* refere-se ao tatear das emoções e a abertura para experienciá-las tais como elas se apresentam, sem tentativas de evitá-las. Os trechos a seguir foram escolhidos para exemplificar os processos que essa categoria representa. Participante A (6ª sessão) comentou que sua mão estava gelada e achava que era por conta da tensão em falar e não por conta do frio. Participante E (8ª sessão) durante a prática de *mindfulness*, bocejou, tirou os óculos, respirou fundo, deixou as lágrimas escorrerem sem limpá-las, elevou a cabeça para cima demonstrando tranquilidade e permaneceu de olhos fechados. Participante H (8ª sessão), durante a prática de *mindfulness*, abaixou a cabeça e chorou de soluçar. E depois partilhou que conseguiu ver um lago e próximo a ele, imaginou seus pais, sua irmã mais nova e depois, seu marido. Afirmou que isso remeteu a ela o quanto sofreu estando casada por 63 anos com uma pessoa infiel.

*PC Integração do contato com a perda e restauração* ilustra a aceitação plena da perda e o movimento de ir em frente com a vida intrinsecamente entrelaçados podendo ser demonstrados nas manifestações a seguir. Participante A (3ª sessão), chorando, afirmou que a sua filha que

veio à óbito sempre pediu para que ela aprendesse a ouvir mais as pessoas. Essa foi a herança que a filha deixou, esse ensinamento. Dona<sup>53</sup> A também elucidou que nunca se imaginou em um grupo terapêutico e gostaria que sua outra filha e sua neta percebessem que ela mudou e está menos dura. Participante B (3ª sessão) disse que pede a Deus para lhe dar saúde para cuidar dos cinco netos que a filha deixou, dando carinho e educação. Também espera que os netos um dia se lembrem dela como uma pessoa amorosa e que fez o bem. Participante H (3ª sessão) alegou que as irmãs ensinaram a ela a verdadeira amizade e o amor de irmã. Para manter isso vivo nela, Dona H pretende espalhar amor por meio de cantos católicos e leituras bíblicas, como as irmãs faziam. Quando partir, quer ser lembrada como uma pessoa que doou muito o seu tempo e com amor.

Outros exemplos da “integração do contato com a perda e restauração”: participante G (4ª sessão) afirmou que quer voltar a sair, passear, que o filho iria gostar de vê-la sendo feliz. Mas não conseguiu terminar o relato por tamanha mobilização emocional. Participante A (5ª sessão) confidenciou que tinha uma barreira de ir ao cemitério, mas que o grupo está incentivando-a a fazer coisas diferentes. E no Dia de Finados, visitou o túmulo da filha e comentou “por incrível que pareça, foi um clima tranquilo e de paz”. Participante D (5ª sessão), chorando, alegou que o Dia de Finados não é bom, mas foi ao cemitério, conversou com os pais à beira de seus túmulos e agradeceu por tudo o que viveram, levou flores e disse “eles estão melhor agora”. Participante I (8ª sessão), na partilha sobre o exercício de *mindfulness*, revelou “imaginei eu e meu marido na fazenda. Eu estava sentada em um toco de árvore e ele andando vagarosamente perto da cerca. Ele não estava tão perto de mim, mas não estava tão longe, ele estava se afastando devagarinho. É como se ele estivesse indo embora e eu falando que ele poderia ir, que ia ficar tudo bem. ”

---

<sup>53</sup> “Dona” A é apenas um pronome de tratamento na tentativa de evitar repetições de “participante A” no mesmo parágrafo.

### ***Ressignificação do luto***

A “ressignificação do luto” (RL) engloba relatos acerca das perdas dos participantes sob o viés da naturalidade e da modificação em seus significados. Esse eixo emergiu da junção de duas categorias, sendo elas: construção de sentido e resgate do que é importante.

*RL Construção de sentido* é coerente com a analogia da colcha de retalhos sendo costurada por meio da diversificação das lembranças, ora agradáveis, ora sofridas, mas parte de um todo interdependente e foi passível de observação em: “para tirar a dor, não poderia ter existido o amor” (participante I, 3ª sessão). Participante A (7ª sessão), emotiva, questionou sobre o termo “perda” (quando falamos sobre falecimentos), que depende do ponto de vista. Participante F (7ª sessão) “sobre o luto... está sendo muito interessante porque nas primeiras sessões nós não conseguíamos falar. A emoção embargava a voz, muito choro e isso até atrapalhava a expressarmos o que realmente estávamos sentindo. Todo mundo chorava muito nas primeiras sessões, e aí depois lá pelo terceiro ou quarto encontro, todo mundo começou a falar mais tranquilo, se manifestar sem todo aquele emocional. Então acho que realmente houve uma evolução. Não só como grupo, mas no nosso dia a dia também. O que eu mais entendi sobre o luto é que cada um tem dores diferentes, a formação de cada um gera sofrimentos diferentes”. Participante H (8ª sessão) afirmou que foi ao médico por conta de suas tonturas e o profissional respondeu que suas queixas eram da esfera emocional e que ela não deveria estar daquela forma, pois, “o luto deveria durar apenas 6 meses”. E tanto ela, quanto o grupo ao ouvir, ficaram revoltados com tamanha invalidação e não concordaram com a postura do médico.

*RL Resgate do que é importante* se dá quando os participantes refletem a respeito dos próprios padrões de comportamentos e as consequências geradas em suas vidas. Nos relatos a seguir, é oportunizado a interpretação de condutas predominantemente voltadas para aquilo que ainda pode ser feito, tais como: participante H (6ª sessão) contou que foi ao cemitério pela segunda vez desde a iniciação do grupo. Uma coisa significativa para a participante, mas que

não fazia isso há anos porque sempre pensava em como a morte era, por vezes, injusta e o grupo foi incentivador a tal ponto de ela ter conseguido ir 2 vezes, com o intervalo de apenas quinze dias. Participante A (7ª sessão) “após a minha perda, eu deixei de fazer muita coisa. Eu saía muito, me divertia muito, estava sempre fora. Mas eu vi que eu tenho que continuar fazendo. E com o grupo também aprendi a ouvir. Vi que não valia a pena continuar a ser do jeito que eu era, se a gente não ouvir o outro, como você vai poder ajudar? ”. Participante C (7ª sessão) “eu acho que esse momento aqui, é realmente um momento nosso, meu, que eu estou pensando em mim, dividindo as minhas angústias, as minhas dores com outras pessoas e que eu estou vendo que cada um tem uma coisa para me transformar em uma pessoa melhor, que aceite mais”. Participante C (8ª sessão) “Essa convivência aqui me trouxe alento, porque a gente fica na dor sozinha... a família cansa, né? O grupo me fez aceitar que cada um de nós temos nossas alegrias e frustrações, encontros e desencontros, para você ver que a vida é uma renovação. Temos que aproveitar o hoje, dizer ‘eu te amo’ hoje”. Participante F (8ª sessão) “vocês representam a nova fase da minha vida. Me ouviram, a gente conversou, sintonizou. A dor é de cada um, mas também pode se aliviar com a dos outros. Você caminha junto a todos que estão aqui. Novas amizades, pessoas e mentalidade, né? Não tem como sair do cotidiano da vida. A vida continua...”.

### ***Êxito***

Conforme percebido nos recortes acima, os ganhos terapêuticos do grupo Laços & Lutos foram bastante expressivos. E os benefícios se estenderam para outros contextos e até mesmo após o encerramento. O eixo “êxito” (EX) com as suas categorias: ampliando horizontes, apoio à iniciativa de outro participante, disponibilidade afetiva para o outro e relatos de mudanças externas, reúne testemunhos que atestaram o alcance desses efeitos. Foi construído para captar os processos que descrevem os ganhos e as conquistas dos participantes ligados à intenção do grupo.

*EX Ampliando horizontes* estampa a dinâmica e flexibilidade dos participantes ao conversarem sobre os seus valores, objetivos e sonhos ainda não realizados. Assim como pôde ser percebido em: participante E (4ª sessão) optou na dinâmica pelas seguintes imagens guiadas: grupo de idosos reunidos, senhora com crianças e uma foto de um casal de idosos no cinema. “Escolhi o grupo porque gosto muito de reunir, estou muito sozinha. A imagem das crianças é porque chegou a minha hora de curtir os bisnetos. E o cinema acompanhada é porque me dediquei a vida toda para a família e agora quero cuidar de mim, um cobertor de orelha faz falta”. Participante H (6ª sessão) compartilhou que a sua maior vontade no momento é visitar o neto que faz faculdade em outro estado. Participante A (7ª sessão) disse que os dias em que acontecem os grupos, costumam ser os mais felizes da semana, quando ela já acorda animada e “com vontade de fazer tudo diferente”. Participante B (8ª sessão) “vocês fizeram parte daquela minha tristeza que eu tinha e foi se afastando enquanto eu estava aqui, foi melhorando a minha vida. Graças a Deus! Foi muito bom, eu gostei demais de participar! ”.

*EX Apoio a iniciativa de outro participante* reúne exteriorizações dos participantes incentivando uns aos outros. Participante B (4ª sessão) afirma à participante I que “vai dar certo sim” (de voltar a andar de bicicleta, assim como, os outros desejos). Participante I (8ª sessão), proativamente, auxiliou a participante G a ler a mensagem escrita pela irmã que havia falecido recentemente.

*EX Disponibilidade afetiva para o outro* indica consideração, enxergar para além de si, tornar-se sensível à existência do outro, acessibilidade para novas trocas afetivas, como nos exemplos a seguir. Participante A (4ª sessão) “Por vontade própria a gente não quer sair, mas ficar só dentro do quarto alimenta coisas ruins. A minha filha concordaria se eu seguisse em frente”, disse Dona A ao responder à questão de como seria se filha pudesse vê-la dando valor ao que lhe é importante. Participante D (6ª sessão) falou palavras de afirmação e motivadoras para a participante G durante a sua partilha, tais como “você é a nossa inspiração” e, em

seguida, o grupo aplaudiu a participante G. Participante G (7ª sessão) pela primeira vez participou das partilhas ativamente, sem a mediação da pesquisadora-responsável. E todos perceberam isso. Participante B (8ª sessão) falou para a pesquisadora-responsável “tem muita psicóloga chata, mas você é diferente”.

*EX Relatos de mudanças externas* equivale-se aos ensinamentos que perduraram e os compromissos selados durante o grupo se materializando também fora e após o grupo, como nos exemplos: participante F (7ª sessão) disse que o grupo o incentivou, dentre tantas coisas, a ser mais proativo socialmente. “Sou grato aos meus vizinhos que se preocupam comigo, então vou oferecendo mais ajuda às vizinhas que também ficam só e também podem precisar de mim”. Participante B (8ª sessão) revelou “já não estou igual eu estava no início. Inclusive, eu não tinha coragem de me expressar direito. Sempre guardei muito. E essa semana consegui falar uma coisa para o meu genro que há meses eu queria ter falado e me senti bem mais fortalecida após essa minha coragem”. A filha da participante G (nas últimas semanas do grupo) comentou, agradecida, com a equipe de pesquisa que apesar do *Alzheimer* da mãe, ela tem conseguido pequenos avanços na estabilidade emocional, assim como, na conclusão de ideias. A filha da participante H (8ª sessão) também comunicou à pesquisadora-responsável que a mãe anda melhorando e está combinando de ir até a chácara da irmã que faleceu para reencontrar os sobrinhos e chupar jaboticaba, mesmo depois de ter se esquivado tanto para ir após as perdas.

Além disso, os participantes continuaram interagindo no grupo do WhatsApp®, trocando mensagens de afeto, afirmando estarem com saudades uns dos outros e da pesquisa, emprestando livros e se encontrando periodicamente. E dois meses após a finalização das sessões, a participante H ligou para a pesquisadora-responsável e afirmou que conseguiu viajar para ver o neto que faz faculdade em outro estado e conseguiu passar as festas de final de ano com a família reunida (duas coisas importantes que a participante não estava conseguindo fazer

devido à alta mobilização emocional que traziam). Ambos os exemplos retratam avanços na reorganização da vida pós terapia (PT).

### *A evolução dos participantes de forma individualizada*

A participante A marcou sua presença com desconforto e negação na primeira sessão. Demonstrou também busca para restauração e solidariedade, apesar de experiências ambivalentes com sua rede de apoio. Na quinta sessão, ela teve dificuldades com as regras estipuladas, mas também reagiu contra comportamentos contraprodutivos no grupo. Mostrou-se aberta para o outro e comportou-se de forma a integrar o contato da perda e restauração. Na sexta sessão, aceitou as emoções vindo à tona e deu conselho para outra participante. Na sétima sessão observamos novamente abertura para o outro e o oferecimento de conselhos. Também houve integração do contato com a perda e restauração. Na oitava sessão ocorreu além da reação contra comportamentos contraprodutivos, também socialização. Construção de sentido foi marcante na terceira e sétima sessão e resgate do que é importante na sexta e sétima sessão. Elementos de êxito começaram a ficar aparentes na quarta sessão com a ampliação de horizontes, que também ficou evidente nas sessões 4, 6, 7 e 8, e disponibilidade afetiva para o outro, que reemergiu na sessão 7. E os seus relatos de mudanças externas chegaram à equipe de pesquisa pós terapia (PT).

A participante B apresentou desânimo e desconforto na primeira sessão, mas também demonstrou solidariedade para com os colegas do grupo. O padecimento por fatores agravantes se fez presente nas sessões 1, 2 e 3. Na segunda sessão também foi evidenciado o contato com a perda e relatos sobre a experiência ambivalente com a sua rede de apoio. A desconsideração com o outro participante aconteceu nas sessões 4, 5 e 7, sendo que na 5ª sessão a participante também emitiu esquivas experienciais. Mas Dona B também reagiu contra comportamentos contraprodutivos nas sessões 7 e 8. Envolveu-se ativamente com as dinâmicas em grupo na oitava sessão. A socialização dessa participante teve seu marco nas sessões 5, 6, 7 e 8. A

aceitação das emoções vindo à tona foi demonstrada na 5ª e 8ª sessão. Enquanto o movimento de integração da perda e restauração foi observado nas sessões 3 e 7. A construção de sentido ficou evidente na 3ª sessão e o resgate do que é importante na 6ª. Ampliando horizontes teve suas aparições nos encontros 4 e 8. A 4ª sessão também contou com o apoio à iniciativa de outro participante e disponibilidade afetiva, que também esteve presente nas sessões 5, 7 e 8. Os relatos de mudanças externas estiveram presentes na 8ª sessão e após a experiência dos encontros em grupo.

A participante C embora tenha confidencializado nas duas primeiras sessões sobre os fatores agravantes em seu processo de luto, também demonstrou solidariedade, busca pela restauração e afirmou ter tido uma experiência positiva com sua rede de apoio. A participante não compareceu<sup>54</sup> às sessões 3 e 5 e justificou os seus motivos (na 3ª sessão estava bastante gripada e comprometeu-se a fazer a testagem do COVID-19 e na 5ª tinha a comemoração do aniversário de uma neta no mesmo período do nosso encontro). Houve um desconforto na segunda sessão e esquiva experiencial na oitava. Dona C reagiu contra comportamentos contraprodutivos na 7ª sessão. Teve um envolvimento ativo e abriu-se para o outro na 8ª. Socializou-se nas sessões 6 e 8 e se comportou integrando perda e restauração na 6ª e 7ª. Despertou o interesse de resgatar aquilo que lhe é importante nas sessões 7 e 8. Ampliou os seus horizontes nos encontros 4 e 6 e se disponibilizou afetivamente no 4 e 7. Relatos de mudanças externas foram coletados depois da finalização do grupo.

A participante D relatou ter tido uma experiência negativa com a sua rede de apoio, padecimento de fatores agravantes e desconforto na primeira sessão. Porém, ainda nesse início manifestou também o desejo e a busca pela restauração. O contato com a perda aconteceu de forma mais explícita nas sessões 1 e 2 e a Dona D afirmou na segunda sessão que também teve uma experiência ambivalente com outra parte da sua rede de apoio. A participante

---

<sup>54</sup> Todos os materiais usados para as dinâmicas que eram passíveis de digitalização e os *slides* de cada sessão eram compartilhados no grupo do WhatsApp ® para que os participantes tivessem acesso caso viessem a faltar ou simplesmente pelo desejo de acessarem novamente.

desconsiderou outro membro do grupo na sessão 3 e apresentou dificuldades com as regras estipuladas e rigidez psicológica na sessão 5. Ainda na 5ª sessão, ela reagiu contra comportamentos contraprodutivos, mas também demonstrou socialização, abertura para o outro e integração do contato para perda e restauração. Construiu sentido em seus discursos na sessão 3, fez o resgate do que é importante na 6 e ampliou os seus horizontes na 4. Dona D foi convocada a retornar às suas atividades como professora no formato vespertino e presencial e, portanto, infelizmente não pôde comparecer às sessões 7 e 8. A disponibilidade afetiva se fez presente nas sessões 4 e 6 e os relatos de mudanças externas aconteceram pós terapia.

A participante E na primeira sessão demonstrou repúdio à morte, mas também ofertou solidariedade ao próximo. Na segunda sessão entrou em contato com a perda em uma dinâmica e buscou restauração em outra. Na sessão 3 comentou sobre o seu padecimento por fatores agravantes. Houve dificuldades com as regras estipuladas nas sessões 3 e 5 e a desconsideração com outro membro do grupo nas sessões 3, 4 e 7. Dona E praticou a esquivia experiencial na 5ª sessão. A reação contra comportamentos contraprodutivos se fez presente nas sessões 7 e 8. Na 8ª sessão a participante também demonstrou ter um envolvimento ativo com aquilo que era proposto juntamente com o apoio à iniciativa do outro, a aceitação de suas emoções que vinham à tona e o resgate do que lhe é importante. Tanto a socialização quanto a abertura para o outro ficaram evidentes nas sessões 5, 6 e 8. A integração da perda e restauração foi percebida nas sessões 3, 5 e 7. Na 7ª sessão também ocorreu uma construção de sentido. A ampliação de horizontes e a disponibilidade afetiva foram categorias manifestadas por essa participante nas sessões 4, 6 e 7. Ao passo que, os relatos de mudanças externas na vida de Dona E foram sinalizados nas sessões 5, 8 e depois do encerramento do grupo.

O participante F demonstrou desconforto, busca pela restauração e culpa na primeira sessão. A culpa veio a se repetir na sessão 6. A segunda sessão foi marcada pelo desânimo, exposições sobre os fatores agravantes, contato com a perda, demonstração de solidariedade e avaliação de

sua rede de apoio ora como negativa ora como ambivalente. Houve uma desconsideração com o relato de uma participante na sessão 3 e uma reação contra comportamentos contraprodutivos na sessão 6. O participante F não compareceu à sessão 5 por conta de uma forte tempestade que o impossibilitou de sair de casa naquele dia. Na 6ª sessão também ocorreu o envolvimento ativo nas dinâmicas e que também foi exteriorizado na sessão 8 somado à abertura para o outro e o resgate do que é importante. A socialização do participante F se fez presente nas sessões 6 e 8. A Integração da perda e restauração e a construção de sentido ocorreram nas sessões 3 e 7. Ampliando horizontes nos encontros 4 e 6 e a disponibilidade afetiva para o outro na 4ª e 7ª sessão. Quanto aos relatos de mudanças externas puderam ser observados nas sessões 7, 8 e a partir dos seus feedbacks também após a finalização do programa.

A participante G teve na 1ª sessão dificuldades com as regras estipuladas, além de ter demonstrado padecer de fatores agravantes e este dado também se manifestou nas sessões 2, 5 e 6. O contato com a perda se fez presente na sessão 2, porém uma negação foi manifestada na sessão 3. Na 4ª sessão, a participante demonstrava ampliar os seus horizontes. Na 5ª sessão Dona G apresentou rigidez psicológica e reagiu contra comportamentos contraprodutivos nas sessões 6, 7 e 8. As ocorrências de integração da perda e restauração se deram nos encontros 3, 4 e 7, enquanto a abertura para o outro nos 4, 5 e 6 e de socialização nas sessões 5, 6, 7 e 8. Também se fizeram presentes na 8ª sessão o envolvimento ativo e a aceitação das emoções. A construção de sentido foi anunciada nas sessões 3 e 6. A disponibilidade afetiva na 7ª sessão e os relatos de mudanças externas na 8ª e pós terapia.

A participante H expressou o seu desânimo nas sessões 1, 2 e 5. Padecimento de fator agravante na 1ª e 3ª sessão. Contato com a perda, busca pela restauração e a revelação sobre a experiência ambivalente com a rede de apoio na sessão 2. Houve uma manifestação de negação no encontro 5. Os comportamentos contraprodutivos se fizeram bastante presentes, tais como, a dificuldade com as regras estipuladas nas sessões 2, 3, 5, 6 e 8, a desconsideração com o outro

participante nas sessões 1, 2, 3, 7 e 8 e a esquivia experiencial na sessão 6. A integração da perda e restauração foi manifestada na 3ª e 7ª sessão. A abertura para o outro na 5ª e 8ª. A socialização se fez mais clara nas sessões 5, 6, 7 e 8. E ainda na sessão 8 aconteceu a aceitação das emoções que vieram à tona e a construção de sentido. O resgate do que é importante teve o seu espaço durante as sessões 6 e 8 e a ampliação de horizontes nas de número 4, 5 e 6. A disponibilidade afetiva para o outro esteve presente na 4ª e 7ª sessão enquanto os relatos de mudanças externas marcaram a 8ª sessão, assim como, nos feedbacks após o encerramento das reuniões em grupo.

A participante I relatou na primeira sessão ter tido uma experiência positiva com sua rede de apoio e nesse mesmo encontro manifestou uma busca pela restauração. Demonstrou solidariedade para com os demais nas sessões 1 e 2. Expôs o seu desânimo e os seus fatores agravantes na segunda sessão e este também foi manifestado no encontro de número 3. Desconsiderou uma outra participante na sessão 5. Dispôs-se a se abrir para o outro de forma mais evidente nas sessões 5 e 8, assim também ocorreu com a sua socialização. A participante faltou aos encontros 6 e 7 em detrimento de uma intervenção médica. Integrou o contato de perda e restauração nas sessões 3, 5 e 8. Aceitou as suas emoções vindas à tona e resgatou o que lhe é importante na 8ª sessão. Houve discursos pautados na construção de sentido durante a sessão 3. Explicitações acerca da ampliação de horizontes e apoio à iniciativa de outro participante estiveram presentes nas sessões 4 e 8. A disponibilidade afetiva na sessão 4 e os feedbacks pós terapias marcaram os relatos de mudanças externas.

### ***Análise dos eixos e suas categorias***

*Linha de Base.* No início do grupo, os participantes operam no ambiente de acordo com seus repertórios selecionados a partir de suas histórias de vida até aquele momento. A categoria desânimo representou quatro participantes em sua maioria com expressões no 1º e 2º encontro e uma manifestação na sessão 5. Um adendo importante nesta categoria foi a recorrência nos

registros da participante H que demonstrou-se estar desanimada em três sessões. O desconforto foi sinalizado em cinco participantes com os sinais de desconforto predominantemente na 1ª sessão e uma demonstração na 2ª. A categoria culpa retratou uma responsabilização/arrependimento dos participantes A e F. O padecimento de fator agravante tornou-se a categoria mais expressiva no eixo LB contemplando o sofrimento das perdas adjacentes e estressores concorrentes de todos os participantes, especialmente da participante G que manifestou essas contingências aversivas em quatro sessões. O repúdio à morte simbolizou um sentimento da participante E na 1ª sessão. A categoria negação correspondeu aos discursos das participantes A, G e H nas sessões 1, 3 e 5 respectivamente. O contato com a perda englobou participantes variados cujas manifestações se deram, sobretudo, na 2ª sessão. A busca pela restauração traduziu o desejo do ajustamento após a perda de 7 participantes nas duas primeiras sessões, porém as participantes B e G não contribuíram para essa categoria. O movimento de demonstrar solidariedade representou 6 participantes nas duas primeiras sessões. A experiência negativa com a rede de apoio foi a realidade retratada pelos participantes D e F. Ao passo que, a categoria experiência ambivalente com a rede de apoio emergiu como consequência dos discursos de 5 participantes na 2ª sessão. Por último, a experiência positiva com a rede de apoio fundamentou-se nas explicações das participantes I e C.

*Comportamentos Contraprodutivos.* A dificuldade com as regras estipuladas, assim como, a desconsideração com o outro participante foram as categorias mais expressivas no presente eixo, tendo como destaque em ambas os comportamentos das participantes H e B (frequências mais altas nas duas categorias). A esquivia experiencial se manifestou em quatro participantes, sendo duas delas se esquivando na 5ª sessão, uma na 6ª e outra na 8ª. A rigidez psicológica esteve presente em um recorte das interações das participantes D e G na 5ª sessão.

*Processo Curativo.* Dos nove participantes, sete reagiram contra comportamentos contraprodutivos. O envolvimento ativo com o que foi proposto representou manifestações de

seis membros do grupo, em que cinco deles tornaram público esse envolvimento na 8ª sessão e o participante F demonstrou na 6ª e na 8ª. A socialização foi uma categoria que reuniu demonstrações de todos os participantes de forma isolada e de maneira simultânea. A abertura para o outro compreendeu exposições da maioria dos participantes (com exceção da dona C) entre as sessões 4 e 8. Na categoria “dar conselho a outro participante” ocorreram manifestações apenas da participante A nas sessões 6 e 7 que ofereceu ambas as recomendações para a participante H. A aceitação das emoções vindo à tona englobou a ocorrência em seis participantes nas sessões 5, 6 e, sobretudo, na sessão 8. A integração do contato com a perda e restauração também contemplou todos os participantes com suas demonstrações individualizadas e coexistentes coletivamente.

*Ressignificação do luto.* Todos os participantes demonstraram uma construção de sentido enquanto, no que diz respeito ao resgate do que é importante, encontramos trechos relevantes para todos, exceto a participante G, sendo ela a participante com doença de *Alzheimer* e com muitos fatores agravantes em seu processo de luto.

*Êxito.* Ampliando horizontes foi contemplado para todos. Essa categoria emergiu a partir de uma grande variedade de trechos, assim como, a disponibilidade afetiva para o outro. Apoio a iniciativa de outro participante é evidenciada na 4ª sessão pelas participantes B e I e na 8ª pelas participantes I e E. E quando os participantes apoiam uns aos outros podemos considerar uma conquista dupla: por um lado, estender o braço para o outro pode ser um comportamento-alvo para o aprimoramento da rede de apoio para pessoas enlutadas. Por outro lado, trata-se de um comportamento que fomenta o processo colaborativo no grupo. Quanto ao relato de mudanças externas, observa-se que essa categoria englobou também a participante G, que apesar de sua doença dificultar significativamente a sintetização de novos aprendizados, no relato da família foi evidenciado uma melhora de humor e até de memória durante e após o processo grupal.

*A evolução dos participantes no contexto grupal*

**Tabela 9.**  
Predominância das categorias por sessão.

Eixo	Categoria	Sessões							
		S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8
LB	Desânimo	■	■			■			
	Desconforto	■	■						
	Culpa	■	■				■		
	Pad. fator agr.	■		■			■		
	Repúdio à morte	■							
	Negação	■		■		■			
	Contato com a perda	■	■						
	Busca pela restauração	■	■						
	Mostrando Solidariedade	■	■						
	Exp. Neg. Rd. de apoio	■	■						
	Exp. Amb. Rd. de apoio		■						
	Exp. Pos. Rd de apoio	■	■						
CP	Dificuldade c/ regras estipul.	■	■	■		■	■		■
	Desconsid. outro pp.	■	■	■	■	■		■	■
	Esquiva Exp.						■		■
	Rigidez Psico.					■			
PC	Reag. Contra CP					■	■	■	■
	Envolviment. Ativo						■		■
	Socialização					■	■	■	■
	Abertura p/ outro				■	■	■	■	■
	Dar conselho a outro pp						■	■	
	Aceitação das emoções					■	■		■
	Integr. perda e restauração			■	■	■	■	■	■
RL	Const. Sentido			■			■	■	■
	Resg. do que é importante						■	■	■
EX	Ampl. Horiz.				■	■	■	■	■
	Apoio à iniciat. de outro pp.				■				■
	Disp. Afetiva p/ o outro				■	■	■	■	■
	Relatos de mud. Externas					■		■	■

■ Típico = manifestações de 7 participantes ou mais.

■ Intermediário = de 2 a 6 participantes.

	Atípico = manifestação de 1 participante.
	Ausente = manifestação de nenhum participante.

A Tabela 9 mostra os processos registrados pela equipe de pesquisa no decorrer do trabalho com o grupo. Para cada categoria é indicado a frequência de eventos que contribuíram para a construção delas. Nota-se que as demonstrações dos participantes nas categorias que consolidaram a Linha de Base, foram mais expressivas nas primeiras sessões, se esvaneceram ao longo dos encontros. Só alguns sentimentos negativos como a culpa, uma reação de esquivar-se como a negação e a manifestação breve de algum fator agravante se fizeram presentes de maneira excepcional nas sessões do meio do tratamento. Enquanto isso, os comportamentos Contraprodutivos marcaram a transição desse padrão, manifestando-se com maior força nas sessões do meio do processo. Os eixos Processo Curativo e Ressignificação do Luto apareceram gradualmente a partir da 3ª sessão e se destacaram mais a partir da 5ª sessão, indicando uma mudança significativa ao longo das semanas. O Êxito, contendo as categorias que descrevem os resultados dos processos curativos, e em certa medida também da resignificação do próprio luto, começam a ser notados a partir da quarta sessão, antes mesmo do processo curativo ganhar peso, coerente com o esvanecimento da linha de base.

## **7. Discussão**

Nesse ponto devemos voltar para o objetivo geral desse trabalho. Consiste em averiguar se e por via de quais mudanças e processos clínicos o grupo proposto favorece uma melhor elaboração do luto. Testemunhamos um conjunto de indícios. Destacamos a diferença nos discursos das primeiras sessões permeados por desânimo, desconforto, negação etc., se comparados aos relatos de processos curativos, resignificação do luto e exemplos concretos de êxito significativo. No decorrer do programa e sobretudo, nas últimas sessões, as falas se voltaram cada vez mais para a restauração, iniciativa e conexão, como o resgate de sonhos ainda não concretizados, a aceitação das emoções vindo à tona, a visão mais integrativa e

dialética do ciclo da vida. Esse conjunto de dados nos permite inferir uma melhor elaboração do luto.

Como 1º objetivo específico propunha-se investigar a viabilidade de uma terapia em grupo contextual. A partir da experiência dos participantes, percebemos que o aglomerado de pessoas desconhecidas da primeira sessão se tornou uma roda de amigos por meio das trocas transformadoras. A dimensão psicoeducativa do programa ofereceu a estrutura dos encontros, porém as atividades propostas, pela sua natureza aberta propiciaram um contexto que potencializava o modelo vivencial do grupo. Comportamentos contraprodutivos ocorreram durante todo o programa e parecem fazer parte da dinâmica fecunda do grupo, considerando que eles fizeram os membros reagirem e em momentos os fez repensar o que estava ocorrendo. Prova da viabilidade desse programa é que não houve desistência apesar do alto investimento de tempo e exigências de logística envolvidos. Os relatos de mudanças externas confirmaram os indícios de eficácia que apareceram principalmente durante as últimas sessões no grupo.

Para além de percebermos os participantes como pessoas que se aderiram de forma satisfatória a um protocolo de grupo, devemos salientar os processos informais que aconteciam paralelamente aos programados, ou seja, aqueles processos de aprendizagem que não ocorreram por meio da intervenção direta da equipe, como por exemplo, o alto engajamento dos participantes em manterem contato uns com os outros, o que aprenderam entre si, os olhos que falavam quando as máscaras interceptavam o acesso aos sorrisos, o aprimoramento da convivência social que emergiu no grupo e se generalizou para seus outros ambientes etc. Ou seja, os ganhos não programados de uma experiência individual e coletiva como consequências dos potenciais reforçadores positivos liberados naturalmente em um ambiente de aconchego.

Quanto ao 2º objetivo específico que buscava verificar evidências qualitativas de flexibilidade psicológica a respeito do processo de luto e finitude da vida, constatamos como os participantes se abriram para novas possibilidades e se dispuseram a variar os seus

comportamentos em busca de consequências mais restauradoras apesar de suas perdas. Isto é mais claro quando consideramos os eixos “ressignificação do luto” e “êxito”.

Sobre o 3º objetivo específico que abrangeu a evolução dessas evidências analisada tanto de forma individual quanto em grupo no decorrer do programa, também foi cumprido. A discussão do processo individual foi mais bem articulada a partir da tabela 8 e a evolução do grupo por meio da tabela 9 e suas respectivas análises.

As categorias “socialização”, e “disponibilidade afetiva para o outro” foram as que demonstraram maiores mobilizações de diferentes participantes. Diante disso, pode-se concluir que as dinâmicas interpessoais no grupo estão entre os ingredientes mais eficazes do programa. Também proeminente foi a categoria “integração do contato com a perda e restauração”, apoiando os princípios do modelo de processo duplo do luto. Finalmente, o destaque da categoria “ampliando horizontes” que apoia a importância do processo voltado para a adaptação e a construção de diferentes perspectivas.

Averiguou-se que o desânimo e o desconforto, a luta com fatores agravantes, as experiências ambivalentes com a rede de apoio, a busca de restauração, o contato com a perda e a mostra de solidariedade, ficaram explícitos durante as primeiras sessões, alguns reaparecendo mais pontuais no meio do processo e desaparecendo no final.

Percebe-se também que a dificuldade com as regras estipuladas, a desconsideração com outros participantes, esquiva experiencial e a rigidez psicológica se fizeram mais presentes na 5ª sessão. Enquanto os dois primeiros se manifestaram de maneira intermitente ao decorrer do programa.

As categorias do “processo curativo” ganharam destaque a partir da 4ª sessão, tendo a “socialização” com seus índices mais significativos em classes de respostas emergindo pela primeira vez na 5ª sessão e continuando de forma expressiva até o final. As reações contra comportamentos contraprodutivos dos outros ficou notável a partir da 6ª sessão.

A construção de sentido teve o seu início na sessão 03 cujas propostas tinham a finalidade de “entrar em contato com o que foi, o que ficou e o que ficará”. Porém, as duas categorias da ressignificação do luto só voltaram a aparecer a partir do 6º encontro, ganhando ambas mais visibilidades na 7ª sessão.

As categorias do “êxito” afloraram a partir de dados que tiveram suas primeiras manifestações exatamente na metade do programa, quando as orientações das sessões eram predominantemente voltadas para a restauração. Ainda em relação ao eixo EX, suas quatro categorias foram ganhando força gradativamente e todas estiveram presentes de forma significativa no último encontro. Isto exemplifica a nítida interdependência entre os elementos que contribuíram para o progresso dos participantes, outro adendo acerca disso, é que algumas categorias do eixo êxito, eixo este que agrupa efeitos do programa, tiveram a sua primeira aparição já no decorrer dos encontros. Ocorreram em paralelo com as categorias do eixo processo curativo e quando as categorias da linha de base estavam em esvanecimento.

Não foi identificado uma linearidade em que a linha de base consistia em condições deficitárias que precisavam ser superadas para dar espaço para os processos curativos, que por sua vez teriam que ceder lugar para o que constituiu o êxito do programa. Pelo contrário, percebemos uma sinergia de processos curativos e elementos que constituíam o êxito. Muito embora o eixo LB agrupe categorias características das primeiras sessões, as suas contribuições também auxiliaram o processo curativo, como por exemplo: o contato com a perda, a demonstração de solidariedade, a busca pela restauração etc.

O conceito “padecendo de fator agravante” também emergiu de um número expressivo de recortes, dos quais muitos estão ligados às perdas adjacentes dos enlutados. Murta e Santos (2015) apontam para a utilidade de discriminar problemáticas de acordo com sua relevância e passibilidade de modificação. Por exemplo, o contexto ambivalente de Dona H. Enquanto o grupo, por um lado, a incentiva na expressão das emoções e na escuta sem julgamento, a

família com quem ela reside e tanto considera, por outro, oferece consequências negativas quando fala sobre suas perdas. Isso favorece a complexificação do luto. As suas irmãs eram a sua principal rede de apoio e vieram à óbito, enquanto, a rede familiar que a resta, lançam mão constantemente da coerção.

Sob linha de raciocínio parecida, temos a participante B com agravantes, pois ela já enfrentava condições socioeconômicas precárias antes do falecimento da filha. Somada à perda da filha, Dona B passou a ter a tutela de cinco netos, o que deu margem a novas preocupações.

Em contrapartida, os problemas secundários da participante I aparentam ser metas realistas para modificação (apesar de também contar com seus estressores e custos de respostas), como por exemplo, a necessidade de incremento em seu repertório quanto aos direcionamentos financeiros da família (que antes eram responsabilidades do esposo e hoje requer o ajustamento de papéis).

Torna-se relevante frisar que a categoria “envolvimento ativo com o que foi proposto” (Eixo PC) emergiu predominantemente dos dados obtidos durante a prática de *mindfulness* guiada. Porém, as experiências a partir dessa atividade se diversificaram. Enquanto alguns participantes relataram ter sentido um estado profundo de relaxamento, Dona G afirmou ter experienciado um “lago do sofrimento”. Alguns conseguiram imaginar-se com aqueles entes queridos que eles tanto falaram ao decorrer do grupo, outros entraram em contato com outras perdas, como foi o exemplo de Dona H que imaginou o pai que já faleceu há mais de 10 anos (e durante o grupo a participante confidenciava apenas sobre a perda das irmãs, que foi mais recente). Ao passo que, o participante F se viu sozinho, quicando pedras no lago enquanto crianças brincavam ao fundo.

O estado de relaxamento gerado durante a vivência de *mindfulness* não é uma consequência suficiente para afirmar que a prática cumpriu os seus objetivos. Emergiram pensamentos e lembranças que até então pareciam ter ficado à periferia do campo atencional,

seja pela evitação do contato através da esquivia experiencial ou por julgá-los como não relevantes. Afinal, a principal função da escolha dessa atividade é adotar uma presença atencional com uma postura não julgadora do momento presente e a tudo o que ele traz à tona (Sopezki & Barros, 2021; Kabat-Zinn, 1994; Vandenberghe & Sousa, 2006).

Todos os idosos se envolveram com a técnica, o que ficou claro nas posições corporais, respirações, olhos fechados, assim como, na partilha do que lhes ocorreu de forma espontânea. Desta forma, a afirmação de que o exercício logrou êxito diz mais respeito aos relatos dos participantes quanto à observação dos seus estados corporais e a permissão dos conteúdos privados fluírem sem interferências.

Worden (2013) salienta que a “satisfação com a rede de apoio” por parte do enlutado é uma variável muito mais importante de ser explorada do que a mera existência dessa rede em si. Na presente pesquisa, quando os participantes foram perguntados sobre essa percepção da qualidade de suas relações, a maioria demonstrou um sentimento ambivalente perante a esse apoio disponibilizado, ora reforçador, ora punitivo. Além disso, aqueles que sofreram suas perdas não costumam se responsabilizar para uma comunicação mais assertiva e seletiva de comportamentos mais favoráveis para uma sensação de acolhimento. Podemos cogitar que a sociedade está despreparada para o acompanhamento de pessoas enlutadas e os enlutados não estão aptos a comunicarem às suas redes de apoio as maneiras com que eles gostariam de ser cuidados.

Foi identificado também o importante papel da espiritualidade para todos os participantes. As atribuições a “Deus” se diversificaram em topografias, tais como, pedidos para bênçãos, rogar para a atenuação do sofrimento, agradecimentos pela força concedida e auxílio na busca de significado após a perda. Isto apoia os argumentos de Almeida (2015); Carvalho e Parsons (2012), Koenig (2012), Worden (2013), Wortman e Silver (2001) dentre

outros tantos autores que se posicionam a favor da integração da espiritualidade e saúde, como uma dimensão da cultura que abrange recursos que colaboram para os processos terapêuticos.

Por mais questionável que pareça, a categoria “culpa” se mostrou pouco expressiva. Aqui a presente pesquisa destoa da ênfase muitas vezes dada ao tema na literatura sobre o luto. Brown (2016, p. 55) afirma que culpar-se é um comportamento de autorreprovação e engloba discursos como “eu fiz uma coisa má”. Os dois únicos participantes que contribuíram para essa categoria possuem suas diferentes especificidades em história de vida e de perda. Contudo, ambos passam por um processo de luto permeado por autoestigmatização, que acontece quando os enlutados se apropriam de regras repletas de julgamentos negativos, como se o luto deles não fosse permitido porque traz à tona pensamentos de que poderiam ter feito mais por aquela pessoa (Dunn & Morish-Vidners, 1987). A participante A tinha uma relação conflituosa com a filha que morreu por suicídio e o participante F passou décadas em outro estado sem visitar a mãe e retomou esse contato apenas quando ela descobriu estar doente.

Lund, Dirnond e Jurelich (1985) alertam para o menor aproveitamento e disposição dos idosos acima de 69 anos em práticas grupais, em comparação àqueles de idade menos avançada. De fato, a participante que mais apresentou dificuldades em se adaptar era a mais idosa (Dona H, 86 anos de idade). Comportava-se de forma mais distraída, murmurava constantemente acerca da sua insatisfação com o tempo de partilha, não tinha tanto interesse em ouvir os outros, levantava-se da cadeira para conversar com colegas do lado durante o relato de terceiros.

A segunda participante mais idosa (Dona G, 81 anos) também tinha as suas restrições: dificuldades auditivas e enfrentava o *Alzheimer*<sup>55</sup> (o que fazia com que ela se perdesse constantemente em suas explicações). Para ambas as participantes, um apoio mais direcionado para a compreensão e manejo das dinâmicas por parte da equipe de pesquisa, atenuou as

---

<sup>55</sup> A filha de Dona G que entrou em contato e foi entrevistada para o questionário sociodemográfico da mãe não mencionou o *Alzheimer*. Possivelmente com receio da mãe não ser contemplada para o grupo por causa disso. Só após o início das sessões que a equipe de pesquisa teve conhecimento desse dado, através de uma mensagem de WhatsApp® da mesma filha para a pesquisadora-responsável.

dificuldades. Inicialmente, a participante G precisou ainda mais dessa mediação, porém, a partir da 6ª sessão houve uma melhora em sua desenvoltura ao ponto dessa mediação ter se tornado cada vez menos necessária. Podemos inferir um processo de aprendizagem. Constatou-se que as variáveis de idade não devem ser analisadas como causas únicas e impeditivas para a integração das pessoas nas práticas grupais, uma vez que, os avanços acontecem em processos diferentes, porém não menos relevantes.

Hershberger e Walsh (1990) salientam a importância do envolvimento em papéis sociais para uma melhor adaptação após a perda. Para eles, quanto mais significativo for o desempenho em atividades do cotidiano que envolvam outras pessoas e funções (e.g., trabalho; religião; grupos políticos etc.), menos provável que o enlutado restrinja toda a sua vivência e (a falta de) perspectivas apenas em função da perda. Contudo, essa não é a realidade narrada pelos participantes F, G e H (conforme a tabela 6 ilustra). As senhoras G e H demonstraram viver uma rotina com poucos atrativos, o que explica a predominância de seus comportamentos orientados para a perda. Enquanto o senhor F, embora tenha mais iniciativa de aprimorar o seu repertório voltado para a restauração, queixou-se de não ter cultivado amizades e vínculos que enriqueceriam tais oportunidades.

Questões de gênero no que tange o “cuidar e ser cuidado” se fizeram presentes no grupo, que foi procurado por 42 mulheres e apenas 3 homens. O que vai ao encontro de estudos na área da saúde (Botton et al., 2017; Coelho et al., 2016; Fernandes, 2009; Kantorski et al., 2019) e às sabedorias populares, ao afirmarem que as mulheres culturalmente se preocupam mais tanto na promoção de recursos e competências quanto na prevenção de risco, assim como, a dificuldade dos homens em se assumirem como vulneráveis e pedirem/aceitarem ajuda em uma cultura machista.

O impacto da intervenção sobre a vida dos membros do grupo é apoiado pelas transformações relatadas pelos familiares, pela atividade contínua observada no grupo de

WhatsApp® dos participantes mesmo após sete meses do encerramento do grupo, pela riqueza dos dados coletados, pelas confidências dos participantes quanto às suas mudanças externas. Delitti (2008, p. 55) destaca “quando o cliente consegue, em sua vida cotidiana, aplicar os princípios de comportamento que aprendeu no grupo em situação natural, pode-se afirmar que a intervenção foi bem-sucedida”.

Ao considerar que não existe “resiliômetro”, a equipe de pesquisa saiu do posto de “dona do saber” e atestaram os ensinamentos de Yunes (2015) e Ungar (2004) que comungam da ideia de resiliência “de dentro para fora”, ou seja, cada pessoa sabe de si. Portanto, as análises dos dados buscaram zelar pelo preciosismo das manifestações dos participantes de forma nua e crua. Sendo assim, as inferências e associações foram possíveis, sobretudo, em razão do casamento dos dados e das teorias, necessariamente nessa ordem.

As propostas de intervenções foram elaboradas de maneira sensível às necessidades e perfis dos participantes para aumentarem a adesão e validade social, conforme sugerem proponentes de várias abordagens grupais como Delitti (2008); Murta e Santos (2015); Oliveira et al. (2014) e Rose (1999). Para melhor pertinência, clareza e atratividade das dinâmicas, foi imprescindível a junção de vários fatores alinhados à flexibilidade em mudar o roteiro pré-programado conforme os participantes demonstravam as suas carências. Foram levados em conta as características sociodemográficas (para adequação da linguagem quanto ao nível de escolaridade e instrução), transcrição das sessões (para o contato com as citações diretas), revisão das anotações nos diários de campo (para o acesso também aos comportamentos não verbais), reuniões semanais com a equipe de pesquisa (para treinamento e alinhamento dos pareceres) e *feedbacks* coletados a cada encontro.

## **8. Considerações finais**

Este trabalho possibilitou entender nuances do luto na terceira idade e os benefícios de um grupo terapêutico como facilitador para uma melhor elaboração do luto. Os resultados

como um todo mostraram que uma terapia contextual em grupo a partir da experiência dos participantes é viável. A análise dos dados coletados no grupo, as informações adicionais (depoimentos de familiares, atividade elevada e mantida posteriormente dos participantes num aplicativo de mensagens) e os relatos de mudanças de comportamento fora do grupo, todos apontam para uma intervenção eficiente.

É bem verdade que alguns participantes tiveram perdas múltiplas em suas histórias de vida. Contudo, a equipe de pesquisa deixou as pessoas à vontade para escolherem sobre quais perdas essas pessoas iriam verbalizar no tempo que lhes era ofertado. Muito embora a exploração dos outros dados sejam também relevantes e influenciem a maneira com que os membros lidam com suas queixas, o grupo terapêutico não tem o mesmo objetivo da psicoterapia individual.

Em tempos de “pílulas de positivities tóxicas” sendo distribuídas com palavras vazias através dos discursos do “bem-estar” em nossa comunidade, se faz muito relevante chamar a atenção do (a) terapeuta para não romantizar o processo de luto. Apesar do presente trabalho ter adotado um viés dialético e integrativo sobre vida e morte, envolvendo laços e lutos, isso em nenhum momento descredibiliza a dor de perder alguém muito amado. De forma geral, a proposta foi de tentar com que o enlutado identificasse comportamentos ineficientes no manejo de seu pesar e elaborasse estratégias alternativas para a condução de uma vida com mais sentido apesar da dor.

Como toda pesquisa, este estudo apresenta limitações. Houve 8 participantes (88%) que perderam os seus entes queridos durante a pandemia, sendo 5 participantes (55%) enlutados mediante a perdas por COVID-19. Enlutar-se em tempos pandêmicos é uma condição atípica. Independente da causa da morte, não permite que a família passe pelos rituais de passagem como costumava passar, prejudicando assim, a sensação de continuidade e concretização da perda (Torres, 2022). Além de que, Torres (2022) reforça que o enlutamento por COVID-19,

possui seus estressores ainda mais específicos, tais como, a morte abrupta do ente querido, o adeus sem despedidas por meio do caixão fechado, a privação da escolha da roupa de sepultamento, o medo da contaminação maior instalado etc.

A pandemia escancarou a multifatorialidade das perdas (concretas e simbólicas). Provavelmente a maior perda simbólica tenha sido o afastamento social compulsório sobretudo dos idosos. À vista disso, a criação de um grupo sobre luto para idosos nessas contingências abrandou também o isolamento social e possibilitou exposições transformadoras tanto no bem-estar subjetivo quanto no coletivo.

O luto é a história da perda de um grande amor (Parkes, 2001). E, para todo idoso, levando em consideração a sua ampla existência biológica, psíquica, social e espiritual, quase sempre, é uma longa história. Sendo assim, 9 participantes assíduos e a duração de duas horas e meia por encontro, paradoxalmente, demonstrou ser pouco tempo destinado para as falas de cada um (idosos costumam falar mais pausadamente; geralmente as dinâmicas precisam ser explicadas mais de uma vez; alguns participantes podem precisar de mediadores para as atividades) e, ao mesmo tempo, uma duração superior a isso poderia ser desconfortável e tornar-se aversiva.

Portanto, a respeito das lições aprendidas e focos para aprimoramentos nos estudos equivalentes futuros, recomenda-se manter a frequência semanal, porém, um menor número de participantes (de 6 a 8 pessoas) para beneficiar partilhas mais prolongadas, com a duração dos encontros entre duas horas e duas horas e meia e assim, fortalecer o aumento do repertório construído coletivamente e a diminuição dos impactos em um processo fluido para uma melhor elaboração do luto. Essa recomendação se estende também para quem quiser fazer uso desse protocolo para futuros acompanhamentos de idosos enlutados.

## Referências

- Almeida, T. C. S. (2015). Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. *Sacrilegens*, 12(1), 72–91. <http://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2016/03/12-1-7.pdf>.
- Ariès, Philippe. (2012) História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Saraiva. (Trabalho original publicado em 1977).
- Barreto, A. (2008) Terapia comunitária passo a passo (3ª ed.). Fortaleza: Gráfica LCR.
- Barreto, A. (2013). In M Camarotti, T. Freire, & A. Barreto (Orgs.). *Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental* (pp. 19-23). Brasília: Editora Kiron.
- Beauvoir, S. (1976, v.1). *A velhice: a realidade incômoda*. São Paulo: Difusão Editorial S.A.
- Bennett, K. M.; Gibbons, K.; Mackenzie-smith, S. (2010). Loss and restoration in later life: an examination of Dual Process Model of coping with bereavement. *Omega*, Baywood, v. 61, n. 4, p. 315-332.
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other *mindfulness*-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57(4), 555–576. <https://doi.org/10.1007/BF03395595>.
- Bonanno, G. A., & Boerner, K. (2007). The stage theory of grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297(24), 2692–2694.
- Borges, L. M. & Barletta, J. B. (2015). Teorias e modelos explicativos em prevenção e promoção da saúde orientados para o indivíduo e para a comunidade. In Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 113-149). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Botton, A., Cúnico, S. D., & Strey, M. N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mucanças - Psicologia da Saúde*. 25(1).
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda*, Vol 1. *Apego: a natureza do vínculo* (2ª ed). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).
- Bulechek, G. M. (1992). *Nursing interventions*. (2nd edn) W.B. Saunders, Philadelphia.
- Brandão, M. Z. S., (2008). Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção de aceitação emocional. In Delitti, M., & Derdyck, P. (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo* (pp. 129-156). Esetec.
- Brown, B. (2016). *A coragem de ser imperfeito*. Rio de Janeiro: GMT Editores LTDA.

- Bui, E., Chad-Friedman, E., Wieman, S., Grasfield, R. H., Rolfe, A., Dong, M., Park, E. R., & Denninger, J. W. (2018). Patient and Provider Perspectives on a Mind–Body Program for Grieving Older Adults. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(6), 858–865. <https://doi.org/10.1177/1049909117743956>.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. Em: V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas e Modificação do Comportamento* (pp. 361-396). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1a Edição. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Capra, F., Stone, M. K., & Barlow, Z. (2006). Alfabetização ecológica: a educação das crianças para um mundo sustentável. São Paulo: Cultrix.
- Carr, D. (2010). New perspectives on the Dual Process Model: what have we learned? what questions remains? *Omega*, v. 61, n. 4, p. 371-380.
- Carvalho, R. T.; Parsons, H. F. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. Porto Alegre.
- Casellato, G. (2015). Luto não autorizado: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In G. Casellato (Org.) *Em busca da empatia. Suporte psicológico ao luto não reconhecido*. (pp. 15-28). São Paulo: Summus.
- Caserta, M. S., & Lund, D. A. (1993). Intrapersonal resources and the effectiveness of self-help groups for bereaved older adults. *The Gerontologist*, 13, 619–629.
- Carneiro, L. A. F., Campino, A. C. C., Leite, F., Rodrigues, C. G., Santos, G. M. M. D., & Silva, A. R. A. (2013). *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro*. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.
- Charmaz, K. A. (2009). *A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, J. S., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2016). O cuidado em saúde na velhice: A visão do homem. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 408–421. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>.
- Conte, F. C. S. (2008). O uso da psicoterapia analítico funcional (FAP) em grupos terapêuticos. In Delitti, M., & Derdcky, P. (Orgs) (2008). *Terapia analítico-comportamental em grupo* (pp. 129-156). Santo André: Esetec Editores Associados.
- Cook, A. S. & Oltjenbruns, K. A. (1998). The bereaved family. In A. S. Cook & K. A. Oltjenbruns (Eds.), *Dying and grieving: Life span and family perspectives* (pp. 91–115). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- Corr, C. (2015). Let's stop “staging” persons who are coping with loss. *Illness, Crisis & Loss*, 23(3), 226–241.
- CSTS (2020). Center of the Studies of Traumatic Stress. When a Loved One Dies from COVID-19. Department of Psychiatry. Disponível em:

[https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS\\_FS\\_When\\_a\\_Loved\\_One\\_Dies\\_from\\_COVID19.pdf](https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_When_a_Loved_One_Dies_from_COVID19.pdf)

Delitti, M. (2008). Terapia Analítico Comportamental em grupo. In Delitti, M., & Derdyck, P. (Orgs). *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo* (pp. 33-58). Santo André: Esetec Editores Associados.

Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory Guidelines for qualitative inquiry*. San Diego: Academic Press.

Dias, E. N. Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, Vol. 11, n. 2, pp. 55-66, doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>.

Dunn, R. G., & Morrish-Vidners, D. (1987). The psychological and social experience of suicide survivors. *Omega*, 18, 175-215.

Farinasso, A. L. C., & Labate, R. C. (2015). A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 11(1), 25-32. Recuperado em 17 setembro, 2015, de: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/98748>.

Fernandes, M. G. M. (2009). Papéis sociais de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 2, 705–710.

Ferster, C. B. (1972). *An experimental analysis of clinical phenomena*. *The Psychological Record*, 22, 1-16.

Finger, I. R. (2015). O Modelo Matrix de Flexibilidade Psicológica. In Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Oliveira, M. S. (Org). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração* (pp. 250-272). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Freire, A. L. L., Fonseca, F. N., & Santos, L. B. (no prelo). *Luto e Análise do Comportamento: perspectivas para a prática clínica*.

Freire, T. C. & Camarotti, M. H. (2015). Terapia comunitária e saúde mental: princípios que se entrelaçam. In Murta, S. G., Leandro-França, Santos, K. B., & Polejack, L. (Org). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 538-557). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Gaitán, J. I. C., Ortega, M. A. R., & Chávez, Z. I. C. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (1968) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. London: Weidenfield and Nicholson.

Goldfarb, D. C. (2006). Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: *Velhices: reflexões contemporâneas*. São Paulo: SESC: PUC, pp. 73-85.

Gouvea, T. (2016). *Laços e lutos*. Rio de Janeiro: Multifoco.

Guilhardi, H.J. & Queiroz, P P. (1997). A análise funcional no contexto terapêutico: o comportamento do terapeuta como foco da análise. In Delitti, M. (Org). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: ESETec, p 45-97.

Haydu, V. B. (2004). O que é operação estabelecadora? In: Costa, C.

Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994) Acceptance and commitment therapy: Alring the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17 (2), 289-303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: *How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?* *Behavior Therapy*, 35, 35–54.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Helman, C. G. (2003). “Ritual e manejo do infortúnio”. In: Helman, C. G. *Cultura, Saúde & Doença*. Trad. Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 205 -375. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003, p. 205 -375.

Hershberger, P., & Walsh, W. B. (1990). Multiple role involvements and the adjustment to conjugal bereavement: An exploratory study. *Omega*, 21,91-102.

Hoekstra, R. (2008). Functional analytic psychotherapy for interpersonal process groups: A behavioral application. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 188–198.

Hoshino, K (2006) A perspectiva biológica do luto. Em H J Guilhardi & N. C. de Aguirre. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec, 17, p 313-326.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/>

Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everydaylife*. New York: Hyperion.

Kang, H., & Yoo, Y. (2007). Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 132–140.

Kantorski, L. P., Jardim, V. M. da R., Treichel, C. A. dos S., Andrade, A. P. M. de, Silva, M. S. S. J. da, & Coimbra, V. C. C. (2019). Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(1), 60–66. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010071>.

Keller, F. S. & Schoenfeld, W. N. (1950/1968). *Princípios de Psicologia* (C. M. Bori, R. Azzi, trans.). São Paulo: EPU.

Koenig, H. G. (2012) *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas e curativas* (F. Conte, M. Delitti, M. Z. da S. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, trans.). Santo André: ESETEC.

Kohlenberg, R. J.; & Tsai, M. (2006). *Cognições e crenças*. In R. J. Kohlenberg; M. Tsai. (Eds.), *Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas*. (pp. 107-136). Santo Andre: ESETEC.

Kovac, R. (2018). *Efeitos de intervenções da Terapia de Aceitação e Compromisso na transformação de função de estímulos arbitrariamente relacionados*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M.J. (2003) *Educação para a Morte. Temas e Reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2008). “A criança em situação de luto: separação e morte”. In: Assumpção Junior, F. B.; Kuczynski, E. *Situações psicossociais na infância e na adolescência*. São Paulo: Atheneu, p. 213 -24.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.

Kübler-Ross, E. (1979). *A velhice*. In: *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. 9ª Edição. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, NY: Scribner.

Leandro-França, C., Santos, J., & Pedralho, M. (2015). *Planejamento para aposentadoria: relato de intervenção em um grupo de homens de meia-idade*. In Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Org). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 823-844). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Levy, L. H., Derby, J. F., & Martinkowski, K. S. (1993). *Effects of membership*

- in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Community Psychology*, 21, 361–381.
- Lucchesi, G. (2017). Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. *Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece*, 43.
- Lund, D. A., Dimond, M. F., & Juretech, M. (1985). Bereavement support groups for the elderly: Characteristics of potential participants. *Death Studies*, 9,309-321.
- Lund, D., Caserta, M., Utz, R., & De Vries, B. (2010). Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model (dpm). *Omega*, 61, 291–313. doi:10.2190/OM.61.4.c.
- MacKinnon, C. J., Smith, N. G., Henry, M., Milman, E., Chochinov, H. M., Körner, A., Berish, M., Farrace, A. J., Liarikos, N., & Cohen, S. R. (2015). Reconstructing eaning with Others in Loss: A Feasibility Pilot Randomized Controlled Trial of a ereavement Group. *Death Studies*, 39(7), 411–421. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.958628>
- Martinez, J. (2019). The Grieftrix. Using the ACT Matrix for Grief Work. <https://www.theactmatrix.com/pages/grieftrix>
- Mercadante, E.F. (2005). Velhice: uma questão complexa. In: Corte; Mercadante; Arcuri (orgs). *Complexidade: Velhice e envelhecimento*. São Paulo: Vetor, pp. 23-24.
- Messy, J. (1994). *La personne âgée n'existe pas*. Paris: Éditions Rivages.
- Mishara, B. L.; Riedel, R. G. (1994). *Le vieillissement*. Paris: PUF.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2001). Bereavement and old age. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Con- sequences, coping, and care* (pp. 241-260). Washington, DC: American Psychological Association.
- Murta, S. G. & Santos, K. B. (2015). Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde mental. In Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 168-192). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Nascimento, D.C. Nasser, G. M. et. al. (2017). Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental. *Psicologia Argumento*, vol. 33, n. 83. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/Psicologiaargumento/article/view/19593/18937>. Acesso em: 19/06/2020.
- Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541–558.
- Norcross JC, WampoldBE. (2011). What works for whom: tailoring psychotherapy to the person. *Journal Clinical Psychology*, 67(2):127-132.
- Nseir, S., & Larkey, L. K. (2013). Interventions for Spousal Bereavement in the Older

Adult: An Evidence Review. *Death Studies*, 37(6), 495–512.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2011.649941>.

O'Connor, M., Piet, J., & Hougaard, E. (2014). The Effects of *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: A Controlled Pilot Study. *Mindfulness*, 5(4), 400–409.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0194-x>.

Ojeda, E. N. S., La Jara, A., & Marques, C. (2007). Resiliência Comunitária. In: C. Hoch & S. Rocca. Sofrimento, resiliência e fé - implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Editora Sinodal, p.97.

Olinto, R (1993) Luto: uma dor perdida no tempo Niterói: Vinde Comunicações.

Oliveira, D. R. (2014) Terapia do Luto: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Monografia de Conclusão de Curso apresentada à Universidade de São Paulo (USP). São Paulo.

Oliveira, R. D. G. de, Marques, D. B. de A., Silva, D. S., Tolotti, L. L., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia em grupo para Dor Crônica: um Protocolo. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(2), 62–80.  
<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i2.691>.

Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (1984). Bereavement: Reactions, consequences, and care. Washington, DC: National Academy Press.

Parkes, C. M. (1998). Luto: estudos da perda na vida adulta. Tradução organizada por Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus.

Parkes, C.M. (2001) A Historical Overview of the Scientific Study of Bereavement, in Strobe, M., Hansson, R. H., Stroebe, W. e Schut, H. (2001) Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping and Care. Washington, D.C., American Psychological Association.

Res, J. G. G. (2013). Effectiveness of Structured Reminiscence Group Psychotherapy in Elderly Care. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 02(03).  
<https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000124>.

Richardson, V. E. (2010). Length of caregiving and well-being among older widowers: Implications for the Dual Process Model of Bereavement. *Omega*, 61(4), 335-358.

Rose, S. (1999). A multimethod approach to work with adults in groups. Jossey-Bass Publishers.

Ruiz Sánchez, J. J., & Trillo Padilla, F. (2017). Terapia de aceptación y compromiso de grupo: experiencia en un servicio público de salud mental. *Revista de Investigación En Psicología*, 20(1), 7. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i1.13520>

Saban, M. T. (2015). O que é Terapia de Aceitação e Compromisso?. In Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Oliveira, M. S. (Org). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração* (pp. 179-216). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Santana, C. S. (2001). Temporalidade e velhice: relatos do resgate e da redescoberta do tempo. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Santos, G. P. Santos, L. B. (2018) O processo de Luto e uma proposta de intervenção clínica. Comporte-se. Disponível em: <https://www.comportese.com/2018/05/o-processo-de-luto-e-uma-proposta-de-intervencao-clinica>. Acesso em: 22/06/2020.

Santos, L. B., Bertelli, G., Lima, L. F., & Couto, L. P. (2022). Luto por suicídio: considerações iniciais sobre posvenção e Análise do Comportamento. In Fonseca, F. N., Santos, L. B., & Freire, A. L. L. (Orgs.), *Luto: Teoria e intervenção em análise do comportamento* (pp. 243-265). CRV.

Schut, H., & Stroebe, M. (2005). Intervenções para melhorar a adaptação ao luto ment. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 140-147.

Segal, D. L., Bogaards, J. A., Becker, L. A., & Chatman, C. (1999). Effects of emotional expression on adjustment to spousal loss among older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 297–310.

Shear, M. K. (2010). Exploring the role of experiential avoidance from the Perspective of Attachment Theory and the Dual Process Model. *Omega*, 61(4), 359-371.

Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 23–43). New York, NY: Cambridge University Press.

Silva, J. C. B. (2007). Desenvolvimento Humano na Velhice: um estudo sobre perdas e o luto entre mulheres no início do processo de envelhecimento. 2007. 188F. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Silver, R. C., & Wortman, C. B. (2007). The stage theory of grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 2692–2694.

Skinner, B. F. (1983). Intellectual self-management in old age. *American Psychologist*, 38 (3), 239-244.

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov, & R. Azzi. 11ª edição. São Paulo: Martins Fontes Editora. (Trabalho original publicado em 1953).

Skinner, B. F. (1969). Utopia as an experimental culture. In B. F. Skinner, *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 29-49). New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B.F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice*. Tradução organizada por A. L. Neri. São Paulo: Summus Editorial.

Soares, E. G. B.; Mautoni, M. A. A. G. (2013). *Conversando sobre o luto*. São Paulo: Ágora.

Sopezki, D., Tatton, T., & Barros, V. (2021). *Mindfulness: Um Guia Para o Autoconhecimento*. Alta Books.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of bereavement: rationale and description. *Death Studies*, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 197-224.

Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. *Omega (United States)*, 74(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>

Tavares, G. (2001). *Do luto à luta*. 1ª Edição. Minas Gerais: Casa de Minas.

Torres, N. (2010). Luto: a dor que se perde com o tempo (...ou não se perde?). Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. Cillo, P. B. Faleiros, & P. Piazzon, *Sobre Comportamento e Cognição: Terapia Comportamental e Cognitivas (Vol. 27, pp. 385-393)*. Santo Andre, SP: ESETEC Editores Associados.

Torres, N. (2019). Luto humano como processo: refletindo aspectos teóricos e aplicando intervenções analítico-comportamentais, publicação em <https://www.comportese.com/2019/06/luto-humano-como-processo-refletindo-aspectos-teoricos-e-aplicando-intervencoes-analitico-comportamentais>.

Torres, N. (2022). Luto em tempos de covid-19: o adeus sem despedidas. In Fonseca, F. N., Santos, L. B., & Freire, A. L. L. (Orgs.), *Luto: Teoria e intervenção em análise do comportamento* (pp. 71-102). CRV.

Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth and Society*, 35(3), 341-365.

Vaca-ferrer, R., Ferro-garcía, R., & Valero-aguayo, L. (2020). *Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies* *Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies*. April. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>.

Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. (2006). *Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.

Santos, P. L., Gouveia, J. P., & Oliveira, M. S. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopses. 1-54.

Vandenberghe, L. (2016). A Logical Framework for Functional Analytic Group Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 464–472. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.09.005>

Vandenberghe, L., & Leite, R. U. (2018). *Functional Analytic Group Therapy (FAGT) for Depression: a Pilot Study*. <https://doi.org/10.1007/s40732-018-0288-x>

Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia em grupo*. Paidós, Barcelona.

Viorst, J. (2002). *Perdas Necessárias*. 22ª Edição. São Paulo: Melhoramentos. (Trabalho original publicado em 1988).

Watzlawick, Beavin, & Jackson. (2011). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.

World health organization (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

Wilson, K.G., Strosahl, K.D., Hayes, S.C. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. 2 ed. New York: The guilford press, pp. 60-66.

Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto* (4ª. ed.). São Paulo: Roca.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57,349-357.

Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yoo, Y. S., & Kang, H. Y. (2006). Effects of a bereavement intervention program on depression and life satisfaction in middle aged widows in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36, 1367–1373.

Yunes, M. A. M. (2015). Dimensões conceituais da resiliência e suas interfaces com risco e proteção. In Murta, S. G., Leandro-França, C., Santos, K. B., & Polejack, L. (Orgs). *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 168-192). Novo Hamburgo: Sinopsys.

**Anexos**

**Anexo 1**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) do Projeto de Pesquisa sob o título “Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: um estudo qualitativo”. Meu nome é Anna Laura Leal Freire, sou psicóloga clínica, especialista em Terapia Comportamental e aluna do mestrado em Psicologia sob a orientação do professor Dr. Luc Vandenberghe e juntamente com 03 alunas de Psicologia, seremos os **pesquisadores** do atual projeto. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado **em todas as folhas e em duas vias**, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de **dúvida sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do número (62) 992373270 (Anna Laura), ligações a cobrar (se necessárias) ou através do e-mail [annalauraleal.psi@gmail.com](mailto:annalauraleal.psi@gmail.com). Em caso de **dúvida sobre a ética aplicada** a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, St. Universitário, Goiânia/GO. Funcionamento: das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas de segunda a sexta-feira. E-mail: [cep@pucgoias.edu.br](mailto:cep@pucgoias.edu.br) O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinada ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

O motivo que nos leva a propor essa pesquisa é por considerarmos que o luto seja um processo individual, cujo sentimento é predominantemente solitário e as atitudes fóbicas com relação à morte que a sociedade impõe não nos capacita a enfrentar essa parte da vida e de nós mesmos de forma natural. Portanto, o grupo é uma tentativa de auxílio que favoreça uma melhor elaboração desse processo, podendo também ter ganhos secundários a serem generalizados para outras chegadas e partidas, encontros e despedidas em demais áreas da vida que os idosos possam vir a lidar desde então com mais resiliência e adaptação a partir

do contato com pessoas cujas dores são parecidas. O nosso **objetivo** é averiguar se e por via de quais mudanças e processos clínicos haverá uma melhor elaboração do luto nos participantes do grupo estudado. A coleta de dados nesta pesquisa aplicada ocorrerá ao longo de 08 sessões, sendo uma sessão semanal de 2 horas – 2 horas e meia, no período de dois meses (outubro e novembro) e a estimativa será de 10 participantes. Os instrumentos de coleta de dados serão: 1) gravação do áudio das sessões e; 2) diário de campo.

As sessões serão gravadas e transcritas com duas finalidades: 1) identificar os episódios marcantes que ocorrerem no decorrer do grupo que endossam uma melhor elaboração do luto e 2) comparar o funcionamento durante as primeiras duas sessões com as duas últimas. Os episódios assim identificados serão comparados uns aos outros para construir categorias relevantes. Por meio de um diário de campo, os registros serão feitos das manifestações ocorridas susceptíveis de análise;

As observações feitas no diário de campo serão usadas para contextualizar as interpretações dos dados gravados e transcritos na construção de um modelo fundamentado nos dados.

A presente pesquisa é de **risco** (e.g., a exposição e vulnerabilização frente ao grupo poderá causar incômodo ao participante; as temáticas discutidas trarão uma possível mobilização emocional do luto). Assim, pode vir a acarretar desconfortos momentâneos em decorrência da participação (e.g., se sentir mais confrontado diante da sua perda; tristeza; melancolia; nostalgia etc.). Se você e/ou qualquer outro participante sentir algum desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. **Para evitar e/ou reduzir os riscos da participação a pesquisadora tomará as seguintes cautelas:** 1<sup>a</sup> cautela: criará um ambiente acolhedor que minimizará o possível incômodo decorrente da exposição em grupo; 2<sup>a</sup> cautela: fará também um acordo inicial selando o compromisso de respeito e sigilo terapêutico entre os membros do grupo e suas respectivas partilhas; 3<sup>a</sup> cautela: incentivará constantemente a solidariedade e a compaixão mútua entre os participantes. Durante a pesquisa, esse acordo será lembrado sempre que necessário; para reduzir o desconforto

consequente da mobilização emocional do luto, a pesquisadora usará estratégias psicológicas próprias da abordagem terapêutica.

**Benefícios:** Esta pesquisa terá como benefícios para a comunidade acadêmica com o acréscimo do conhecimento a respeito do tema divulgado em artigos. E, sobretudo, o benefício para os participantes será a oportunidade de trabalhar o seu luto de maneira saudável e sob acompanhamento terapêutico direto. Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso o (a) participante se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo. O (a) participante poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo, 5 anos e, após esse período serão devidamente incinerados. Se o (a) participante sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a pleitear indenização. Após o encerramento do grupo, será disponibilizado aos participantes, uma devolutiva em grupo para que os mesmos fiquem cientes dos resultados alcançados na pesquisa.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pelo pesquisador responsável. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

### **Declaração da Pesquisadora**

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declara que cumprirão com todas as informações acima, e 1) que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; 2) que toda informação pessoal será absolutamente confidencial e sigilosa; 3) que todos os seus gastos com transporte até o local da pesquisa serão ressarcidos (e o auxílio também é destinado a outra pessoa, caso você precise de um acompanhante); 4) que o espaço físico da realização dos grupos estará sempre limpo, arejado e organizado para

a sua maior segurança e bem-estar; 5) que a sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; e 6) que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

**Assinatura da pesquisadora:** \_\_\_\_\_

### **Declaração do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, discuti com a Anna Laura Leal Freire e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo “Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: um estudo qualitativo”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Assinatura do participante** \_\_\_\_\_

(Favor assinar não somente neste espaço, mas também em todas as vias anteriores, por gentileza).

## Anexo 2

### Questionário Sociodemográfico



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

1. Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Filhos: ( ) Sim nº \_\_\_\_\_ ( ) Não
4. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/ União estável ( ) Viúvo ( ) Separado/ Divorciado
5. Último grau de escolaridade concluído: ( ) Analfabeto (a) ( ) Sabe ler e escrever  
( ) Ensino Primário ( ) Ensino Secundário ( ) Ensino Superior ( ) Pós Graduação
6. Considera-se uma pessoa enlutada/vivenciando o luto? ( ) Sim ( ) Não.  
Se sim, **qual o parentesco ou vínculo perdido, de que forma e há quanto tempo?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Possui alguma deficiência física/cognitiva? ( ) Sim. Qual? ( ) Não
8. Possui disponibilidade para um encontro grupal por semana por dois meses (8 encontros)?  
( ) Sim ( ) Não
9. Tomou as duas doses da vacina? ( ) Sim ( ) Não
10. Disponibilidades de turnos para encontros (se tiver mais de um, favor marcar):  
( ) Matutino ( ) Vespertino



#### Anexo 4

Prática de *mindfulness* contextualizada para o processo de luto (adaptado de Nione Torres pela pesquisadora-responsável para o grupo).

Encontre uma posição confortável na cadeira. Feche os olhos. Relaxe e respire profundamente; encha o peito de ar e esvazie pela boca, devagarzinho. Tome consciência do seu corpo serenamente e esteja presente nele por alguns instantes: perceba seus pés, pernas, quadril, umbigo, braço, tórax e o movimento que ele faz na sua respiração.

Leve, agora, sua atenção para o ar entrando e saindo tranquilamente...suavemente. Você está totalmente relaxado (a).

Agora é a hora de exercitarmos a nossa imaginação. Imagine que você está caminhando à margem de um lago límpido e calmo. Pode ser um lago que você conhece. Pode ser um lago que você ainda quer conhecer. Pode ser um lago que você está imaginando no momento.

O importante é que seja um ambiente que te remeta a sensações de paz, tranquilidade, aconchego. Um ambiente fresquinho.

Continue imaginando... você estando ali admirando toda beleza do lugar e aí vem à lembrança de um dia que você esteve nesse lugar e junto estava alguém que foi muito importante para sua vida. Esse alguém já não está mais aqui na vida real. Porém, na sua imaginação e na sua memória ela pode estar.

Você se recorda nitidamente do olhar dessa pessoa, do seu sorriso, de cada detalhe de seu rosto, do som da sua voz, do seu modo de andar, de se vestir, do cheiro dessa pessoa. Essa pessoa está contigo neste momento na sua imaginação!

Vocês ainda estão à beira do lago límpido, sentados em um banco de jardim. Estão agora relembando alguma passagem da vida de vocês... pode ser um momento feliz, um

momento de despedida, um momento engraçado, escolham um momento e conversem sobre ele à beira desse lago...

De repente, você percebe que essa pessoa está lhe dizendo algo. Então, você começa a ouvi-la atenta e serenamente...ouça...e responda para ela. E, por alguns instantes, vocês continuam ali, conversando...interagindo.

Agora, guarde em seu coração o que você ouviu dessa pessoa tão querida e amada por você e de tudo o que você sentiu nesse momento que vocês estiveram juntos.

Pausa na imaginação e volte para seu corpo...observe-o... Quais reações você percebe? Quais emoções chegam de mansinho em você? Você consegue dar nome a essas sensações? Dê nome bem baixinho mentalmente.

Volte na sua imaginação... no cenário rodeado pela natureza, à beira desse lago límpido e ... lentamente, você se levanta do banco e vai se despedindo dessa pessoa... afastando-se passo-a-passo... e você está agradecida (o) por esses instantes de encontro...

Ainda de olhos fechados, reflita... nesse momento, você se deu conta que essa pessoa ajudou você a se transformar na pessoa que você é hoje e, que toda história de vocês, fizeram de ambos, pessoas únicas em suas próprias naturezas.

Vá voltando ao momento presente...sinta-se em paz...sereno (a) ... tão somente absorvendo o que você acabou de experienciar.

Quando quiser, abra os olhos e retorne para o aqui e agora.