

Importância da entreajuda no apoio a pais em luto (*)

JOSÉ EDUARDO REBELO (**)

INTRODUÇÃO

O luto é um processo psico-social que, no seu desenvolvimento normal, visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objecto perdido para memórias amenas das expressões dessa mesma vinculação. Um dos parâmetros determinantes no luto é o tempo exigido para o desenrolar harmonioso de todas as fases implícitas no processo (Bowlby, 1985; Freud, 1987; Kaplan & Sadock, 1996; Rebelo, 2004; Rojas, 2001; Worden, 1989).

A explicação da génese deste fenómeno mantém-se no domínio da elaboração teórica. Freud (1987) esboça uma origem para o luto no confronto experimentado pela pessoa enlutada face à necessidade de libertar-se de toda as ligações libidinosas geradas com o objecto de vinculação, perante a irreversibilidade do seu desaparecimento físico.

A entreajuda (EA), ou auto-ajuda, é um meio de intervenção comunitária que visa o apoio a problemas individuais muitas das vezes com reper-

cussões sociais. É extenso e diverso o âmbito de acção da EA, abarcando, entre muitas outras, as problemáticas do luto, alcoolismo, toxicoddependência, transtornos mentais, obesidade, cancro, mulheres maltratadas e homossexualidade (Sánchez-Vidal, 1991).

Segundo a classificação de Levine e Perkins (1987), os grupos de entreajuda (GEAs) a pessoas em luto estão inseridos no agrupamento das pessoas que padecem de problemas que as isolam socialmente. Na verdade, constituindo o luto uma reacção à privação e à perda (Parkes, 1998), a dificuldade de envolvimento e integração social no decurso do luto pode representar um obstáculo ao curso do desenvolvimento saudável do processo (Young & Papadatou, 2003). Através da partilha das emoções do luto vividas ou em curso, em grupos de discussão temática, as pessoas em luto encontram saídas individuais, apoiadas na EA, para os problemas de conflito social inerentes às fases de indiferença e desorganização emocional do processo (Rebelo, 2003).

Não se circunscreve apenas à resolução de conflitos sociais resultantes do luto a intervenção da EA. Provavelmente, até, a sua maior importância residirá na prevenção de problemas psicológicos com possível dano mental e somático que possam advir de dificuldades em lidar com fases do processo (Parkes, 1998; Worden, 1989), mesmo no luto por morte anunciada (Kübler-Ross, 2000; Walter, 2003). A precaução contra o uso quase sem-

(*) Agradecimentos: Expresso o meu reconhecimento aos pais em luto do GEA de Aveiro da *Apelo – Associação de Apoio à Pessoa em Luto*.

(**) Universidade de Aveiro, Departamento de Biologia. E-mail: erebelo@bio.ua.pt.

pre inadequado de medicação antidepressiva durante o luto normal é um factor concreto da vitalidade da EA no apoio ao luto (Rebello, 2004).

Tendo em atenção a importância do processo de luto no comportamento do indivíduo e no seu relacionamento com a sociedade, a naturalidade da ocorrência do processo e a dificuldade da sua aceitação social, manifesta, também, pelo escasso trabalho científico produzido sobre o tema, partindo do acompanhamento de um GEA de pais em luto, pretendeu-se analisar a influência da EA na evolução individual do processo de luto.

MÉTODOS

Entre Janeiro de 2002 e Janeiro de 2003 (com interrupção no mês de Agosto) foi feita a observação dos encontros mensais de duas horas de um GEA de pais em luto. Os encontros foram temáticos, sobre as fases de progressão do luto, moderados por dois pais com lutos muito experientes, e realizaram-se numa Junta de Freguesia da cidade de Aveiro.

Os dados foram registados em suporte áudio e textos observacionais e incluíram a história de vida dos participantes. Os conteúdos foram analisados numa perspectiva exploratória, qualitativa e indirecta (Grawitz, 2000), a partir dos sujeitos de investigação (Driver & Easley, 1978), buscando a formulação de teorias para os comportamentos dos pais em luto em contexto de GEA.

Participaram no GEA vinte e um pais, variando entre oito e catorze nos diferentes encontros, maioritariamente mulheres, com uma idade média de 52,5 anos (d.p.=8,20), conforme ilustra o Quadro 1. As profissões dos pais eram variadas, não permitindo qualquer análise de tendência. Com excepção de um pai, que perdeu duas filhas, os restantes frequentaram o grupo por terem perdido um único filho, maioritariamente do sexo masculino (65%). Em cerca de três quartos dos casos analisados (74%), o filho perdido não era único na família. As perdas ocorreram numa ampla gama de idades dos filhos (1 a 35 anos). Registou-se a participação no grupo de uma frequência uniforme de pais cujos filhos, no momento da sua morte, atravessavam as seguintes classes etárias: 0 a 10 anos, 6 pais; 11 a 20 anos, 7 pais; mais de 20 anos, 7 pais. A causa de morte foi, maioritariamente (58%), o acidente rodoviário. O tempo

de luto, registado no primeiro encontro, dos pais frequentadores do grupo foi variado: cerca de metade (47%) dos pais tinham um percurso de luto entre alguns meses e 2 anos e a restante metade dividiu-se equitativamente (26%) entre 3 e 5 anos e mais de 5 anos.

Por razões éticas, os dados registados são estritamente confidenciais, remetendo-se o seu uso exclusivamente a este trabalho. Os pais em luto, bem como quaisquer outras pessoas e instituições mencionadas nos encontros, foram mantidos em anonimato.

RESULTADOS

Percurso de luto em contexto de GEA

Os pais que chegaram ao GEA com lutos recentes, menores do que um ano, encontraram nele um suporte social de apoio bastante eficaz. Nos quatro casos onde tal se verificou, B e H e C e F, todos iniciaram a sua participação no grupo com 1 mês de luto, os dois primeiros no 1.º encontro e os segundos no 6.º encontro. Através da partilha da sua experiência com a de lutos mais antigos e de causa diversa encaminharam o seu processo de modo saudável. Foram bastante assíduos e pontuais e, ao longo dos encontros, foram encontrando nas experiências partilhadas referências para as novas vivências sentidas no decurso do seu estado de luto.

Os pais que chegaram ao grupo com lutos no segundo ano do seu percurso, o casal P e Q, encontravam-se num misto de negação da perda – “nunca penso que o meu filho não vem de volta” (Q – 3.º encontro) e “peço a Deus para sonhar com ele” (P – 1.º encontro) – e desorganização emocional muito intensa, centrada em episódios de raiva – “se ele tivesse partido de uma doença podia ter-se despedido de mim, assim, não se despediu” (P – 1.º encontro) e “os bombeiros são uns incompetentes pois o meu filho ficou 35 minutos abandonado” (P – 2.º encontro) – e depressão – “não me interessa viver, mesmo que seja uma mentira que eu viva” (P – 1.º encontro). Buscavam no grupo um apoio terapêutico que não lhe é próprio, pois consideravam que “devia haver um psicólogo nestas sessões” (P – 3.º encontro).

QUADRO 1

Caracterização dos componentes do GEA e dos entes perdidos, causa da perda e tempo de luto (em anos) no início da participação no grupo

Pais	Sexo	Idade	Profissão	Perda	Idade	Filho único?	Causa	Tempo de luto
A	F	35	Desempregada	filho	1	não	doença	3
B	F	45	Administrativa	filha	22	não	acidente	<1
C	M	46	Engenheiro	filho	9	não	acid. rod.	<1
D	M	46	Professor	duas filhas	1 e 7	sim	acid. rod.	9
E	F	47	Enfermeira	filho	16	não	acid. rod.	2
F	F	47	Professora	filho	9	não	acid. rod.	<1
G	F	47	Secretária	filha	17	não	acid. rod.	8
H	M	49	Administrativo	filha	22	não	acidente	<1
I	F	49	Professora	filho	19	não	overdose	6
J	F	51	Enfermeira	filho	20	não	suicídio	5
L	F	56	Aposentada	filho	35	sim	doença	5
M	M	58	Desempregado	filho	35	sim	doença	5
N	M	58	Empresário	filho	7	não	doença	9
O	F	60	Aposentada	filha	27	não	acid. rod.	9
P	M	60	Comerciante	filho	16	não	acid. rod.	1
Q	F	62	Comerciante	filho	16	não	acid. rod.	1
R	F	65	Aposentada	filho	29	sim	acid. rod.	2
S	M	67	Aposentado	filho	29	sim	acid. rod.	2
T	F	50	Administrativa	filho	18	não	acid. rod.	5

Legenda: acid. rod. – acidente rodoviário

Registaram-se sentimentos contraditórios em relação ao grupo. Por um lado, de considerar que “desabafamos e compreendemo-nos uns aos outros, nestas sessões” (Q – 3.º encontro), e, por outro lado, de ser “deprimente narrar os factos que aconteceram, o meu coração fica doente” (P – 3.º encontro). Esta diferente adaptação dos membros do casal à partilha no grupo decorreu, também, das expectativas geradas em relação ao filho perdido e das diferentes abordagens em relação ao luto. O pai referiu que “criámos um filho para nos amparar, que não necessitasse dos restantes irmãos, inclusivamente do mais velho, solteiro, de 40 anos” (P – 1.º encontro), “eduquei-o à minha imagem para ser o amparo na nossa velhice” (P – 2.º encontro). A mãe, por seu turno, que em relação ao luto, “se os outros ultrapassaram, também hei-de conseguir” (Q – 3.º encontro), muito embora, “tive um filho que faleceu com 3 meses e consegui ultrapassar o luto facilmente, mas com este, não” (Q – 3.º encontro). Prevaleceu a vontade do pai, por considerar que “sinto-me massacrado quando venho cá, fico em baixo; na viagem de regresso

não há diálogo; quando se fala do meu filho é duro” (P – 3.º encontro), e não regressaram ao grupo a partir do 3.º encontro.

Nos seus relatos, a mãe G revelou episódios típicos de entorpecimento, como o confronto psicológico, o dilema mental, gerado aquando da assimilação racional da perda física – “eu quis vê-la” (2.º encontro) – e a negação da perda emocional – “a imagem dela morta é horrível” (2.º encontro). Em consequência, construiu um imaginário de presença viva da filha imaginando-a “num campo de flores para desfazer a imagem negativa” (2.º encontro) e “quando tenho saudades vejo um filme dela” (2.º encontro) ou “falo com ela” (4.º encontro). A recusa foi manifestada também pelo assumir imediato das tarefas diárias, “não tive tempo de fazer o luto porque no dia seguinte tive que ir trabalhar” (1.º encontro) e repressão das emoções, “eu tinha necessidade de chorar mas não podia” (1.º encontro).

O refúgio na espiritualidade é, também na mãe G, um suporte para a recusa da perda emocional, ao considerar que “a minha filha foi no momento

ideal, aos 17 anos” (1.º encontro), que “a minha filha está do outro lado e está bem” (4.º encontro), “ela só pode estar bem, tem que estar num bom sítio” (1.º encontro) e, também, que “Deus não quer o meu sofrimento” (2.º encontro).

A desestruturação emocional da família foi bem clara, inicialmente com percursos de luto fortemente individualizados e aparentemente contraditórios, nomeadamente “o meu marido, (...) que não queria recuperar do grave acidente rodoviário que sofrera” (1.º encontro), e a filha que restava “estava aparentemente normal” (1.º encontro). Esta desestruturação, que passou por separação e reconciliação conjugal, manteve-se durante todo o processo de luto, com “a família culpabilizou-me pelo que se passou” (6.º encontro). Por sua vez, o marido constituiu um elemento negativo na evolução normal do luto da mãe G, uma vez que “ainda hoje me culpa da morte da filha” (4.º encontro).

A desorganização emocional foi evidenciada pela ocorrência de episódios de melancolia, expressos por um certo desapego em relação à vida, testemunhado por “após a perda da minha filha deixei de ter muita ambição, vivo o dia a dia” (2.º encontro) e por “o que interessa é encontrar algo a que me amarrar” (2.º encontro). Considerou, nesse âmbito, como positivo, o apoio da EA, ao afirmar que “A APELO envia uma mensagem boa”.

A agressividade foi um traço indelével nos testemunhos da mãe G. Embora tivesse evitado manifestar algum tipo de raiva contra a filha perdida, até como consequência da forte pressão de culpa a que desde logo se viu sujeita pelos familiares, exprime, como é natural, também esse sentimento ao interrogar-se no período mais próximo da perda “porquê eu?” (4.º encontro). A agressividade é, desde logo, mitificada, “tive uma primeira reacção de raiva em relação a Deus” (5.º encontro), depois é dirigida contra a família do marido (a única que possui) “porque me obrigaram a ir ao casamento do meu sobrinho, rigorosamente seis meses após o falecimento da minha filha” (5.º encontro) e, finalmente, contra a sociedade em geral, pois “actualmente selecciono quem me visita” (5.º encontro).

Uso de medicação antidepressiva no decurso do luto

Os pais que recorreram a medicação antide-

pressiva, desde o início ou no curso do processo de luto, apresentaram traços comuns de conflito no desenvolvimento do luto normal com tendência para o surgimento de luto patológico.

A mãe A, ao fim de 3 anos de perda, medicada com sertralina (princípio activo), encontrava-se fixada na negação da perda emocional, pois “preferia tê-lo em coma do que deixar de o ter” (2.º encontro) e “não me desfiz da roupa do meu filho e visto-a à minha filha” (5.º encontro). Essa negação refugia-se, frequentemente, em manifestações espiritualistas, “foi a vontade de Deus” (1.º encontro), “no funeral, eu disse: Meu Deus, como tu mo deste eu vos ofereço” (1.º encontro), depois, “numa sessão espírita, o meu filho, através de um guia bom, disse que estava bem” (1.º encontro) e, em consequência, a mãe admite que “ele foi na altura certa” (6.º encontro), e “ele está num lindo lugar” (2.º encontro) “muito melhor do que estaria aqui neste mundo cruel” (5.º encontro).

Paralelamente à negação da perda, a mãe A exibiu manifestações de desorganização emocional como a agressividade, dirigida: i) contra o filho perdido, uma vez que “tinha uma obsessão desde miúda de vir a ter um rapaz” (6.º encontro) e, em face da realidade, “nunca mais poder vir a ter um rapaz por haver 50% de probabilidade de ter anemia” (5.º encontro); ii) contra si própria, através de culpa, ao considerar que “se eu não tivesse ido trabalhar, eu acompanhava-o”; iii) contra a sociedade, “porque não se falava do meu problema” (5.º encontro) e “as pessoas é que têm que aprender connosco e não o contrário” (2.º encontro).

Por seu turno, a mãe R, exprimiu uma constante desorganização emocional sob a forma de agressividade mítica, quando “perguntava a Deus porque levou o meu filho e não o condutor do veículo que anda aí cheio de saúde” (4.º encontro), social, isolando-se, já que “não me apetece falar com as amigas porque não me dizem nada” (4.º encontro), e institucional, “porque arquivaram o processo?” (5.º encontro).

DISCUSSÃO

Muito embora a análise efectuada fosse sustentada por uma amostra limitada, os resultados obtidos permitiram traçar tendências interpre-

tativas da importância dos GEAs no processo de luto.

Eventualmente por preconceitos culturais de partilha de emoções e sentimentos, com excepção de um pai, moderador do grupo, e de outro que participou apenas num encontro, todos os homens que frequentaram o GEA acompanhavam as suas esposas. Já as mulheres participaram individualmente no grupo. A faixa etária dos frequentadores do grupo foi elevada, correspondendo ao período do ciclo de vida em que foram abandonadas as expectativas, de ordem física e/ou mental, de gestação de novo filho. Aliás, a concepção de novos filhos após a perda de anteriores só se verificou com a mãe mais nova do grupo, que no momento da perda tinha 32 anos, com o moderador do grupo, que no momento da perda tinha 35 anos, e com um casal que veio ao grupo apenas para dele se despedir, anunciando uma gravidez.

A frequência no grupo de pais que perderam sobretudo filhos do sexo masculino, embora possa ser enviesada pelo maior número de perdas que tiveram como causa os acidentes rodoviários, poderá encontrar base explicativa numa dissociação comportamental face ao luto por perda de filhos e filhas. Ainda como consequência de valores culturais profundamente arraigados, a perda de um filho gera processos de luto difíceis de serem percorridos de forma solitária pelo pai (Freitas, 2000). O recurso ao apoio social, como o de um GEA, constitui um suporte para a expressão das alterações emocionais profundas em desenvolvimento (Klass, 1988). Dos sete participantes masculinos do grupo, cinco perderam filhos igualmente do sexo masculino. O luto por perda de filhas é assumido de forma mais íntima e com maior dificuldade de expressão de emoções.

Luto saudável

O GEA a pais em luto é um meio eficaz de suporte para o percurso do luto normal. Se integrada nas primeiras fases de luto, ao nível do entorpecimento, permite à pessoa em luto, através do confronto de sentimentos e emoções com as experiências de lutos mais antigas, tomar consciência sobre a naturalidade do processo e sobre o não isolamento emocional em que vive. O grupo pode, então, ser profundamente benéfico para a definição de uma trajectória de luto que consubstancia a personalidade do seu portador com as no-

vas e assombrosas emoções sentidas (Rebelo, 2004). Os medos que surgem, logo de início, em relação à correcção de sentimentos perante a pessoa perdida, nomeadamente, ainda na fase de negação, por não se agir “de acordo” com o que a sociedade esperaria. Ou, mais tarde, durante a desorganização emocional, as angústias em relação a uma possível loucura, sobre a irreversibilidade do desequilíbrio emocional, sobre a perda definitiva da auto-estima, nomeadamente o interesse pela vida, sobre os diversos comportamentos de agressividade, mesmo dirigidos contra o filho perdido (Grinberg, 2000). Todos estes receios, muito fortes no luto por filhos, que, quando vividos sozinhos, poderão originar perturbações muito acentuadas de comportamento, encontram no grupo como que uma válvula de escape para a sua exposição. Deste modo, os pais em luto, podem, após a partilha, arrumar, de forma estruturada, nas suas mentes, os passos dados no percurso de um luto mais solidamente assente (Parkes, 1998).

A participação no GEA não se processa do mesmo modo em qualquer fase do luto. A chegada ao grupo quando já foram vividos isoladamente muitos sentimentos do luto e se atravessa a fase de desorganização emocional, tem, em regra, por objectivo a busca de respostas prontas para as angústias que estão a ser vividas. Não existe disponibilidade para a partilha. Os pais nesta situação não conseguem dar, antes esperam receber. As experiências dos outros são consideradas com agressividade em relação aos seus sentimentos, pois assumem ser eles, apenas, os detentores da dor da perda. Por isso mesmo, o sofrimento dos outros agride-os, torna-os mais sofredores. Verifica-se, nestes casos, uma rejeição do grupo. Este não tem nada para lhes oferecer senão histórias de sofrimento e esse já eles a conhecem. A raiva normalmente sentida em relação à sociedade pela incompreensão da sua amargura é, agora, estendida ao próprio grupo que não lhes dá o apoio pretendido. Por seu turno, o grupo, um espaço privilegiado de partilha de experiências, sobretudo emocionais, reage, de forma negativa, à tentativa de desvirtuamento dos seus princípios essenciais e rejeita este tipo de comportamentos. Não raro, regista-se o abandono do grupo por estes pais em luto (Greaves, 1983; Rebelo, 2004).

Os grupos de entreajuda de pais em luto são igualmente muito úteis para a reorganização emocional do luto. Nesta fase, a pessoa em luto, pas-

sados todos os momentos de percepção negativa sobre a vida, encontra no grupo um auxiliar precioso para recolocar, de modo positivo, o filho perdido no seio dos seus sentimentos. Reconcilia-se com a vida e parte para novos vínculos (Bowlby, 1985). O grupo funciona para o pai em luto nesta fase com um duplo sentido. Por um lado, como um elemento de partilha solidária de experiência de dor sofrida e vencida com quem está a passar pelas fases iniciais do percurso de luto, perdido no temor pela falência completa de quaisquer expectativas de vida. Por outro lado, como factor de completa arrumação das suas emoções, de forma acompanhada, ouvindo nas experiências dos outros pedaços dos alicerces em que sustentará a edificação da sua estrutura emocional reconciliada com o passado e apaziguada com o futuro.

Luto não resolvido ou patológico

A discussão sobre a contribuição do GEA para a evolução do processo de luto tem, até agora, sido centrada no percurso saudável do processo. Todavia, é frequente a participação no grupo de pais que experimentam lutos em que não conseguem resolver uma ou várias fases do processo.

Um dos factores mais salientes na não resolução do luto é a idade avançada dos pais. A dificuldade de superar a perda torna-se mais gritante quando o filho perdido era único. A falência das expectativas fundamentais dos sujeitos enquanto pais em relação à vida, a começar pelo carácter mais profundamente instintivo relacionado com a sobrevivência biológica da espécie humana e a acabar na socialização e integração cultural, e o sentimento de não retorno decorrente da incapacidade fisiológica de nova gestação, nega a perda emocional do filho. A desorganização emocional que acompanha a negação da perda é violenta, particularmente em termos de agressividade orientada para todas as direcções anteriormente definidas. A agressividade contra a sociedade, aliada à perda da auto-estima, poderá conduzir ao isolamento (Worden, 1998; Rojas, 2001). A participação no grupo atinge, então, extremos ou de apenas presença física ou, pelo contrário, de excessiva verbalização fixada em sentimentos associados à negação emocional da perda.

Ainda no domínio da influência do período do ciclo de vida no processo de luto, no oposto do referido no parágrafo anterior, casais jovens que per-

dem filhos podem sentir um certo desejo de rapidamente “repor” a perda ocorrida. Um segundo filho gerado no decurso do processo de luto origina a não resolução deste, em virtude da ocupação emocional com as expectativas criadas em torno do próximo filho. Regista-se um processo de substituição, com a identificação do novo filho em relação ao perdido. Verificar-se-á o reforço de todos os aspectos emocionais e físicos que tornem presente o filho perdido. São valorizados os mesmos traços de personalidade, mesmo os relacionados com o género, ainda que não corresponda entre ambos os filhos. Não raro, intensificam-se comportamentos “arrapazados” ou “ameninados” de acordo com o sexo do filho perdido, mesmo que este não corresponda ao sexo do novo filho (Freitas, 2000).

Quando, por razões diversas, a pessoa em luto recorre a medicação anti-depressiva continuada, verifica-se o desvirtuamento das vivências emocionais de cada uma das fases do luto, indispensáveis ao seu progresso normal. São claras e frequentes as manifestações de negação da perda. Ainda que o tempo passe e, aparentemente, a pessoa viva, sob a influência da medicação, “distante” das emoções da perda, esta não é assimilada. Com efeito, ao intervir sobre os sintomas típicos de episódio depressivo, como a tristeza, a melancolia, a quebra de auto-estima e a própria revolta, característicos da fase de desorganização emocional do processo de luto, a medicação coloca o enlutado numa fase de luto posterior, a da reorganização emocional, sem ter tido oportunidade para incorporar todos os sentimentos e dor da perda. Convém salientar, todavia, que, muito embora a medicação tenha o intuito de combater os sentimentos de desânimo e tristeza, a sua eficácia está longe de ser completa (Kaplan & Sadock, 1996). Deste modo, a pessoa em luto vê agravados os seus conflitos emocionais porque vive simultaneamente, e de forma desordenada, estádios, ou partes destes, da fase de desorganização emocional que se sobrepõem ao controlo medicamentoso, e estádios, ou partes destes, da fase de reorganização emocional que a medicação lhe proporciona. Para agravar ainda mais a intrincada desordem estabelecida, partes da fase do entorpecimento, como a negação, vêm-se juntar a este desordenado processo de luto.

A partir do momento em que, por opção directa ou aconselhamento médico, é abandonada a me-

dicação anti-depressiva, os estádios, ou partes destes, das fases de luto não resolvidas assaltam, de forma caótica, a pessoa em luto. Para evitar consequências mentais sérias, torna-se necessário o apoio psicoterapêutico no sentido de estruturar as emoções a partir da difusão produzida. É, então, conveniente retomar o processo de luto no momento em que se processou o seu desvirtuamento e proceder ao seu desenvolvimento ordenado na lógica natural da sua evolução emocional. Esta terapia implica o apoio avisado do psicólogo ou terapeuta, nomeadamente, na simulação de partes do processo indevidamente, ou nem sequer, percorridas (Freitas, 2000).

* * *

Pode concluir-se que a EA de pessoas em luto é um auxiliar terapêutico eficaz no sentido da evolução saudável do processo individual de luto. Mesmo nos casos em que os pais em luto iniciam a participação no GEA numa fase adiantada do seu luto ou naqueles em que decorre medicação antidepressiva. Para estes pais, apesar de se verificarem algumas eventuais dificuldades na adaptação ao GEA, vencida esta fase, a EA constitui um meio de apoio válido para a evolução dos seus lutos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1985). *Apego e Perda*; Vol. III. Perda – Tristeza e Depressão. São Paulo: Martins Fontes.
- Driver, R., & Easley, J. (1978). Pupils and paradigms: a review of literature related to concept development in adolescent science students. *Studies in Sci. Educ.*, 5, 61-84.
- Freitas, N. K. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus Editorial.
- Freud, S. (1987). *Obras psicológicas completas*: edição standard brasileira. 23 volumes. Rio de Janeiro: Imago.
- Grawitz, M. (2000). *Méthode des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Greaves, C. C. (1983). Death in the family: a multifamily therapy approach. *International Family Physician*, 33, 185-190.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1996). *Pocket handbook of clinical psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Klass, D. (1988). *Parental grief: Solace and resolution*. New York: Springer Publishing Company.
- Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1987). *Principles of Community Psychology: Perspectives and applications*. New York: Oxford University Press.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus editorial.
- Rebello, J. E. (2003). *Contributos para o estudo do processo de luto*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rebello, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto: silêncios, receios e tabus*. Lisboa: Notícias Editorial.
- Rojas, G. (2001). Luto patológico?: a propósito de um caso. *Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 205-207.
- Sánchez-Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Walter, T. (2003). Ajuda aos agonizantes e indivíduos de luto. In C. Parkes, P. Laungani, & B. Young (Coord.), *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi.
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Young, B., & Papadatou, D. (2003). Infância, morte e luto através das culturas. In C. Parkes, P. Laungani, & B. Young (Coord.), *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi.

RESUMO

Partindo do acompanhamento de um grupo de entreajuda a pais em luto, pretendeu-se sensibilizar todos os intervenientes sobre o meio de suporte social na evolução individual do processo de luto.

Entre Janeiro de 2002 e Janeiro de 2003 foi feita a observação dos encontros mensais de duas horas de um grupo de entreajuda a pais em luto. Os encontros foram temáticos, sobre as fases de progressão do luto, moderados por dois pais com lutos muito experientes, e realizaram-se em Aveiro. A recolha de dados incluiu a história de vida e os textos observacionais. Participaram vinte e um pais, variando entre oito e catorze nos diferentes encontros, maioritariamente mulheres, com uma idade média de 52,5 anos. As idades dos filhos perdidos variaram entre 1 e 35 anos, e a causa de morte foi, maioritariamente, o acidente rodoviário.

Os pais com lutos menores do que um ano encontraram no grupo um suporte social de apoio bastante eficaz. Os pais com lutos superiores registaram sentimentos contraditórios em relação ao grupo, abandonando-o ou permanecendo nele. Os pais que recorreram a medicação anti-depressiva, desde o início ou no curso do processo de luto, apresentaram traços comuns de conflito no desenvolvimento do luto saudável com tendência para luto não resolvido.

Palavras-chave: Luto, pais em luto, entreajuda.

ABSTRACT

Starting from the accompaniment of a self-helping group for bereavement parents, we intended to encourage the participants through a social support to the individual evolution of grief.

Between January 2002 and January 2003 several bereavement parents were observed in monthly meetings of two hours. The discussion was centred in themes about the grieving phases, moderated by two parents with very experienced grief. The meetings occurred in Aveiro. The data collected included the history of life and the texts from observation. Twenty-one parents participated in the group, varying between eight and four-

teen in the different meetings, mostly women, with an average age of 52,5 years old. The ages of the lost children varied between 1 and 35 years old, and the cause of death was mostly the accident in road.

The parents with recent grief, less than one year, found in the support group an adequate social help. The parents with long grief, more than one year, showed contradictory feelings towards the support group, abandoning or remaining in it. The parents that used anti-depressive medication since the beginning or in the grieving course showed evidences of conflict in the development of the healthy grief with tendency for pathological deviations.

Key words: Grief, bereavement parents, support group.