

## **Psicoeducação sobre o processo de morte e luto para profissionais que não são da área da saúde e atuam no ambiente hospitalar**

**Grupo:** Carolina Geron, Daniele Souza Steglich e Scheila Krenkel.

**Orientadora:** Mariana Sarkis

### **1. Introdução**

O luto é um processo normal e esperado para elaboração da perda de um vínculo significativo (Parkes, 1998). Espera-se que o enlutado possa se movimentar em direção ao enfrentamento da perda, da dor, ver fotografias e falar do que foi perdido, assim como em direção à restauração, isto é, integrar uma nova identidade, retomar as tarefas cotidianas e as relações interpessoais (Stroebe & Stroebe, 1999). O luto é um processo individual, subjetivo e que assume significados diferentes quando inserido em uma cultura (Franco, 2010). Aspectos socioeconômicos, a história pessoal e familiar prévia, as experiências de apego seguro e inseguro também influenciam o processo de luto (Tinoco, 2007).

O processo de luto assume formas diferentes de acordo com o tipo de perda. O luto antecipatório é uma das formas de se viver o luto (Lindemann, 1944), onde vive-se a possibilidade da perda por morte com perdas secundárias, anteriores a ela, tais como as alterações físicas e cognitivas provocadas pelo adoecimento. Além do luto antecipatório, também cabe destacar as perdas que não são validadas em nossa sociedade quando o tipo de relacionamento interpessoal, por quem se sofre e onde se sofre, não são reconhecidos por um conjunto de normas implícitas e explícitas que só quando cumpridas aprovam o enlutamento (Doka, 2002). Os enlutados não encontram acolhimento e não há espaço para viverem a perda por não reconhecerem o próprio sofrimento e/ou pelo meio social ser indiferente ao luto vivenciado (Attig, 2004).

De acordo com Neimeyer e Jordan (2002), o luto não reconhecido pode ser do *self* com o *self*, que é quando o próprio indivíduo não reconhece o seu luto, podendo ser de forma consciente ou não consciente e sutil. Também do *self* com a comunidade estendida, quando os lutos são minimizados ou negados pelas expectativas sociais. Assim, pode haver o receio de expressar o que sente e se sentir julgado por si mesmo, pelo colega e/ou sociedade (Sarkis, na imprensa). A empatia, isto é, compreender os significados e a experiência de uma pessoa, é o primeiro aspecto que fracassa quando uma perda não é validada (Casellato, 2015).

Considerando o contexto hospitalar, o relacionamento entre profissional e paciente pode ser visto com objetividade e com neutralidade, o que não condiz com a prática, se considerada a perspectiva do humanismo. Desta forma, o sujeito e o objeto de estudo não podem ser separados e se constituem mutuamente (Araújo, 2007).

Os profissionais convivem diariamente com o sofrimento de pacientes e familiares e com a possibilidade do próprio sofrimento. O cuidado formal é um cuidado humano atravessado por afetos e compromisso, no qual dedicação, esforço, atenção e preocupação são despendidas. Nesta convivência, estabelecem-se vínculos, os quais podem não ser percebidos por uma dificuldade do profissional em admitir que é afetado. Os vínculos significativos não podem ser mensurados, por serem uma construção individual e subjetiva de acordo com o significado daquela pessoa, espaço ou relação (Sarkis, na imprensa).

Indo ao encontro do apontado por Parkes (1998), quando diz que o luto é o preço que se paga pelo compromisso, pode-se considerar que profissionais se enlutem quando perdem um paciente que consideram significativo. Os vínculos podem ser construídos a partir do início da internação do paciente e aprofundados com a evolução da doença, internação prolongada, até o óbito.

Diante disso, de um lado, tem-se o luto de profissionais da área da saúde (p. ex.: médicos(as), fisioterapeutas, psicólogos(as)). Por outro, existe também o profissional invisível, denominação utilizada para caracterizar profissionais que não são da área da saúde e atuam no contexto hospitalar, não voltados diretamente para a assistência médica/terapêutica (Manzochi, 2013), tais como auxiliares de limpeza, pessoas do setor administrativo e copeiras hospitalares. Quem considera o sofrimento dos profissionais invisíveis? Quem cuida deles?

Embora no contexto hospitalar a morte seja uma possibilidade, ela ainda é vista como uma inimiga a ser combatida. É negada, inclusive, pelos meios de comunicação, promotores diários de imagens e notícias a respeito. Nesse sentido, Kovács (2009) propõe a educação para a morte como forma de desenvolvimento pessoal e aperfeiçoamento a partir de discussões sobre o tema.

## **2. Justificativa e Relevância**

Quando se fala em profissionais que atuam no ambiente hospitalar, possivelmente, a primeira imagem que vem à cabeça é a de pessoas trajando jalecos brancos com estetoscópios pendurados ao redor do pescoço. Ao ampliar um pouco mais essa imagem,

pensa-se também no grupo de enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e todos aqueles que compõem a equipe multidisciplinar, e são profissionais que visitam os leitos com mais frequência, que administram medicações e prestam cuidados de higiene aos pacientes. Só em um último momento, se acontecer, são lembrados os profissionais que trabalham na limpeza hospitalar, na farmácia, na recepção e portaria, em setores administrativos como recursos humanos, segurança do trabalho, contabilidade e tantos outros que, nos bastidores, também são fundamentais para o funcionamento e a manutenção da rotina hospitalar.

Ao não pensar, de imediato, na presença desses profissionais dentro de um hospital, não é sinal de pouca importância das suas atividades, mas à estrutura de valorização social que se tem em relação às profissões, que coloca a medicina no topo delas. Isso faz com que se esqueça a necessidade do trabalho em equipe, contando com todos os profissionais que atuam dentro do ambiente hospitalar, para que o cuidado integral ao paciente seja efetivamente realizado.

Para aqueles que estão internados, seus familiares e acompanhantes, as pessoas que limpam o quarto todos os dias ou que trazem as refeições são, em muitos momentos, ouvidos disponíveis, olhos atentos à mudança do estado de saúde do paciente e figuras de suporte emocional. Criando, em muitos casos, relações próximas e troca afetiva entre equipe de apoio e pacientes/familiares. Isso faz refletir sobre como essa equipe de apoio vivencia a morte de um paciente que eles acompanharam e com os quais construíram uma relação de afeto e proximidade, além de pensar qual espaço é dado para a vivência desse luto que, em geral, não é reconhecido e validado.

Quando uma pessoa se inscreve em um curso de medicina, enfermagem, técnico de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição como outros tantos cursos da área da saúde, é muito provável que algumas disciplinas estudadas considerem a possibilidade de trabalho dentro da área hospitalar e que ensinem questões específicas a essa atuação e ao que tange o adoecimento. Mesmo que não fale diretamente sobre a temática da morte e do luto, disciplina ainda escassa nos cursos de graduação e cursos técnicos da área da saúde, essas profissões podem ter acesso a essa temática em cursos de extensão, aprofundamento e especialização em luto (Kovács, 2010).

Ao pensar nos profissionais da equipe de apoio de um hospital, existe a possibilidade de que eles não desejaram e tampouco se imaginaram trabalhando dentro de um contexto que os colocariam em contato direto com a morte. Se os profissionais de saúde muitas vezes não recebem treinamento para esse tipo de situação, é possível

considerar que a equipe de apoio tenha ainda menos recursos internos e práticos para essa vivência. Diante desse cenário, entende-se a importância de serem criados espaços para acolhimento e psicoeducação para os profissionais que não são da área da saúde, mas que atuam no cuidado aos pacientes e seus familiares.

Desconsiderar que esses profissionais possam apresentar questões emocionais decorrentes do contato direto com a temática da morte e do morrer, sem ter um preparo prévio para isso, seria ignorar a complexidade de serem humanos, de apresentarem angústias ao se depararem com a finitude do outro e da sua própria, além de ignorar a importância das relações interpessoais e a construção de vínculos. Casellato (2015) traz que a tentativa de defesa das emoções ou das consequências dessas é um dos motivos pelo qual não reconhecemos uma situação como verdadeira ou real. E, sem ter um lugar de escuta e acolhimento para esse sofrimento ser reconhecido e validado, os profissionais podem adoecer, o que justifica a importância de serem criados espaços de promoção de saúde mental também para a equipe de apoio que trabalha nos hospitais.

Além disso, as pessoas que precisam usar os hospitais para cuidar de alguma questão de adoecimento físico podem estar emocionalmente abaladas, seja por um diagnóstico difícil que receberam, por um procedimento cirúrgico que se faz necessário ao tratamento ou pela perda iminente de alguém querido, por exemplo. Nesse momento, estar cercado de profissionais que tenham uma escuta sensível e uma postura acolhedora pode fazer muita diferença na experiência de internação a que pacientes e familiares irão se submeter. Por isso, uma vez que se tenha profissionais sensibilizados para a atuação com essa temática, através de um trabalho de psicoeducação para o adoecimento, a morte e o luto e que também estejam com suas questões emocionais referentes a esse assunto bem acolhidas, tem-se uma equipe mais capacitada para passar adiante um atendimento cuidadoso e eficaz. Essa equipe pode se tornar, por sua vez, uma base segura para os pacientes e seus familiares quando reconhece e passa a ser reconhecida dentro do seu próprio processo de enlutar-se.

Diante do exposto, estima-se que o desenvolvimento deste projeto de psicoeducação para profissionais que não são da área da saúde e que trabalham no contexto hospitalar atuando diretamente com o paciente e/ou seus familiares contribua como um espaço de cuidado e acolhimento para estes(as) profissionais visando a promoção da sua saúde mental. Para o serviço de saúde, espera-se que o trabalho de psicoeducação auxilie para o aperfeiçoamento do desempenho das atividades laborais

dos(as) profissionais participantes, repercutindo na qualidade do atendimento aos(às) pacientes e famílias frente ao processo de morte e luto.

### **3. Objetivo**

#### **Objetivo geral**

Desenvolver um programa de psicoeducação sobre o processo de morte e luto para profissionais que não são da área da saúde e atuam no ambiente hospitalar.

#### **Objetivos específicos**

- Caracterizar o processo de inserção profissional no contexto hospitalar
- Identificar o significado atribuído à morte e ao processo de luto
- Descrever os sentimentos presentes no trabalho com a temática da morte
- Identificar as dificuldades e facilidades do trabalho junto a pacientes em fim de vida e/ou seus familiares antes e após o óbito
- Favorecer o reconhecimento dos vínculos e consequente lutos
- Favorecer a co-construção e o compartilhamento de estratégias de enfrentamento
- Orientar sobre o que é o processo de luto e possíveis repercussões no enlutado
- Orientar sobre modelo do processo dual do luto
- Orientar sobre quando buscar apoio especializado e sobre a oferta de apoio aos colegas

### **4. Método**

#### ***Caracterização do Projeto, Contexto e Participantes***

Trata-se de um projeto com embasamento qualitativo, uma vez que se propõe compreender o processo que ocorre na dinâmica e complexidade das relações humanas, visando os significados atribuídos à realidade em que os(as) participantes estarão inseridos(as) (Olabuénaga, 2009). Entende-se por significados a compreensão e o sentido atribuídos pelos indivíduos às suas experiências de vida à luz dos contextos culturais em que vivem. Os significados são construídos por meio da interação social, em espaços relacionais e dialógicos, por meio da linguagem (Grandesso, 2011).

Com relação à temporalidade, o presente projeto se caracteriza como transversal, uma vez que busca estudar um fenômeno em momento específico de tempo e espaço da trajetória profissional dos(as) participantes. É caracterizado, ainda, como exploratório e de caráter descritivo. Exploratório na medida em que possibilita o aumento da proximidade com um tempo pouco investigado e que necessita de maior aprofundamento (Ossó, 2014). O caráter descritivo ocorre tendo em vista a busca por caracterizar e descrever aspectos que envolvem a prática de profissionais do contexto hospitalar, frente ao processo de morte e luto, com base nos significados, atitudes, crenças e experiências contidas em suas narrativas (Minayo, 2010).

Para responder ao objetivo geral deste trabalho, propõe-se a construção de um Programa de psicoeducação sobre processo de morte e luto para profissionais que não são da área da saúde e trabalham em hospitais. A psicoeducação é uma disciplina de conhecimento e atuação das áreas da saúde e da educação que se relaciona com o processo de aprendizado das pessoas, tendo em vista as influências familiares, sociais e profissionais ao longo da vida (Caminha et al., 2003). Iniciada na década de 1970, a psicoeducação envolve diferentes disciplinas e teorias que se relacionam entre si, tendo por objetivo a promoção, prevenção e educação em saúde (Lemes & Neto, 2017). Ela pode ser aplicada em diferentes contextos como o hospitalar, ambulatorial, organizacional e educacional (Cole & Lacefield, 1982).

Para Wood et al (1999) o termo *psico* se refere às teorias e técnicas psicológicas e o termo *educação* relacionado à área pedagógica de ensino-aprendizagem. Este modelo envolve, também, outras disciplinas como medicina, filosofia, sociologia, visando contribuir para uma perspectiva mais abrangente de informações. Nesse sentido, a psicoeducação comporta um modelo amplo que envolve teorias e técnicas psicológicas e educacionais, visando o âmbito social, comportamental e cognitivo dos indivíduos (Lemes & Neto, 2017).

No que tange ao contexto, este Programa de Psicoeducação será proposto a Hospitais Gerais particulares localizados nas cidades de Florianópolis – SC e São Paulo – SP. A escolha por essas cidades, ocorre tendo em vista a rede de contatos profissionais das autoras deste trabalho, em busca de informantes-chave para a entrada em campo. Aproximar-se do campo por meio de uma pessoa da equipe que seja significativa nesse contexto, permite estabelecer uma “aliança estratégica”, que favorece a entrada das psicólogas, autoras deste trabalho, no hospital e evite estranhamento ou paralisação da

equipe por falta de compreensão sobre a presença de novos integrantes no local (Moré & Crepaldi, 2004).

Diante da caracterização e delineamento do presente trabalho, a escolha dos(as) participantes será realizada de forma intencional ou proposital que se refere à escolha de pessoas que possam contribuir com a proposta por meio da qualidade das informações, não pela representação em termos numéricos (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Assim, poderão participar deste projeto profissionais que atendam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Ambos os gêneros;
- b) Não ter formação na área da saúde (exemplo: biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social, técnico em enfermagem ou terapia ocupacional);
- c) Prestar algum tipo de assistência direta a pacientes e/ou seus familiares no processo de morte ou luto;
- d) Atuar nos seguintes setores/ equipe: serviço de processamento de roupas/hotelaria, seção de expediente, serviço de registro de controle, serviço de faturamento, seção de refeição/copa, seção de dietoterapia, setor administrativo, equipe de limpeza, serviço de atendimento ao cliente;
- e) Ter pelo menos um ano no desempenho da sua função. Entende-se que este tempo de atuação profissional contribui para um relato com base na experiência de atendimentos e possível construção de vínculo com pessoas em final de vida e/ou seus familiares, além de ter maior entendimento sobre o funcionamento e organização do hospital.

### **Técnica e procedimentos para realização do Programa**

Para desenvolvimento do Programa de Psicoeducação proposto neste trabalho, será realizado um grupo de apoio de psicoeducação (GP), do tipo fechado, ou seja, uma vez definidos(as) os(as) participantes, nenhum(a) novo(a) membro poderá entrar durante o prazo definido até a conclusão do GP (Zimerman, 2000). O trabalho com grupos, num processo reflexivo, salienta a narrativa, as relações grupais e contextuais de cada participante, pois cada pessoa traz para os encontros sua história prévia, sua compreensão e posicionamento frente ao tema trabalhado (Luna, 2020). Os grupos de apoio, realizados tanto no âmbito comunitário quanto institucional, são espaços de trocas, socialização,

apoio mútuo, aprendizados de novos comportamentos e formas de enfrentar a morte e o luto (Santos, 2017).

Nesta proposta, os encontros ocorrerão semanalmente e será composto por no mínimo oito e no máximo 12 profissionais. A quantidade de participantes foi definida com base nos estudos de Barbour (2009) e Minayo (2010), além de considerar os critérios para saturação teórica dos dados, entendida pelo momento em que há repetição dos dados trazidos pelos(as) participantes, ou seja, pelo não surgimento novas informações pertinentes à temática (Guest, Bunce, & Johnson, 2006).

Após apresentar o projeto do Programa de Psicoeducação para a administração na instituição hospitalar, as autoras deste trabalho irão pessoalmente nos setores que tenham profissionais que contemplem os critérios de inclusão para o GP, falarão com os responsáveis (chefias) e, sendo autorizado, farão o convite pessoalmente às(aos) possíveis participantes, esclarecendo o tempo, duração e local onde ocorrerão os encontros. Neste momento, serão deixados números de telefone e endereço de e-mail para as pessoas interessadas entrarem em contato até uma determinada data. Também serão deixados cartazes nos murais do hospital com as mesmas informações fornecidas no encontro pessoalmente. Se não fechar o número mínimo de participantes até a data prevista, nova visita será realizada nos setores para reforçar o convite.

O Grupo de Apoio será realizado em oito encontros presenciais, com periodicidade semanal, duração de 1h30min cada e contará com uma moderadora e duas observadoras. Pontua-se que tanto moderadora quanto observadoras são profissionais da Psicologia com conhecimento aprofundado sobre o tema *processo de morte e luto*. Adicional a isto, a moderadora conduzirá o Grupo de modo a favorecer a expressão espontânea de todos(as) os(as) participantes, mantendo o foco no tema que estará sendo discutido e evitando dispersões ou centralizações (Gondim, 2002). As observadoras irão auxiliar, se necessário, a moderadora com o cumprimento do roteiro de perguntas elaborado para cada encontro, além de realizar anotações em diário de campo, sobre reações, sentimentos e falas dos(as) participantes, para posterior análise conjunta (Trad, 2009).

A seguir serão apresentados os temas centrais previstos para cada encontro, cujo fluxograma, criado para melhor compreensão do caminho a ser percorrido nos encontros, consta no Apêndice 1. Pondera-se que, tratam-se de temas iniciais e que a coordenadora e as observadoras estarão atentas aos pedidos dos(as) participantes, realizando adaptações para atender às necessidades do GP.



- **ENCONTRO 1- TEMA: APRESENTAÇÃO**

Apresentação dos objetivos do grupo, das regras (sigilo, pontualidade, participação, faltas e atrasos, esperar o tempo de fala do outro), das facilitadoras e dos(as) participantes. Conhecer as expectativas e as características do grupo para orientar os próximos encontros e elaborar os temas de interesse.

- **ENCONTRO 2 – TEMA: INSERÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR**

**OBJETIVO:** Caracterizar o processo de inserção profissional no contexto hospitalar.

**METODOLOGIA:** Perguntas que caracterizem o processo de inserção no contexto hospitalar. Ideias de perguntas: Como imaginavam que seria o trabalho neste ambiente? O que imaginavam, com o que se surpreenderam positiva e negativamente? O que achavam que poderiam enfrentar? A morte de pacientes era uma das possibilidades? Como é se deparar com a morte no local de trabalho?

- **ENCONTRO 3 – TEMA: CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS**

**OBJETIVO:** Identificar as dificuldades e facilidades do trabalho junto a pacientes em fim de vida e/ou seus familiares antes e após o óbito / Favorecer o reconhecimento dos vínculos e consequentes lutos

**METODOLOGIA:** O encontro iniciará com uma cena do filme “Patch Adams – O amor é contagioso” como disparadora da discussão do grupo e trazer os seguintes questionamentos para iniciar: Qual o tipo de relação que estabelecem com os pacientes? Quais as dificuldades e facilidades do trabalho junto a pacientes em fim de vida e/ou seus familiares antes e após o óbito?

Será utilizada, ainda, a adaptação da dinâmica “Minha história de perda” para “Minha história com o paciente” a partir da questão: Quando falamos sobre um vínculo importante com um paciente, em quem vocês pensam?

- **ENCONTRO 4 – TEMA: PROCESSO DE LUTO E LUTO NÃO RECONHECIDO**

**OBJETIVO:** Identificar o significado atribuído à morte e ao processo de luto.

**METODOLOGIA:** Será utilizada a dinâmica “Mitos e verdades sobre o luto e o luto não reconhecido”. Placas com as palavras “MITO” e “VERDADE” serão

distribuídas aos(às) participantes, as quais as levantarão após a avaliação de frase ou situação lidas pelas facilitadoras. Por exemplo, será mencionada a história de uma mãe que perdeu a filha, a de um trabalhador que se aposentou e a de um homem que perdeu seu pet. Tanto as placas “mito e verdade” como as histórias, constam no Apêndice 2. Ademais, serão utilizadas frases a fim de identificar o conceito de luto, por exemplo: “só posso me enlutar pela perda de familiares ou amigos”, “no luto, a tristeza não é o único sentimento presente”.

Após a dinâmica, de acordo com o andamento da discussão, alguns questionamentos podem ser realizados pelas facilitadoras: O que é luto para você? Por que me enluto? Perguntar se conhecem alguém que já passou por situações semelhantes das histórias da dinâmica ou se eles se identificam com as histórias.

Questionamentos para o encerramento do encontro: Posso me enlutar por causa de um paciente? Como?

- **ENCONTRO 5 – TEMA: MEUS VÍNCULOS, MEUS LUTOS**

**OBJETIVOS:** Favorecer o reconhecimento dos vínculos e consequentes lutos/ Descrever os sentimentos presentes no trabalho com a temática da morte / Orientar sobre o que é o processo de luto e possíveis repercussões no enlutado.

**METODOLOGIA:** O encontro com o grupo ocorrerá com introdução de uma das seguintes músicas: “Ao mestre com carinho” (Eliana), “O Anjo mais velho” (Teatro Mágico), “Gostava tanto de você” (Tim Maia) para sensibilizar para a discussão. Após isso, será entregue uma folha A6 para os(as) participantes escreverem quais reações imaginam que um enlutado possa ter/sentir. As facilitadoras auxiliarão a reflexão com os seguintes questionamentos: Quais são as reações e sentimentos dos enlutados? Quais as repercussões do processo de luto em uma pessoa? Quais as reações e sentimentos que posso apresentar por estar enlutado pela perda de um paciente?

A facilitadora e as observadoras também poderão observar se há reconhecimento da própria dor e da dor dos(as) colegas dos(as) participantes pela perda de um paciente que foi significativo. Há fracasso de empatia do *self* que é estendido aos colegas, por exemplo? Os (As) participantes consideram que outros(as) colegas também se enlutam por perdas no contexto hospitalar?

## **ENCONTRO 6 – TEMA: ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DO PRÓPRIO LUTO**

**OBJETIVOS:** Favorecer a co-construção e o compartilhamento de estratégias de enfrentamento / Orientar sobre o modelo do processo dual do luto

**METODOLOGIA:** Contextualizar sobre o andamento do grupo e temas discutidos até o momento. Pode ser utilizado o questionamento como disparador: Agora, sabendo que posso me enlutar pela perda de um paciente, como posso me cuidar? Após isso, utilizar a dinâmica da maleta de primeiros socorros ou desenho do guarda-chuva para abordar estratégias para cuidar do próprio luto e auxiliar na construção de recursos de enfrentamento.

Finalizar o encontro abordando o modelo do processo dual (trazer o desenho da orientação para a perda e orientação para restauração) e estimular os recursos levantados na dinâmica como fatores de autocuidado e de proteção.

- **ENCONTRO 7 – TEMA: QUANDO PROCURAR POR APOIO ESPECIALIZADO**

**OBJETIVO:** Orientar sobre quando buscar apoio especializado e sobre a oferta de apoio aos colegas

**METODOLOGIA:** Trazer a folha A6 produzida no Encontro 5 e as maletas de primeiros socorros preenchidas no encontro passado. Utilizar o formato de roda de conversa e trazer as perguntas disparadoras: Como reconhecer que um colega de trabalho precisa de ajuda especializada pela perda de um paciente? O que poderia e o que não poderia ajudar o colega neste momento? Como ser multiplicador do que aprendi no grupo?

Orientar sobre a busca de apoio especializado. Mostrar o site do Mapa Saúde Mental e disponibilizar outros contatos de serviços gratuitos para atendimento psicológico e psiquiátrico.

- **ENCONTRO 8 – TEMA: O QUE LEVO DO GRUPO?**

**METODOLOGIA:** A facilitadora e as observadoras entregarão folhas divididas em dois quadrantes: “Como cheguei?” e “Como estou saindo?” Podem ser utilizadas palavras, frases, desenhos e colagens. O material será fornecido aos (às) participantes. Ao finalizar o grupo, será feito um cartaz com palavras de

acolhimento escritas pelos(as) participantes para ficar exposto em um lugar comum como vestiário e refeitório da instituição de trabalho.

Com base nas orientações de Lervolino e Pelicioni (2001), cada encontro terá de três a cinco tópicos disparadores, conforme descrito nos Oito Encontros Supramencionados, que poderão ser questões afirmativas ou interrogativas e que servirão de guia para a conversa. Tanto os temas centrais dos encontros quanto as perguntas norteadoras foram baseados nos objetivos específicos deste trabalho.

Para realização do Grupo de apoio de psicoeducação, de acordo com as recomendações de Trad (2009), será oferecido um espaço de conforto e privacidade, podendo ser dentro ou fora da instituição hospitalar. O local onde os encontros acontecerão, deverá proporcionar silêncio e estar livre de interrupções externas. Os (As) participantes serão distribuídos(as) em círculo para favorecer a visualização entre si. No que se refere aos equipamentos, será utilizado notebook, projetor e (no mínimo) dois gravadores, isto para auxiliar nas anotações da coordenadora e observadoras dos GP. Tendo em vista a gravação de cada encontro em áudio, será solicitado aos (às) participantes que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constará o objetivo do Grupo de Apoio, relevância, duração, periodicidade e autorização para ser gravado. No que tange às questões éticas, no TCLE também será explicitado que, em caso de mobilização emocional e se as(os) participantes desejarem falar a respeito, as pesquisadoras terão o compromisso de realizar acolhimento e encaminhar para um serviço de apoio psicológico, caso seja necessário.

No primeiro encontro serão explicadas as regras básicas para realização do GP (Gondim, 2002): a) Falar uma pessoa de cada vez; b) Evitar conversas paralelas; c) Falar espontaneamente o que está pensando; d) Evitar centralizar as discussões; e) Manter a atenção na discussão do tema em questão/ não dispersar para outros temas; f) Ter atenção aos horários de início e término dos encontros, além da assiduidade. Os encontros também contarão com água, café e lanches, visando o bem-estar e acolhimento de todos(as).

### ***Referências***

- Araújo, M.F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 126-141.
- Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love. *Journal of Death and Dying*, 49 (3), 197-215.

- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Casellato, G. (2015). Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido, 15-28.
- Cole, H. P., & Lacey, W. E. (1982). Theories of learning, development, and psychoeducational design: Origins and applications in nonschool settings. *Viewpoints in Teaching and Learning*, 58(3), 6-16.
- Doka, K (Org). (2002). *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Illinois: Research Press, p. 39-60
- Franco, M.H.P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? Em Formação e rompimento de vínculos – O dilema das perdas na atualidade (pp. 17-43). Summus
- Fontanela, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17 – 27.
- Gondim, S. M. G. (2002). Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários *Estud. Psicologia*, 7(2).
- Grandesso, M. (2011). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59-82.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429.
- Kovács, M. J. (2009). Educação para a morte. In: *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. Santos, F.S. (Org). Editora Atheneu.
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
- Lervolino, S. A., & Pelicioni, M. C. F. (2001). A utilização do Grupo Focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*. 35(2), 115-121.
- Luna, I. J. (2020). Uma proposta teórico-metodológica para subsidiar a facilitação de grupos reflexivos e de apoio ao luto. *Nova Perspectiva Sistêmica*. 29(68), 46-60.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed). São Paulo: Hucited.

- Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2004). *O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados* (pp. 588-593). Trabalho completo em anais da I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/NPF – Núcleo de Pesquisa da Família. Taubaté, São Paulo.
- Niemeyer, R., & Jordan, J. (2002). Disenfranchisement as empathic failure: grief-therapy and the co-construction of meaning”. In: Doka, K.J. (org.). *Disenfranchisement grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Research Press.
- OlabuénaGP, J. I. R. (2009). *Metología de la investiGPCión cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Ossó, A. B. (2014). *Eschucar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la salud*. Catalúnia: Taller Gráfico.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Ed. Summus
- Santos, G. C. B. F. (2017). Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. *Revista M. estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 2 (3), 116-137.
- Sarkis, M. (na imprensa). O sofrimento do luto do profissional de saúde: a construção do vínculo de cuidado formal e a permissão de enlutar-se.
- Stroebe, M., & Schut, H. A. W. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 1-28.
- Tinoco, V. (2007). *O luto em instituições de abrigamento: um desafio para cuidadores temporários*. Tese de Doutorado. PUC-SP.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*. 19(3).
- Wood, M. M., Brendro, L. K., Fecser, F. A., & Nichols, P. (1999). *Psychoeducation: An Idea Whose Time Has Come*. Richmond, VA: The Council for Children with Behavioral Disorders.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

## APÊNDICE 1

Figura 1. Fluxograma dos Encontros do Grupo de Apoio de Psicoeducação



Fonte: As autoras

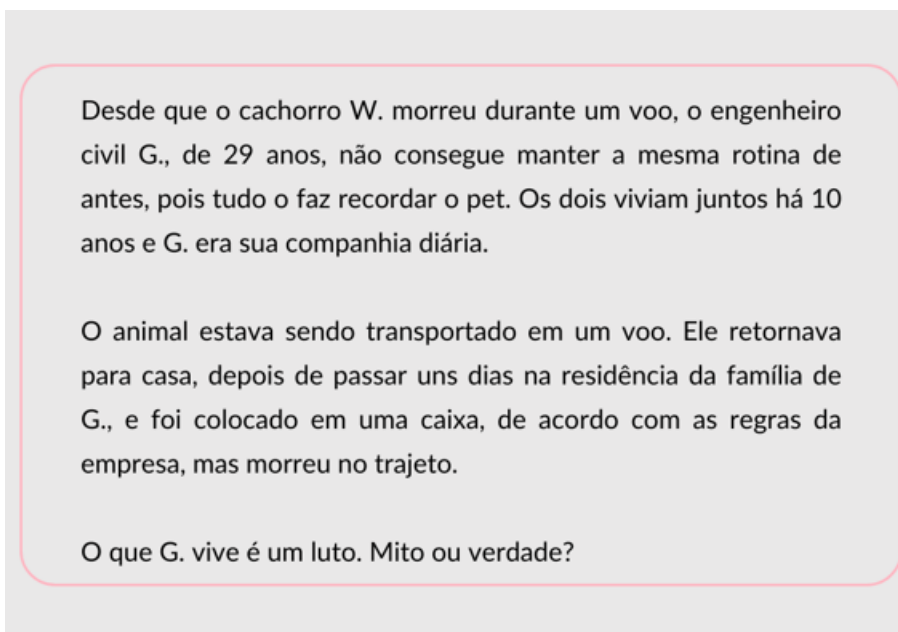
## APÊNDICE 2

Figura 2. Placas sobre Mitos e Verdades do Luto



Fonte: As Autoras

Figura 3. História sobre a perda de um Pet



Fonte: As Autoras



Figura 4. História sobre a perda de uma filha

A nutricionista M. abriu o coração para contar sua surpreendente e emocionante história, que envolve a morte de sua filha, na época com um 1 ano e 3 meses. A criança teve uma infecção generalizada, seguidas paradas cardíacas e várias reanimações por um tempo prolongado. "Após a sua morte, eu ia para a faculdade chorando, voltava chorando, ia para a academia chorando, cuidava do meu filho chorando", lembra a mãe.

O que ela vive é um luto. Mito ou verdade?

Fonte: As Autoras

Figura 5. História sobre a aposentadoria

"Acordo com o alarme que despertava todo dia às 7h para eu ir para o trabalho. Não consigo desligar na minha cabeça!", conta-nos J., 76 anos, aposentado há 1 ano dos 40 anos de trabalho no Banco do Brasil.

J. costumava acordar, fazer seu café da manhã e partir para a jornada de trabalho. Foi lá onde conheceu a sua esposa, onde conviveu com amigos e construiu uma carreira de sucesso. Sente-se desanimado e sem propósito atualmente.

O que ele vive não é um luto. Mito ou verdade?

Fonte: As Autoras