



Ispa

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação das Necessidades de
Formação no Luto (ENFL)**

Sofia Alves Maria Filipe Aníbal

Orientadora de Dissertação: Prof. Doutora Manuela Alexandra de Moura Coelho

Professora de Seminário de Dissertação: Prof. Doutora Manuela Alexandra de Moura
Coelho

Dissertação submetida como requisito para a obtenção parcial do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2023/2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. Doutora Manuela Alexandra de Moura Coelho, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste percurso académico.

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, Paula, ao meu pai, Fernando, e ao meu irmão, Pedro, pelo apoio incondicional que me deram ao longo desta jornada. Agradeço-vos por me proporcionarem a oportunidade de seguir o curso que amo e por me permitirem dedicarme integralmente à minha formação, sempre presentes nos momentos mais desafiantes.

Ao meu namorado, Gonçalo, agradeço pelo companheirismo e pela presença constante ao longo deste caminho, oferecendo sempre as palavras certas quando mais precisei.

À minha amiga Raquel, o meu profundo agradecimento por acreditar em mim durante estes cinco anos e por estar sempre ao meu lado. A sua confiança em mim foi uma fonte constante de motivação, e a sua amizade, um pilar essencial durante este percurso.

À Patrícia, minha companheira dos últimos anos de curso, que considero uma verdadeira amiga, o meu agradecimento pela partilha de momentos únicos, pelos muitos diálogos, celebrações e apoio nos momentos mais difíceis.

Finalmente, agradeço à Professora Alexandra Coelho pela orientação e apoio que me ofereceu ao longo deste ano tão exigente. Foi nas suas aulas de Cuidados Paliativos que descobri o mundo do luto, que se tornou um dos meus grandes interesses na prática clínica e na investigação. A forma respeitosa e empática com que sempre abordou este tema despertou em mim o desejo de continuar a explorar esta área. Agradeço também pela sua calma e paciência, especialmente nos momentos mais desafiadores. O seu apoio foi fundamental para me ajudar a superar os obstáculos deste percurso académico.

A todos, o meu sincero obrigada.

Resumo

Os profissionais de saúde experimentam um significativo sofrimento com as perdas dos seus doentes, com possíveis consequências para a sua vida profissional e pessoal. Segundo a literatura, a sobrecarga de luto profissional está associada a elevados níveis de stress e *burnout*. Em parte, esta resposta reflete a falta de preparação para comunicar as más notícias, lidar com pacientes na iminência de morrer e com os lutos dos respetivos familiares. Daí a importância da formação na área do luto, pois não só tem um efeito protetor sobre a saúde psicológica dos profissionais de saúde, como promove melhor um atendimento e cuidado aos doentes e familiares. A avaliação prévia das necessidades dos profissionais garante uma maior adesão e eficácia dos programas de formação. No entanto, do nosso conhecimento, não existe nenhum instrumento de avaliação das necessidades formativas na área do luto dos profissionais.

O objetivo deste estudo é desenvolver e validar uma Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL). Os itens foram desenvolvidos através da revisão da literatura e sujeitos análise mediante o método Delphi para validação do conteúdo. A seguir, o instrumento foi aplicado a uma amostra de 5 profissionais de saúde (Psicólogos, Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais) recolhida através de um questionário online. Adicionalmente foram administrados os seguintes instrumentos: Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP), Inventário *Maslach Burnout – Human Services Survey (MBI – HSS)* e a Escala *Death Attitude Profile – Revised (DAP- R)*. Foram recrutados 221 profissionais de saúde, entre os quais 63,3% enfermeiros, 23,5% psicólogos, 10,8% médicos e 2,2% assistentes sociais. A maioria da amostra é do sexo feminino (93,7%) e do Serviço de Cuidados Paliativos (19,46%), com idades compreendidas entre os 23 e os 66 anos. A análise exploratória extraiu 3 fatores: Fator 1 – Intervenção e Avaliação do Luto Pós-Morte, Fator 2 – Intervenção e Avaliação do Luto Pré-Morte, Fator 3 – Motivação para a Formação no Luto, sendo a consistência interna da escala descrita por um alfa cronbach de 0.951 (Excelente). Conclui-se que a Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL) é um instrumento fiável e válido, que reúne as qualidades psicométricas necessárias para avaliar, de forma precisa, as necessidades formativas dos profissionais de saúde na área do Luto.

Palavras-Chaves: Estudo de validação, Luto, Profissionais de Saúde, Necessidades Formativas

Abstract

Health professionals experience significant suffering from the loss of their patients, with possible consequences for their professional and personal lives. According to the literature, the burden of professional bereavement is associated with high levels of stress and burnout. In part, this response reflects a lack of preparation for communicating bad news, dealing with patients who are about to die and the grief of their families. Hence the importance of training in bereavement, as it not only has a protective effect on the psychological health of healthcare professionals, but also promotes better care and attention for patients and their families. Prior assessment of professionals' needs guarantees greater adherence to and effectiveness of training programs. However, to our knowledge, there is no instrument for assessing professionals' training needs in bereavement.

The aim of this study was to develop and validate a Scale for the Evaluation of Training Needs in Bereavement (ENFL). The items were developed through a literature review and analyzed using the Delphi method for content validation. The instrument was then applied to a sample of five health professionals (psychologists, doctors, nurses and social workers) using an online questionnaire. In addition, the following instruments were administered: Professional Grief Overload Scale (SLP), Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI - HSS) and the Death Attitude Profile - Revised Scale (DAP- R). A total of 221 health professionals were recruited, including 63.3% nurses, 23.5% psychologists, 10.8% doctors and 2.2% social workers. The majority of the sample was female (93.7%) and from the Palliative Care Service (19.46%), with ages ranging from 23 to 66. The exploratory analysis extracted 3 factors: Factor 1 - Intervention and Assessment of Post-Death Bereavement, Factor 2 - Intervention and Assessment of Pre-Death Bereavement, Factor 3 - Motivation for Bereavement Training, with the scale's internal consistency described by a cronbach's alpha of 0.951 (Excellent). The conclusion is that the Scale for the Evaluation of Training Needs in Bereavement (ENFL) is a reliable and valid instrument that has the psychometric qualities needed to accurately evaluate the training needs of health professionals in the area of bereavement.

Keywords: Validation study, Bereavement, Health professionals, Training needs

Índice

<i>Lista de Abreviaturas</i>	<i>VI</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>VII</i>
<i>Lista de Figuras</i>	<i>VIII</i>
<i>Revisão da Literatura</i>	<i>1</i>
1. Morte e luto	1
2. Sobrecarga de Luto Profissional	1
2.1 Modelo de Luto Profissional	3
2.2 Natureza das perdas experienciada pelos profissionais de saúde.....	4
2.3 Fatores que contribuem para a dificuldade de gestão da morte	5
2.4 Manifestações e Reações de Luto Profissional	8
2.5 Impacto do Luto Profissional	9
2.6 A importância do apoio dos profissionais de saúde no Luto dos familiares	10
2.7 Tabus que dificultam a abordagem do Luto.....	11
3. Competências Relacionais dos Profissionais de Saúde.....	14
4. Necessidades de formação dos Profissionais de Saúde.....	17
4.1 Classificação dos métodos de avaliação das necessidades.....	17
4.2 Importância de avaliar as necessidades formativas.....	18
4.3 Riscos de basear o processo educativo apenas na avaliação das necessidades formativas	19
4.4 Necessidades de formação no Luto dos profissionais de saúde	20
5. Objetivo do estudo	23
<i>Método</i>	<i>24</i>
Participantes	24
Instrumentos	24
Procedimento.....	26
Análise dos dados.....	27
Aspectos Éticos	30
<i>Resultados</i>	<i>31</i>

1. Estatística descritiva	31
1.1 Caracterização da amostra.....	31
2. Validação da Escala de Avaliação das Necessidades Formativas no Luto (ENFL)	35
2.1 Análise da Normalidade	35
2.2 Análise Fatorial Exploratória	36
2.3 Fiabilidade.....	38
3. Validade Convergente e Divergente	44
3.1 Validade Convergente	44
3.2 Validade Divergente.....	45
4. Caracterização e cotação da ENFL	47
5. Relação entre a ENFL e as características sociodemográficas.....	49
5.1 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Experiência Profissional (Anos)	49
.....	49
5.2 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Profissão	49
5.3 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e o Sexo.....	50
5.4 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e as Habilitações Profissionais.....	51
Discussão	52
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros.....	56
Conclusão	57
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos.....	70
Anexo A – Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP) – (Gama, 2011).....	71
Anexo B – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) – (Vicente et al., 2013).....	73
Anexo C – Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) – (Jesus, 2010)	74
Anexo D – 1ª Versão da ENFL	77
Anexo E – Questionário Online no <i>Qualtrics</i>	80
Anexo F – Imputação Múltipla	93
Anexo G – Análise da Normalidade (Curtose, Assimetria e Teste Shapiro Wilk)	94

Anexo H – Teste KMO completo	94
Anexo I – Análise paralela e variância explicada dos fatores.....	95
Anexo J – Correlações de Pearson entre ENFL e SLP, MBI-HSS e DAP-R	97
Anexo K – Versão Final da ENFL	98
Anexo L – Itens e respectivas cargas fatoriais constituintes da ENFL (Tabela 27)	101
Anexo M – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Experiência Profissional (Anos).....	102
Anexo N – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Profissão	104
Anexo O – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e o Sexo	105
Anexo P – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e as Habilitações Profissionais	106

Lista de Abreviaturas

ENFL – Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto

SLP – Escala de Sobrecarga de Luto Profissional

MBI-HSS – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

DAP-R – Death Attitude Profile – Revised

ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

AVE – *Average Variance Extrated*

HTMT – *Heterotrait-Monotrait Ratio*

AFE – Análise Fatorial Exploratória

KMO – Teste de Kaiser-Meyer Olkin

JASP – Jeffrey's Amazing Statistics Program

TLC – Teorema do Limite Central

Lista de Tabelas

Tabela 1. – Caracterização Sócio-demográfica

Tabela 2. – Frequência e percentagem do serviço/especialidade onde exerce funções

Tabela 3. – Frequência e percentagem da instituição onde exerce funções

Tabela 4. – Média, desvio padrão e amplitude das variáveis idade, tempo de exercício profissional e tempo de serviço no atual local de trabalho

Tabela 5. – Distribuição dos valores em falta

Tabela 6. – Teste KMO

Tabela 7. – Teste Bartlett's

Tabela 8. – Análise Paralela – retenção de 3 fatores

Tabela 9. – Características dos fatores – Variância Explicada

Tabela 10. – ENFL com todas as cargas fatoriais e todos os 32 itens iniciais

Tabela 11. – Alfa Cronbach do Fator 1 – Inicialmente

Tabela 12. – Fator 1 – Razão da exclusão do item A8

Tabela 13. – Alfa Cronbach do Fator 1 – Após a exclusão do item A8

Tabelas 14. – Alfa Cronbach do Fator 2 – Inicialmente

Tabela 15. – Fator 2 – Razão da exclusão do item A9

Tabela 16. – Alfa Cronbach do Fator 2 – Após a exclusão do item A9

Tabela 17. – Alfa Cronbach do Fator 3 – Inicialmente

Tabela 18. – Fator 3 – Razão da exclusão do item A4

Tabela 19. – Alfa Cronbach do Fator 3 – Após exclusão do item A4

Tabela 20. – Alfa Cronbach Total – Após a exclusão dos itens A2, A10, A8, A9, A4 **Tabela**

21. - Alfas Cronbach da ENFL completa com os 27 itens finais

Tabela 22. – Validade Convergente – AVE

Tabela 23. – Validade Divergente – HTMT

Tabela 24. – Correlação entre ENFL e SLP

Tabela 25. – Correlação entre ENFL e MBI-HSS

Tabela 26. – Correlação ENFL e DAP-R

Tabela 27. – 27 Itens e respectivas cargas fatoriais constituintes da ENFL

Tabela 28. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias da experiência profissional no fator 3

Tabela 29. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias da Profissão no fator 1

Tabela 30. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias da Profissão no fator 2

Tabela 31. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias do Sexo no fator 2

Tabela 32. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias das Habilitações Profissionais no fator 1

Tabela 33. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias das Habilitações Profissionais no fator 2

Tabela 34. – Teste Post Hoc Tukey entre as categorias das Habilitações Profissionais no fator 3

Lista de Figuras

Gráfico 1 – Amostra e percentagens dos valores em falta dos dados

Revisão da Literatura

1. Morte e luto

A morte é uma consequência da existência humana e por isso é caracterizada como um acontecimento natural, inevitável e universal. Trata-se de um processo biológico irreversível, no qual ocorre a interrupção permanente das atividades fisiológicas do corpo, resultando na perda de todas as funções vitais (Holland, 2010). Para além do seu carácter biológico, a morte é também encarada como um evento de elevado significado cultural, social e religioso, variando as suas interpretações consoante as diferentes civilizações e tradições (Arora, 2021). Este acontecimento, por vezes temido e evitado, é acompanhado por uma série de rituais, crenças e práticas que procuram atenuar o impacto emocional. É um evento que desencadeia múltiplos sentimentos de perda por parte de todos aqueles que compartilharam a vida com o falecido (Barbosa et al., 2016).

São estas reações às perdas e o profundo significado por de trás das mesmas, a que se designa de processo de luto. O luto é inerente à morte, sendo por isso caracterizado como uma resposta emocional à perda de algo ou de alguém significativo (Barbosa et al., 2016). Geralmente é associado à morte de um ente querido, porém o luto pode surgir face a outras formas de perda, como o término de uma relação, a perda de um emprego, uma mudança significativa de vida, a morte do seu animal de estimação ou até a morte de um paciente que um profissional de saúde acompanha. Este é um processo complexo, que envolve um conjunto de reações emocionais, comportamentais e cognitivas (Barbosa et al., 2016). O luto é uma experiência individual e única, por sua vez, a maneira como cada um vivencia este processo vai depender: da personalidade, das crenças, dos valores, das capacidades emocionais do enlutado, da rede de suporte disponível, do contexto socioeconómico, da relação estabelecida com o falecido e das circunstâncias da morte (Lobb et al 2010). Embora seja frequentemente associado a um período de dor intensa e sofrimento, o luto pode também representar um processo de adaptação e transformação, através do qual a pessoa enlutada gradualmente integra a perda na sua vida e reconstrói o seu sentido de identidade e significado (Keesse et al., 2008).

2. Sobrecarga de Luto Profissional

Os profissionais de saúde enfrentam uma dualidade no desempenho das suas funções. Por um lado, desempenham um papel de elevado prestígio, que proporciona uma satisfação pessoal relevante ao possibilitar o cuidado da população. Contudo, as exposições constantes ao

sofrimento, à dor e à morte, ao excesso de carga laboral e aos conflitos interpessoais, transformam esta área profissional numa potencial fonte de stress e de possíveis problemas de saúde mental. (Gray et al., 2019)

A morte de um paciente é uma das experiências que mais afetam a saúde mental dos profissionais de saúde, uma vez que frequentemente estabelecem vínculos emocionais profundos com os pacientes, para além do contexto clínico (Monteiro et al., 2019). Além disso, testemunham o impacto da perda nos familiares e amigos dos doentes, prestando apoio tanto durante o tratamento como no período de luto. No entanto, devido à prevalência de ansiedade relacionada com a morte, este apoio pode revelar-se inadequado, resultando em atitudes negativas e desajustadas nos cuidados dos pacientes no fim de vida e no acompanhamento das suas famílias (Nia et al., 2016). Assim, é essencial fornecer apoio psicológico e formação aos profissionais, de forma que, nesses momentos de perda, possam aprofundar a sua compreensão sobre a morte, reconhecendo a sua universalidade, inevitabilidade e valorizando a importância de oferecer um apoio emocional adequado e empático em situações de vulnerabilidade (Maslach et al., 2001).

Estas situações geram uma sobrecarga e stress significativos, manifestando-se nos profissionais de saúde sob a forma de *burnout*, fadiga de compaixão, stress traumático secundário, trauma vicariante ou sobrecarga de luto profissional. (Delafontaine et al., 2024; Gama et al., 2011)

A síndrome de *burnout* é descrita como uma resposta prolongada ao stress interpessoal crónico no trabalho, resultante da perceção de desequilíbrio entre o esforço investido e os resultados obtidos. Este fenómeno caracteriza-se pela exaustão física, mental e emocional, levando a uma redução da realização pessoal (Maresca et al., 2022). Segundo Maslach (1993), o *burnout* apresenta três dimensões principais: exaustão emocional, que reflete o esgotamento dos recursos emocionais e psicológicos; despersonalização, marcada pela indiferença emocional ou distanciamento afetivo em relação aos pacientes; e diminuição da realização pessoal, evidenciada pela perda de satisfação e competência no trabalho.

A fadiga de compaixão, frequentemente associada ao stress traumático secundário, refere-se ao impacto físico, emocional e espiritual resultante da exposição prolongada a situações traumáticas, o que pode reduzir a capacidade de demonstrar empatia, afeto ou cuidado pelo outro (Harris & Griffin, 2015). Esta síndrome é particularmente relevante para os profissionais de saúde, que lidam constantemente com eventos difíceis e traumáticos no seu

trabalho, refletindo o impacto emocional de cuidar de indivíduos em sofrimento (Gama et al., 2011).

O stress traumático secundário refere-se ao impacto emocional que ocorre quando um indivíduo, principalmente em contextos profissionais, é exposto repetidamente ao trauma de outras pessoas. Embora se assemelhe à Perturbação de Stress Pós-Traumático, apresenta sintomas típicos de stress, como hiperexcitabilidade, paralisia e evitação, surgindo a partir da exposição ao sofrimento de terceiros. Existem dois tipos de trauma secundário: o simples, onde o profissional não tem histórico pessoal de trauma, mas manifesta sintomas relacionados ao trauma do paciente; e o complexo, onde, devido a um histórico de trauma pessoal, os sintomas são intensificados e misturados entre o trauma pessoal e o profissional. Ao contrário do trauma vicariante, que se desenvolve de forma lenta, os sintomas do stress traumático aparecem rapidamente. (Zamora et al., 2022)

O trauma vicariante provoca mudanças no sistema de opinião do profissional, afetando a forma como este se vê a si próprio, os outros e o mundo. Estas alterações podem gerar impactos físicos, psicológicos, comportamentais e espirituais, incluindo humor depressivo, ansiedade, negação e diminuição da empatia. Os profissionais de saúde, também podem interiorizar o trauma dos seus pacientes, vivenciando pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks relacionados ao trauma alheio. (Zamora et al., 2022)

O luto profissional, também conhecido como luto insulado, refere-se ao luto vivido de forma isolada pelos profissionais de saúde, que frequentemente evitam demonstrar o seu sofrimento devido à exigência de manter o profissionalismo. Estes profissionais são muitas vezes obrigados a enfrentar a perda de forma rápida e silenciosa, sem tempo para processar o luto de maneira adequada, dado que precisam retomar as suas funções imediatamente após a morte do paciente. Este processo, frequentemente negligenciado em termos de autocuidado e sem o suporte social adequado, pode agravar-se. (Gama et al., 2011)

2.1 Modelo de Luto Profissional

2.1.1 Modelo do Processo de Luto dos profissionais de saúde (Papadatou, 2000)

O Modelo de Luto Profissional proposto por Papadatou (2000) descreve que os profissionais de saúde oscilam entre duas respostas à morte dos seus pacientes: a) vivência da reação de luto, em que os profissionais vivenciam uma variedade de emoções, como tristeza, raiva, depressão e culpa, frequentemente acompanhadas de pensamentos intrusivos e

ruminativos sobre o paciente e os seus familiares. Durante este processo, pode isolar-se temporariamente, perder interesse em atividades diárias, ou procurar o apoio de colegas para partilhar o sofrimento. Por vezes, este luto também é marcado por uma sensação de alívio pela morte do paciente e por uma sensação de reconhecimento e satisfação pelo cuidado prestado ao mesmo; b) repressão das reações de luto, onde o profissional de saúde reprime as próprias emoções ou nega-as sistematicamente de forma consciente ou inconsciente. Este mecanismo pode incluir: evitar sentimentos, distanciar-se do paciente e da família e foco excessivo em tarefas práticas com a intenção de curar o paciente. Esta oscilação entre o vivenciar e reprimir o luto é considerada adaptativa, permitindo ao profissional dar significado à morte dos seus pacientes e transcender estas perdas, investindo na sua vida pessoal e profissional. Sem esta alternância, o profissional pode ficar demasiado envolvido nas experiências ou reprimir-se e afastar-se, o que o incapacita de cumprir as suas funções laborais.

Este modelo foca-se na experiência de luto em contexto profissional e distingue as três principais fases: a) envolvimento emocional com o paciente durante o processo de doença e morte; b) separação emocional, que ocorre após a morte, quando o profissional precisa de se distanciar emocionalmente para continuar a prestar cuidados a outros pacientes; c) e integração da perda, onde o profissional reflete sobre a perda e encontra um equilíbrio entre o luto e a continuidade do seu papel clínico. Assim, o modelo reflete a gestão emocional específica dos profissionais de saúde, que enfrentam a morte de forma recorrente no seu trabalho. (Papadatou, 2000)

2.2 Natureza das perdas experienciada pelos profissionais de saúde

De acordo com Papadatou (2000), sempre que a morte é percebida como uma perda é de extrema relevância compreender a sua natureza, dado que está diretamente relacionada com a natureza dos investimentos emocionais do profissional de saúde. Estes profissionais investem emocionalmente de diversas formas em várias esferas da sua vida (e.g. relações com os pacientes e suas famílias, objetivos profissionais). Cada morte pode, assim, representar uma perda num ou mais desses níveis de investimento, levando a diferentes tipos de sofrimento. As perdas serão agrupadas em seis categorias principais: a) perda de uma relação significativa com o paciente, com quem o profissional criou um vínculo emocional, resultando em manifestações de luto variáveis; b) perda relacionada à empatia com o sofrimento dos familiares, especialmente quando o profissional se identifica com a situação ou a idade dos cuidadores; c)

perdas relacionadas com o sistema pessoal de crenças e pressupostos sobre a vida, sentida pelos profissionais mais intensamente em mortes de crianças ou jovens, que desafiam a ideia de um mundo justo e controlável; d) perda de objetivos profissionais, quando a morte do paciente é vista como fracasso ou perda de controle sobre o cuidado prestado; e) perdas passadas não resolvidas ou lutos antecipados, em que a morte do paciente faz o profissional reviver memórias de perdas anteriores ou o despertar de futuras perdas pessoais; e f) perda de si mesmo, onde o profissional se confronta com a sua própria finitude e lida com o medo de ser emocionalmente afetado pelo sofrimento do outro.

2.3 Fatores que contribuem para a dificuldade de gestão da morte

De acordo com os estudos de Granek et al. (2012, 2017), médicos e enfermeiros identificam dois fatores principais que dificultam a gestão da morte dos pacientes: fatores relacionais, que respeito dizem às emoções e relações pessoais do profissional, e fatores contextuais, ligados a elementos externos ao controle do profissional.

Nos fatores relacionais, destacam-se: a) proximidade ao paciente e à família – quanto mais próxima a relação com o doente, maior a dificuldade em lidar com a perda, devido à compreensão do impacto da perda nos familiares e na comunidade; b) identificação com o paciente – quando o paciente compartilha características pessoais com o profissional (idade, etnia, religião, entre outros), provocando uma maior empatia, o que torna o luto mais intenso; c) perda de pacientes jovens – a morte de crianças, adolescentes e jovens adultos gera sentimentos de injustiça e impotência, dada a interrupção precoce de seus projetos de vida; d) relações prolongadas – acompanhar o paciente por muito tempo torna a perda mais dolorosa devido ao laço criado com o doente e sua família; e) mortes inesperadas – perdas súbitas causam maior sofrimento, especialmente quando a recuperação era esperada. (Granek et al., 2012, 2017)

Nos fatores contextuais, as categorias incluem: a) famílias e pacientes mal preparados – quando não há consciência de que se está perante a fase terminal, o encaminhamento para cuidados paliativos é mais tardio e o luto mais difícil de gerir; b) expectativas irrealistas – quando os pacientes e familiares se encontram focados apenas na cura, o que agrava significativamente a sintomatologia do doente e deixa o profissional de saúde com um maior stress e posteriormente realiza um processo de luto mais doloroso; c) tratamentos excessivos – tratamentos sem fim curativo apenas para agradar à família ou para evitar abordar o tema da

morte, o que torna posteriormente a morte mais difícil de gerenciar; d) negligência médica – a percepção de que o falecimento foi causado por erro ou falha médica, seja por culpa atribuída à família ou percebida pelo próprio profissional, intensifica o luto aumentando os níveis de ansiedade e tristeza; e) famílias com necessidades elevadas – a instabilidade familiar durante o fim de vida do paciente torna o processo de perda ainda mais complicado. (Granek et al., 2012, 2017)

A tomada de decisões em equipas multidisciplinares pode reduzir o impacto emocional relacionado com a perda de pacientes e facilita a partilha de decisões e responsabilidades entre os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar (Granek, Bartels et al., 2015). A referenciação e a intervenção precoce nos cuidados paliativos representam soluções viáveis para lidar com alguns dos fatores supracitados, promovendo um melhor controlo dos sintomas, fortalecendo a comunicação entre a família, o paciente e os profissionais de saúde, e incentivando a autonomia do doente (McDonald et al., 2017).

2.3.1 Especificidades do luto relacionadas com as áreas clínicas da medicina

Nos diferentes serviços de saúde, os profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, estabelecem relações variadas com os pacientes, assumindo níveis de proximidade e intensidade distintos.

Nos Cuidados Paliativos e na Oncologia, o contacto com os pacientes tende a ser mais breve, uma vez que estes se encontram frequentemente na fase terminal de doenças crónicas graves, enfrentando um confronto iminente com a morte. O luto nestas áreas é marcado pela antecipação da perda. Os profissionais de saúde, ao lidarem diariamente com a morte iminente, desenvolvem uma resiliência emocional significativa, mas também enfrentam um desgaste psicológico considerável. A relação intensa e de curta duração com os pacientes exige que os profissionais encontrem formas de gerir a sua própria dor emocional, muitas vezes recorrendo a apoio psicológico e supervisão clínica para evitar o *burnout*. (Breen et al., 2013; Granek et al., 2012)

Na Medicina Geral e Familiar, a relação paciente-médico é mais prolongada, acompanhando o doente ao longo de todo o seu percurso de vida. O luto nesta área pode ser particularmente difícil para os profissionais de saúde, pois desenvolvem laços profundos com os pacientes ao longo dos anos. A continuidade do cuidado permite um acompanhamento mais próximo do processo de luto, mas também pode aumentar o peso emocional sobre os

profissionais, que muitas vezes precisam de encontrar um equilíbrio entre a empatia e a manutenção da sua própria saúde mental. (Zambrano & Barton, 2011)

Nos Cuidados Intensivos, há um grande investimento na tentativa de salvar o doente, embora nem sempre seja possível, e o período de contacto pode variar significativamente conforme as necessidades de cuidados intensivos. O luto nesta área é frequentemente súbito e inesperado, o que pode ser particularmente traumático para os profissionais de saúde. A intensidade dos cuidados e a incerteza constante exigem uma resiliência emocional significativa. Os profissionais de saúde nos cuidados intensivos muitas vezes enfrentam sentimentos de impotência e frustração quando os esforços para salvar um paciente não são bem-sucedidos, necessitando de apoio contínuo para gerir o stress e a carga emocional. (Hope & Munro, 2024)

Na Pediatria, os profissionais lidam não só com crianças e adolescentes doentes, mas também com o luto dos respetivos familiares, o que requer uma abordagem sensível e especializada. O luto nesta área é especialmente doloroso para os profissionais de saúde, dado o impacto emocional da perda de uma criança. A necessidade de oferecer apoio emocional tanto às crianças como aos seus pais coloca uma pressão adicional sobre os profissionais, que devem ser capazes de gerir a sua própria dor enquanto proporcionam conforto aos outros. A comunicação clara e empática é crucial, e os profissionais muitas vezes recorrem a equipas multidisciplinares para apoio emocional e psicológico. (Granek, Barrera et al., 2015; Granek, Bartels et al., 2015)

Na Psiquiatria, o luto pode estar associado a perdas emocionais e psicológicas, exigindo um acompanhamento contínuo e especializado para apoiar tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde. O luto nesta área pode ser complexo, envolvendo não apenas a perda de entes queridos, mas também a perda de capacidades funcionais ou a deterioração da saúde mental dos pacientes. Os profissionais de saúde mental devem estar preparados para lidar com uma ampla gama de reações emocionais e comportamentais, e muitas vezes enfrentam o desafio de manter a sua própria saúde mental enquanto apoiam os pacientes. A supervisão clínica e o apoio entre pares são essenciais para ajudar os profissionais a processar o luto e a encontrar formas de seguir em frente. (Christ, 1961)

Cada área médica apresenta desafios únicos no que diz respeito ao luto, exigindo abordagens específicas e sensíveis para apoiar tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde.

2.4 Manifestações e Reações de Luto Profissional

O luto vivenciado pelos profissionais de saúde, embora se manifeste de forma individual e única, constitui igualmente uma experiência universal partilhada no contexto de trabalho em equipa (Papadatou, 2000). A forma como estes profissionais expressam e reagem ao luto é significativamente moldada por fatores pessoais, relacionais, contextuais, culturais e religiosos, o que torna a gestão do luto mais complexa (Granek et al., 2012, 2017; Kamei, 2003).

As manifestações de luto entre os profissionais de saúde podem ser categorizadas em quatro tipos de sintomatologia, conforme descrito por Granek et al., (2017) e Papadatou (2000):

- Emocional: perda de sentido a nível pessoal e profissional, irritabilidade, instabilidade emocional, alívio, culpa, frustração, despersonalização, medo, ansiedade e tristeza;
- Física: desconforto físico e cansaço extremo;
- Cognitiva: pensamentos ruminativos e intrusivos, dúvidas sobre as suas capacidades, insegurança e sensação de impotência;
- Comportamental: choro e perturbação no padrão de sono.

As mulheres tentem a apresentar níveis mais elevados de stress emocional e *burnout*, o que resulta em reações mais intensas e negativas perante situações de morte, em comparação com os homens (Granek et al., 2016).

Os profissionais de saúde nem sempre oscilam entre o vivenciar o luto e reprimir as suas reações de luto, como proposto no modelo de Papadatou (2000). Em determinadas situações, sentem a necessidade de controlar conscientemente as emoções perturbadoras, reprimindo-as para evitar manifestações de luto visíveis. Esta contenção emocional visa frequentemente poupar as famílias e os doentes do peso do seu próprio sofrimento. Além disso, tal controlo é incentivado por princípios éticos da profissão, que desencorajam a expressão de determinadas emoções, e pela necessidade de proteção emocional. Ao limitar a expressão do luto, os profissionais mitigam o impacto emocional de sucessivas perdas, evitam o reviver constante das mortes que presenciam e o confronto com a própria vulnerabilidade e mortalidade (Marques, 2018). No entanto, a longo prazo, esta supressão emocional contribui para um desgaste profundo, aumento os níveis de stress e reduzindo a produtividade e a motivação (Cohen et al., 2023).

2.5 Impacto do Luto Profissional

O impacto do luto nos profissionais de saúde, resultante da exposição constante à morte e ao sofrimento dos doentes, tem repercussões significativas tanto na sua vida pessoal como profissional, gerando efeitos que podem ser positivos ou negativos. Estes efeitos manifestam-se em várias dimensões, nomeadamente: cognitiva, emocional e física. (Delafontaine et al., 2024; Granek et al., 2017)

No que respeita aos impactos pessoais positivos, incluem-se: a) a aquisição de novas perspetivas sobre a vida, por exemplo, através de uma definição clara de prioridades, valorizando a gratidão e o preço pela própria existência; b) a capacidade de estabelecer uma separação clara entre as emoções vivenciadas no ambiente de trabalho e a vida pessoal, mantendo um equilíbrio emocional saudável; c) uma perceção da morte como o um processo natural e intrínseco à condição humana. Quanto aos impactos negativos, podem destacar-se: a) o desenvolvimento de uma visão mais pessimista em relação à vida; b) a redução da sensibilidade face à morte, levando a uma possível indiferença emocional; c) o enfraquecimento das relações sociais; d) a diminuição ou perda de crenças religiosas ou espirituais; e) a perda de propósito em ajudar os outros, acompanhada de um aumento da frustração e da sensação de desespero; f) sentimentos de revolta em relação ao sistema de saúde e à prática profissional; g) uma tendência para desumanizar os pacientes, tratando-os de forma mais mecânica ou distante; h) um risco acrescido de desenvolver depressão e ansiedade; j) aumento do medo da própria morte. (Granek, Bartels et al., 2015; Marques, 2018; Pearce et al., 2021; Samson & Shvartzman, 2017)

Em termos de resultados profissionais positivos, incluem-se: a) o desenvolvimento profissional contínuo, através da reflexão crítica sobre as atitudes adotadas durante o tratamento, o que permite melhorar os cuidados prestados no futuro, inspirando-se na forma como cada doente enfrenta a sua condição; b) o aperfeiçoamento da compreensão global da doença e do seu ciclo até à morte, considerando todos os seus aspetos e implicações; c) a tomada de decisões terapêuticas mais ponderadas, com menor ênfase em tratamentos intensivos no final de vida; d) a motivação para aprender continuamente e melhorar o desempenho clínico, em busca de melhores resultados para os pacientes. No entanto, os impactos profissionais negativos também são significativos: a) o aumento do risco de *burnout* e fadiga de compaixão; b) o distanciamento emocional de pacientes e dos seus familiares, especialmente durante os últimos momentos de vida; c) a diminuição da qualidade dos cuidados prestados, fruto do cansaço emocional e da sobrecarga profissional; d) dificuldades em compreender os valores e

prioridades dos pacientes e das suas famílias, que são cruciais para orientar decisões clínicas específicas; e) dificuldades em definir métodos de tratamento consistentes, o que pode resultar em decisões terapêuticas incoerentes; f) o uso excessivo de serviços e recursos institucionais; g) a utilização em demasia de equipamentos para prolongar artificialmente a vida dos pacientes; h) o afastamento de colegas, promovendo o isolamento social no ambiente de trabalho; i) a perda de sentido e propósito na prática clínica, levando a uma crise de identidade profissional. (Granek, Bartels et al., 2015; Marques, 2018; Pearce et al., 2021; Samson & Shvartzman, 2017)

Os fatores negativos associados ao luto profissional agravam-se pela falta de formação adequada para lidar com a perda, com o sofrimento dos familiares e dos próprios pacientes, assim como com as emoções desencadeadas em situações de fim de vida. A ausência de suporte emocional e técnico para enfrentar estes desafios aumenta o risco de desumanização dos cuidados e do próprio profissional de saúde. (Santos et al., 2014)

Além disso, muitas das consequências são mais frequentes e áreas como a oncologia, os cuidados paliativos e as unidades de cuidados intensivos, onde a repetição constante de perdas e sofrimento pode levar ao esgotamento emocional e físico dos profissionais (Selman, 2021). Contudo, muitos desses profissionais desenvolvem estratégias de *coping*, que permitem administrar o impacto emocional e continuar a prestar cuidados de elevada qualidade, assegurando a dignidade e o conforto dos pacientes no final de vida (Feng & Li, 2024).

2.6 A importância do apoio dos profissionais de saúde no Luto dos familiares

É fundamental que os profissionais de saúde estejam especialmente preparados para prestar apoio às famílias durante o processo de luto. Este acompanhamento é considerado uma prática essencial para garantir a continuidade dos cuidados, mesmo após o falecimento do paciente (Jensen et al., 2017). De acordo com o estudo de Back et al., (2009), é frequente que, numa fase inicial do acompanhamento, os pacientes e os cuidadores familiares temam que o médico esteja indisponível, o que dificulta o estabelecimento de uma relação médico doente. Já numa fase avançada da doença, é comum que pacientes e familiares se sintam abandonados, devido à falta de um encerramento gradual da relação anteriormente construída.

A investigação de Pruthi e Goel, (2014) indica que as famílias valorizam a empatia e o suporte prestado pelos profissionais de saúde, o que contribui para o seu conforto e confere uma abordagem mais humanizada. Práticas como telefonemas, envio de cartas de condolências, participação em funerais, visitas a familiares, consultas regulares ou referência para apoio

psicológico ao luto, são exemplos de intervenções pós-luto amplamente apreciadas (Granek, Barrera et al., 2015). Além disso, a participação dos profissionais de saúde nestas iniciativas não beneficia apenas as famílias, mas também contribui para o bem-estar emocional dos próprios profissionais, ajudando-os a gerenciar o impacto emocional da perda e a reduzir os níveis de stress (Granek, Barrera et al., 2015).

Apesar da maioria dos estudos indicar que os familiares enlutados valorizam este tipo de práticas de acompanhamento no luto. Alguns estudos, revelam um baixo nível de envolvimento por parte dos profissionais de saúde nestas atividades. Esta participação é influenciada pelas políticas institucionais, pelo modo de funcionamento da equipa e, também pelos fatores pessoais dos próprios profissionais (Marques, 2018).

Contudo, a ausência de formação específica sobre a gestão do luto, particularmente no que se refere à comunicação com o doente e os familiares, é reconhecida como um dos maiores obstáculos à implementação consistente destas práticas de acompanhamento em diferentes contextos clínicos. Além disso, a escassez de tempo e de recursos, o desconforto emocional, o sentimento de culpa, a inexperiência em lidar com casos com a temática do luto e a perceção de que o apoio no luto não faz parte das suas responsabilidades profissionais, são algumas das barreiras que limitam o apoio oferecido aos familiares enlutados. (Jensen et al., 2017; Granek, Bartels et al., 2015)

2.7 Tabus que dificultam a abordagem do Luto

O luto profissional em áreas como a oncologia e os cuidados paliativos enfrenta barreiras complexas de natureza cultural, institucional e pessoal, dificultando a expressão e gestão saudável das emoções (Forster & Hafiz, 2015).

Existem também diferenças significativas em termos de género. Tradicionalmente, os homens enfrentam maior pressão para manter uma postura emocionalmente contida, enquanto as mulheres, embora mais à vontade para demonstrar os seus sentimentos, são igualmente desencorajadas a fazê-lo em muitos ambientes clínicos. (Granek et al., 2012; 2016)

Do ponto de vista institucional, a elevada carga de trabalho e a pressão constante para salvar vidas privam os profissionais de tempo e apoio adequado para processar o luto de forma saudável. No ambiente clínico, a morte é frequentemente tratada como uma rotina, sem espaço para reflexão emocional. A cultura institucional frequentemente desencoraja a expressão emocional, considerando-a um sinal de fraqueza ou incompetência (Pruthi & Goel, 2014). Esta

visão do profissionalismo incentiva o distanciamento emocional, que embora, facilite o desempenho das tarefas, compromete o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde a longo prazo (Granek et al., 2012). Além disso, contribui para o aumento do estigma associado à manifestação de emoções no ambiente de trabalho, o que acaba por comprometer também a humanização dos cuidados prestados (Santos et al., 2014).

A comunicação ineficaz e a falta de cooperação dentro das equipas de saúde tornam-se barreiras adicionais (Lautrette et al., 2007). Muitos profissionais receiam ser vistos como frágeis se partilharem as suas experiências emocionais com os colegas, dificultando a criação de um ambiente de apoio mútuo. Esta resistência, aliada à escassez de programas formais de apoio psicológico e de supervisão clínica, promove o isolamento emocional e dificulta o desenvolvimento de estratégias coletivas de *coping*, deixando os profissionais sem ferramentas para gerenciar as suas emoções (Granek et al., 2012; Papadatou & Bellali, 2002). Além disso, muitos profissionais de saúde também se sentem-se desconfortáveis ao partilhar as suas experiências de luto com familiares e amigos, receando que estes não compreendam plenamente a dimensão emocional do trabalho ou que se sintam sobrecarregados com histórias trágicas e dolorosas, aumentando o sentimento de solidão emocional (Marques, 2018).

A criação de fronteiras emocionais e a separação entre a vida pessoal e o trabalho também são desafios (Marques, 2018). Profissionais de saúde que lidam regularmente com a morte enfrentam dificuldades em lidar com as suas emoções, o que pode resultar em desgaste emocional (Magalhães & Melo, 2015).

É necessário promover um ambiente onde a expressão do luto seja considerada parte integrante dos cuidados de saúde, não apenas para os pacientes e suas famílias, mas também para os profissionais. A implementação de programas de apoio ao luto, bem como a formação em competências de comunicação emocional, poderia contribuir para superar estas barreiras, permitindo uma abordagem mais holística e compassiva ao luto. (Santos et al., 2014)

2.8 Estratégias para lidar com o Luto Profissional

O luto profissional é uma experiência complexa que envolve múltiplos fatores e impacta significativamente os profissionais de saúde tanto a nível pessoal como profissional (Sanchez-Reilly et al., 2013). Na maioria dos casos, os profissionais de saúde tendem a desvalorizar as suas próprias perdas, subestimando o impacto emocional da morte no contexto profissional. A falta de reflexão sobre o papel do cuidador e a ausência de rituais para lidar com

essas experiências, aumenta o desgaste físico e emocional (Forster & Hafiz, 2015; Sansó et al., 2015). Para mitigar os seus efeitos negativos, é essencial implementar intervenções adequadas que reconheçam o processo de luto profissional, frequentemente desencadeado pelo acompanhamento de pacientes em fase terminal, exposição recorrente à morte e suporte a famílias enlutadas (Granek, Bartels et al., 2015).

A meta análise de Gillman et al., (2015), identifica 3 principais categorias de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de saúde para lidar com o luto:

- Estratégias de enfrentamento pessoal – incluem a manutenção de um equilíbrio saudável entre a vida pessoal e profissional, gestão das emoções geradas no contexto profissional, o processamento consciente da morte, a prática de autocuidado e priorizar as relações interpessoais;

- Estratégias de enfrentamento institucionais – referem-se essencialmente ao suporte e abertura entre colegas, promovendo a partilha de experiências e emoções dentro da equipa;

- Estratégias inatas de enfrentamento – englobam fatores como a motivação para investir na formação no luto e o estabelecimento de uma relação terapêutica com os pacientes.

As instituições de saúde devem adotar uma abordagem proativa para lidar com as consequências do luto profissional, desenvolvendo programas de formação focados nas dimensões psicossociais, éticas e espirituais dos cuidados em fim de vida. Esses programas são fundamentais para preparar os profissionais de saúde para enfrentar a morte dos pacientes, promovendo a autorreflexão, autoconsciência e o desenvolvimento de estratégias eficazes de enfrentamento. (Braz & Franco et al., 2017; Rushton et al., 2009)

Os currículos de formação para profissionais de saúde devem incluir uma abordagem completa ao luto, abordando temas como comunicação eficaz, gestão de crises associadas ao luto, estratégias de autocuidado, processos de morte, aspetos legais dos cuidados no fim de vida, controlo de sintomas, comunicação de más notícias e outros temas referentes ao final de vida. Embora estas iniciativas sejam particularmente importantes em áreas com exposição elevada à morte, é essencial que sejam integradas em todas as especialidades, dada a inevitabilidade de lidar com a morte em qualquer prática clínica. A formação deve contar com workshops, análise de casos clínicos e visitas a unidades especializadas, proporcionando uma experiência prática e reflexiva. Para além das competências técnicas, é crucial desenvolver a capacidade de introspeção e autorregulação emocional, de modo a capacitar os profissionais para gerenciarem

o impacto psicológico da morte no seu trabalho diário e manter o equilíbrio emocional. (Braz & Franco et al., 2017; Forster & Hafiz, 2015; Marques, 2018; Santos et al., 2014)

Em suma, a morte é uma realidade inerente aos cuidados de saúde, exigindo que a preparação dos profissionais para lidar com esse fenómeno seja tratada como uma prioridade tanto pelas instituições de saúde como pelas entidades formativas. É fundamental que se implementem estratégias adaptadas às necessidades específicas de cada grupo profissional, garantindo que os profissionais desenvolvam competências e resiliência emocional para enfrentar este desafio. Paralelamente, cabe a cada profissional o compromisso de participar nessas estratégias, promovendo o seu próprio bem-estar e melhorando a qualidade dos cuidados prestados. (Marques, 2018)

3. Competências Relacionais dos Profissionais de Saúde

As competências relacionais, como a capacidade de comunicação de más notícias, o estabelecimento de relações empáticas e a gestão de crises, são cruciais para os profissionais de saúde, especialmente no contacto com pacientes em situações delicadas e respetivas famílias. Estas habilidades incluem também a realização de conferências familiares e a intervenção em situações de conspiração do silêncio (Salazar et al., 2017). A relevância destas *soft skills* é indiscutível para a melhoria da experiência dos pacientes e a eficácia dos cuidados prestados. No entanto, a literatura científica aponta lacunas significativas na formação e prática dessas competências em vários contextos de saúde (Sanchez-Reilly et al., 2013).

A comunicação de más notícias, a empatia e a capacidade de gestão de conflitos são considerados fatores essenciais para a construção de uma relação terapêutica de confiança entre os profissionais de saúde e os pacientes (Salazar et al., 2017). Além disso, a escuta ativa e a compaixão são também competências fundamentais para ajudar os pacientes a integrarem o seu diagnóstico e a lidar com a angústia, criando um ambiente de confiança (Zerbe & Steinberg, 2000).

Essas competências são especialmente importantes em áreas como a Oncologia, Cuidados Paliativos e Intensivos, onde uma comunicação eficaz sobre o prognóstico e as opções de tratamento pode influenciar significativamente o bem-estar emocional dos pacientes (Evans et al., 2006). Assim, as competências comunicacionais são vistas como indicadores de qualidade dos cuidados de saúde, encontrando-se associadas a melhores resultados terapêuticos, e a uma maior satisfação dos pacientes (Granek et al., 2013).

A comunicação de más notícias requer um equilíbrio entre a precisão da transmissão da informação e a preservação da dignidade e esperança do paciente (Salazar et al., 2017). Estudos demonstram que médicos com formação adequada em comunicação são mais eficazes na gestão destas situações delicadas (Evans et al., 2006; Granek et al., 2013). Adicionalmente, Riess e Kraft-Todd (2014) argumentam que a empatia, tanto verbal como não verbal, contribui não só para a satisfação dos pacientes, mas também para melhores resultados clínicos. Hojat et al., (2011), corrobora este argumento referindo ainda que médicos com elevados níveis de empatia tendem a alcançar melhores resultados com pacientes que possuem doenças crónicas.

Apesar do consenso sobre a importância das competências relacionais, vários estudos apontam para falhas pontuais na formação dos profissionais de saúde (Granek et al., 2013). A insuficiência de programas de formação contínua nestas áreas é um dos problemas identificados. Cheng et al., (2010) destacam que a formação em comunicação de más notícias é frequentemente limitada ou inexistente em muitos programas médicos, o que resulta em profissionais mal preparados para gerenciar conversas emocionalmente exigentes e desgastantes com os seus pacientes. Este facto reflete-se, segundo Mori et al., (2015) e Granek et al., (2017), na tendência de muitos médicos adiarem a discussão sobre o fim de vida, uma questão que deveria ser abordada desde o diagnóstico da doença incurável, até à fase terminal. Este adiamento é influenciado tanto por fatores relacionados com o doente e família quanto ao próprio profissional de saúde. Além disso, profissionais com menos experiência profissional e com poucos conhecimentos e formação em cuidados em fim de vida e luto, apresentam maiores dificuldades em discutir a proximidade da morte com os seus pacientes (Álvarez-del-Río et al., 2013).

Granek et al., (2017) observaram que apenas uma pequena percentagem dos oncologistas abordam precocemente questões como: a escolha do local de morte, a referência para cuidados paliativos, ordens de não reanimação, ponderação dos prós e contras de continuar os tratamentos. O que implica que a maioria dos profissionais de saúde discute esses temas apenas quando as opções de tratamento se esgotam ou quando o paciente se encontra em alturas de grande fragilidade e vulnerabilidade terapêutica (e.g. internado) (Keating et al., 2010).

Os estudos também indicam que a empatia, embora essencial, tende a diminuir ao longo da carreira dos profissionais de saúde, particularmente em ambientes de alta pressão, como as Unidades de Cuidados Intensivos. Este fenómeno pode ser atribuído ao desgaste emocional, que compromete a capacidade dos profissionais de demonstrar empatia e de manter

uma comunicação eficaz (Riess & Kraft-Todd, 2014). A falta de tempo para interações significativas com os pacientes também foi identificada como uma barreira, dificultando o desenvolvimento de relações interpessoais fortes (Kurtz et al., 2017). Outros desafios incluem a dificuldade em gerir conflitos e em realizar conferências familiares, como observado por Hojat et al., (2011), que ressaltaram a falta de competências suficientes em muitos profissionais de saúde para lidar com múltiplos cuidadores e gerenciar as necessidades emocionais e práticas dos familiares do paciente.

Apesar destas lacunas, há progressos significativos na criação de ferramentas e programas de formação para melhorar as competências relacionais. A existência de estratégias comunicacionais pode atenuar o desconforto dos profissionais de saúde (e.g ansiedade, sentimentos de culpa ou fracasso) na comunicação das más notícias e ajudar a manter a empatia durante todo o processo. Consequentemente também ajudam o paciente a adaptar-se de forma mais saudável à sua nova realidade. (Morgans & Schapira, 2015)

Entre os programas e protocolos de formação que demonstraram resultados comprovados tem-se, por exemplo, o modelo EMPATHY de Riess e Kraft-Todd (2014), que visa melhorar a comunicação não verbal e ajudar os profissionais a demonstrar empatia de forma mais eficaz. Este tipo de ferramenta tem-se mostrado útil na melhoria da satisfação dos pacientes e na redução dos níveis de stress entre os profissionais de saúde. O protocolo NURSE, pretende identicamente, que os profissionais de saúde respondam às emoções com empatia e por isso: a) reconheçam as emoções presentes nos pacientes; b) entendam e valorizem a situação pelo qual o outro está a passar; c) expressem preocupação e determinação em ajudar; d) explorar possíveis fontes de conflito, os valores por detrás das decisões tomadas e etc; e) e reconhecer e respeitar as emoções do paciente (VitalTalk, 2019). Além disso, o protocolo SPIKES é amplamente utilizado como um modelo estruturado para a comunicação de más notícias. Este modelo tem como propósito orientar o médico a preparar a consulta, através: a) revisão de registos clínicos e elaboração da listagem dos problemas atuais; b) transmissão de informação, clarificando o que sabem sobre a situação clínica atual e explorando o que desejam saber mais; c) transmitir informação médica, de forma sucinta e clara e aguardar feedback do paciente; d) apresentar uma linguagem de apoio, respondendo às emoções e ter a capacidade de antecipar alguma reação emocional às notícias recebidas e) e por fim, elaborar um resumo da sessão discutindo os próximos passos e o plano de seguimento (VitalTalk, 2019).

Assim, o aumento da consciencialização sobre a importância das competências relacionais levou à implementação de mais programas de formação, especialmente no âmbito

da oncologia e cuidados paliativos. Estudos indicam que a formação prática contínua em comunicação pode melhorar significativamente a confiança dos profissionais na gestão de situações de crise e no controlo emocional, resultando em interações mais eficazes com os pacientes (Kurtz et al., 2017).

4. Necessidades de formação dos Profissionais de Saúde

4.1 Classificação dos métodos de avaliação das necessidades

De acordo com Grant (2002), a avaliação das necessidades de aprendizagem entre os profissionais de saúde é frequentemente realizada através de métodos formais, como questionários e entrevistas estruturadas. No entanto, também abrange uma ampla variedade de métodos informais, que surgem naturalmente do exercício da prática clínica. Estes métodos informais, como reflexões sobre experiências clínicas ou observações em tempo real, têm um valor significativo que não deve ser subestimado, mesmo que não se enquadrem nos moldes tradicionais de investigação. A combinação de métodos formais e informais pode constituir uma abordagem abrangente e eficaz, desde que exista um propósito claro na sua aplicação.

Os métodos de avaliação de necessidades podem ser classificados em sete tipos principais, que assumem diversas formas na prática (Grant, 2002): a) análise de lacunas ou discrepâncias – envolve uma comparação entre o desempenho real e competências previamente definidas, utilizando a autoavaliação, avaliação por pares ou testes, para posteriormente planear atividades educativas em concordância com as necessidades identificadas; b) reflexão sobre ação e na ação – faz parte da aprendizagem experiencial. A reflexão “sobre a ação” refere-se à revisão de uma ação passada, com ou sem estímulos externos (como gravações em vídeo ou áudio), para identificar o que foi realizado e o que pode ser melhorado. A reflexão “na ação” refere-se à análise do desempenho durante a execução de uma tarefa, registando os pontos fortes e fracos à medida que são identificados; c) Autoavaliação através de diários, revistas, registos e revisões semanais – este método, uma extensão da reflexão, implica a manutenção de registos escritos das experiências. Estes registos são geralmente realizados pouco antes da sua revisão, em vez de imediatamente após a atividade; d) revisão por pares – envolve uma avaliação de práticas por outros profissionais de saúde, fornecendo feedback e orientando estratégias de formação, treino ou mudanças organizacionais para melhorar o desempenho. Existem cinco tipos de revisão por pares: interna, externa, informal, multidisciplinar e avaliação profissional. A avaliação profissional é mais formal, onde os colegas nomeados completam formulários de

avaliação, medindo validade e fiabilidade; e) Observação – ocorre em ambientes formais, nos quais os profissionais de saúde são observados enquanto executam as suas tarefas diárias. A avaliação pode ser realizada por um observador, utilizando critérios pré-definidos, ou de maneira mais informal. Os resultados são planeados para identificar necessidades de aprendizagem. O observador pode ser um colega, um superior ou uma pessoa imparcial, desde que seja objetivo e especializado na área; f) revisão de incidentes críticos e auditoria de eventos significativos – este método é frequentemente utilizado para identificar competências profissionais e garantir a qualidade, mas também pode ser aplicado individualmente para identificar necessidades de aprendizagem. Os profissionais registaram um incidente semanalmente em que acreditam que o seu desempenho poderia ter sido melhor. Este incidente é então analisado em termos de contexto, o que ocorreu, o resultado e os fatores que se desenvolveram para o desempenho insatisfatório; g) revisão prática – consiste numa análise de rotinas, gráficos, prescrições, sessões e referências. Este método permite identificar necessidades de aprendizagem, especialmente quando o objetivo é analisar tanto os sucessos quanto as áreas a melhorar.

4.2 Importância de avaliar as necessidades formativas

A aprendizagem com base nas necessidades formativas detetadas é essencial para o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde, beneficiando tanto o indivíduo quanto o sistema de saúde. Identificar lacunas específicas em competências e conhecimentos permite personalizar a formação, resultando em melhorias significativas no desempenho clínico e na tomada de decisões. O que promove uma prática mais segura e eficiente, reduzindo erros e aumentando a confiança do profissional (Grant, 2002; Salum & Prado, 2014).

Segundo Grant (2002), a avaliação das necessidades formativas deve servir para orientar o plano educacional sem limitar a aprendizagem a outros métodos específicos. Os profissionais de saúde aprendem continuamente através da sua prática, recorrendo a múltiplos métodos de aprendizagem baseados nas suas necessidades específicas e nos problemas clínicos que enfrentam. Não existe uma solução única para todas as necessidades formativas, sendo crucial refletir e formalizar a aprendizagem que emerge da prática clínica. Assim, o plano educacional deve combinar métodos formais e informais, integrando-os na rotina dos profissionais. Algumas das estratégias de aprendizagem baseadas na prática clínica incluem: atender pacientes, adquirir conhecimento e experiência pessoal, ouvir informações provenientes

de especialistas, observar o trabalho de profissionais experientes, discussão e supervisão de casos clínicos.

Cantillon e Jones (1999) destacam que a formação contínua e personalizada pode melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, especialmente ao nível da tomada de decisões clínicas. Assim, a formação direcionada para as necessidades reais contribui para uma maior eficácia na gestão de casos clínicos complexos, permitindo respostas mais rápidas e adequadas em situações críticas.

Além disso, a aprendizagem contínua com base nas necessidades detetadas tem um impacto positivo no bem-estar e satisfação dos profissionais de saúde. Ao direcionar a formação para áreas de carência, reduz-se o stress e o *burnout*, criando um ambiente de trabalho mais equilibrado e gratificante (West et al., 2016). Quando os profissionais se sentem mais capacitados e apoiados, apresentam um melhor desempenho e satisfação no trabalho, o que, por sua vez, beneficia os resultados dos pacientes e a sustentabilidade do sistema de saúde (West et al., 2016).

Em suma, a deteção e a resposta às necessidades formativas são essenciais para o desenvolvimento de profissionais de saúde mais competentes, seguros e satisfeitos, resultando num impacto positivo direto na qualidade dos cuidados prestados e na eficiência do sistema de saúde como um todo.

4.3 Riscos de basear o processo educativo apenas na avaliação das necessidades formativas

Basear o processo educativo exclusivamente na avaliação das necessidades formativas pode acarretar vários riscos, especialmente no contexto dos profissionais de saúde. Embora esta abordagem seja essencial para identificar lacunas em determinadas competências, restringe a formação (Grant, 2002).

Ao centrar-se apenas nas necessidades detetadas, corre-se o risco de ignorar a importância da aprendizagem contínua, essencial para que os profissionais de saúde desenvolvam uma capacidade de resolução de problemas mais independente e adaptem os seus conhecimentos a situações imprevistas (Billett, 2016). Além disso, a sobrevalorização de métodos de autoavaliação pode distorcer a perceção das próprias competências, levando a formações desnecessárias ou insuficientes em áreas críticas. Estudos indicam que a autoavaliação nem sempre é precisa, comprometendo a identificação real das necessidades formativas (Eva & Regehr, 2008).

Outro risco é o foco exclusivo em competências mensuráveis, o que pode negligenciar o desenvolvimento de competências interpessoais e cognitivas, como o pensamento crítico e a gestão emocional, essenciais para lidar com a incerteza e o estresse na prática clínica (Epstein & Hundert, 2002). Estas competências, muitas vezes não captadas em avaliações formais, são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade.

Finalmente, focar-se exclusivamente nas necessidades específicas pode inibir a inovação e a criatividade no processo educativo, limitando o desenvolvimento a áreas já conhecidas, sem explorar novas fronteiras de conhecimento e habilidades. Assim, uma abordagem equilibrada, que combina a avaliação das necessidades com a aprendizagem contínua e autodirigida, é crucial para o desenvolvimento sustentável dos profissionais de saúde. (Grant, 2002; Yardley et al., 2012)

4.4 Necessidades de formação no Luto dos profissionais de saúde

A formação dos profissionais de saúde na área do luto revela-se muitas vezes insuficiente, resultando em consequências negativas tanto no suporte aos pacientes e familiares, como no próprio bem-estar dos profissionais. Embora a morte, seja uma experiência inerente à prática clínica, continua a ser um tema negligenciado na formação académica das diversas áreas da saúde (e.g. medicina, enfermagem, psicologia, serviço social). Estudos indicam que a formação universitária na área da saúde tende a valorizar a aprendizagem de competências técnicas, enquanto os aspetos emocionais e humanistas, como a gestão do luto, são minimizados (Kovács, 2008; Esplen et al., 2022). Essa ausência de preparação adequada pode levar ao sofrimento psicológico dos profissionais, afetando a sua capacidade de lidar com a morte de forma eficaz e empática (Curtis et al., 2023).

A formação académica em medicina é tradicionalmente focada na abordagem técnico-científica da doença, tendo sido colocada de lado a preparação emocional necessária para enfrentar a morte e o luto. Estudos recentes indicam que a maioria dos médicos se sentem mal preparados para lidar com o processo de fim de vida, o que dificulta a comunicação com pacientes e familiares e a tomada de decisões adequadas sobre cuidados preventivos para pacientes terminais (Brooks et al., 2017). Podendo muitas vezes levar ao uso excessivo de intervenções invasivas que prolongam o sofrimento do paciente desnecessariamente (Brooks et al., 2017). Inclusive, em especialidades como oncologia, cuidados intensivos e paliativos, os médicos enfrentam dilemas éticos sobre o excesso de intervenção terapêutica. Além disso,

devido à cultura média que frequentemente privilegia a cura e a intervenção técnica, muitos médicos acabam por interpretar a morte dos seus pacientes como um reflexo direto da sua própria incapacidade, associando-a ao fracasso profissional (Granek et al., 2012). Esse sentimento de culpa e inaptidão é especialmente prevalente quando os profissionais não possuem a formação necessária para reconhecer que a morte é, em muitos casos, um processo natural e inevitável, e não o resultado de uma falha técnica ou de competência (Granek et al., 2012). Inclusive, a associação feita pelos médicos de que a morte de um paciente se deve ao seu insucesso, pode provocar a médio-longo prazo, um esgotamento ou levar a uma exaustão emocional (Durall, 2011). Aliás, médicos que não receberam formação específica sobre o a temática da morte e do luto apresentam uma maior probabilidade de lidar de forma menos saudável com a morte dos seus pacientes, internalizando-a como uma falha pessoal. Esse processo é exacerbado pela falta de suporte institucional e de programas de formação que abordem o luto de forma sistemática e empática (Durall, 2011).

A formação académica em enfermagem, em muito se assemelha à de medicina. Por sua vez, os enfermeiros passam frequentemente mais tempo com pacientes em fase terminal, também são afetados pelas insuficiências de formação específica no luto (Subih et al., 2022). Os enfermeiros relatam uma grande dificuldade em apoiar emocionalmente os pacientes e familiares em momentos de perda, o que contribui para altos níveis de *burnout* e fadiga por compaixão (Adwan et al., 2014). Assim, a falta de formação mais adequada faz com que os enfermeiros adotem uma abordagem de distanciamento em relação à morte, o que impede a criação de um ambiente empático e reconfortante para os enlutados (Gerow et al., 2010).

Na área da psicologia, embora os profissionais lidem diretamente com o apoio emocional, muitos também se deparam com a ausência de uma formação aprofundada sobre os diferentes tipos de luto, as reações psicossociais associadas à perda, o processo de morte, entre outros (Brown et al., 2024). A formação no luto na psicologia tende a ser de carácter mais teórico, com pouca ênfase nas competências práticas de intervenção, o que limita a eficácia dos psicólogos em ajudar os enlutados a gerir o sofrimento de forma saudável (Brown et al., 2024). O estudo de Thompson et al., (2021), destaca a importância de integrar a formação no luto nos programas de psicologia de forma permanente e não apenas opcional, de modo a preparar os profissionais para responder de forma mais eficaz aos desafios emocionais e comportamentais que acompanham a perda.

Algo idêntico sucede, na área do serviço social, dado que as assistentes sociais frequentemente desempenham um papel vital no apoio a famílias vulneráveis, também carecem

de formação no luto. Estudos recentes indicam que as assistentes sociais envolvidas em cuidados de fim de vida relatam sentir-se mal preparados para enfrentar situações de fim de vida, e fornecer algum apoio emocional (Csikai & Raymer, 2005). A ausência de competências formais para lidar com o impacto da perda limita a sua capacidade de ajudar as famílias a encontrar os recursos e o suporte emocional necessários durante o processo de doença e após a morte, resultando numa assistência menos eficiente.

Assim, é possível verificar que estes profissionais de saúde, sendo dos principais constituintes das equipas de saúde se encontram com algumas deficiências na sua formação no luto, não só ao longo do seu percurso académico como também ao nível de cursos e formações extra, dado que existe uma baixa oferta educativa nesse âmbito. Por sua vez, de acordo com Herndon et al., 2003 tem se constatado um crescente interesse por parte dos profissionais de saúde para o investimento na formação do luto.

Para além dos aspetos técnicos, é fundamental que os profissionais de saúde recebam formação em aspetos emocionais e psicológicos relacionados com o luto, como a escuta ativa, empatia e o apoio emocional aos pacientes e suas famílias. Sublinha-se também a importância de os profissionais estarem preparados para validar os sentimentos dos enlutados, proporcionando-lhes conforto emocional e ajudando-os a gerir a dor e o sofrimento associados à perda. Contudo, a falta de preparação psicológica leva muitos profissionais a evitar discussões sobre o luto, perpetuando uma abordagem desumanizada em situações de fim de vida. (Breen et al., 2013)

A formação em cuidados paliativos surge como uma das áreas onde as lacunas na formação sobre o luto são mais evidentes. Estudos sugerem que a integração de cuidados paliativos nos currículos dos cursos de saúde é insuficiente, o que impede os profissionais de desenvolverem as competências para oferecer cuidados humanizados no final da vida. Fitzpatrick et al., (2017) destacam que uma formação adequada em cuidados paliativos, que inclua o apoio psicológico aos enlutados, pode ajudar a prevenir o luto complicado e reduzir o impacto emocional sobre os profissionais de saúde. A introdução de programas de formação contínua, que abordem a forma sistemática os desafios emocionais do luto, é vista como uma necessidade urgente na educação de profissionais de saúde (Fitzpatrick et al., 2017).

Essa lacuna formativa aponta para a necessidade urgente de desenvolver programas estruturados que preparem os profissionais de saúde não apenas para o atendimento técnico,

mas também para enfrentar o impacto emocional e psicológico do luto, tanto para os pacientes como para suas próprias vidas profissionais e pessoais.

5. Objetivo do estudo

A formação sobre cuidados no fim da vida é crucial para fornecer suporte psicológico adequado aos profissionais de saúde, permitindo-lhes lidar com as complexidades emocionais e éticas inerentes a essas situações. Estudos indicam que uma formação adequada não só melhora a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e suas famílias, como também proporciona um ambiente de trabalho mais saudável e esmagador para os profissionais. Em contextos de luto, os profissionais enfrentam uma carga emocional significativa que, se não for devidamente gerida, pode levar ao esgotamento, ao *burnout* e, conseqüentemente, a uma diminuição na qualidade dos cuidados prestados. (Andrade & Barbosa, 2007; Ferguson et al., 2021; Ravaldi et al., 2023; Redinbaugh et al., 2003)

A avaliação prévia das necessidades formativas dos profissionais é um passo fundamental para garantir que os programas de formação sejam relevantes e eficazes. Ao avaliar as áreas em que os profissionais se sentem menos preparados ou têm mais dúvidas, é possível direcionar as intervenções formativas de forma mais assertiva, maximizando seu impacto. Contudo, do nosso conhecimento, não existe um instrumento específico que avalie as necessidades formativas dos profissionais de saúde no que diz respeito ao luto. Essa lacuna na literatura e na prática clínica evidencia uma necessidade urgente de pesquisa nesta área.

Além disso, a ausência de um instrumento de avaliação das necessidades de formação no Luto limita a capacidade das instituições de saúde em implementar programas de formação que realmente atendam às exigências dos seus profissionais. A falta de um instrumento validado significa que as instituições podem estar a investir em formações que não abordam as questões mais críticas enfrentadas pelos seus colaboradores. Dessa forma, o desenvolvimento e validação da ENFL não apenas preencheu essa lacuna, mas também contribuiu para um avanço significativo na formação de profissionais de saúde que atuam em contextos de luto.

Assim, este estudo propõe o desenvolvimento e validação da Escala de Avaliação das Necessidades Formativas no Luto (ENFL), que possibilitará uma compreensão mais profunda das necessidades formativas dos profissionais de saúde em relação ao luto.

Método

Participantes

A amostra é constituída por profissionais de saúde, selecionados através da técnica de amostragem bola de neve. Segundo Sousa et al., (2015), são necessários, no mínimo, 5 sujeitos por cada item da escala. Os critérios de inclusão considerados foram: ser profissional das áreas de medicina, enfermagem, psicologia ou serviço social; ter, no mínimo, 6 meses de experiência na prestação de cuidados em situações de doença crónica avançada, morte ou luto, em instituições públicas ou privadas; e estar atualmente ativo no mercado de trabalho.

Instrumentos

- Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL)

A escala composta por 32 itens, divididos em dois grupos. O grupo A, constituído por 10 itens, avalia as perceções e necessidades formativas dos profissionais de saúde face à problemática do luto, através do nível de concordância (1 – “Discordo Totalmente a 5 – “Concordo Extremamente”; NA – Não Aplicável). O grupo B, constituído por 22 itens, avalia as competências em que os profissionais de saúde se sentem mais confiantes na interação com pessoas em situação de perda e luto, através do nível de confiança (1 – “Nada Confiante” a 5 – “Extremamente Confiante”; NA – Não Aplicável). Alguns exemplos de itens são: item 1 “Considero importante a formação sobre o luto na minha prática clínica.”, item 2 “Sinto-me satisfeito/a com a formação académica/profissional que recebi sobre o luto.” – Grupo A; item 2 “Gerir de forma empáticas as emoções.”, item 3 “Gerir situações de crise.”, item 14 “Apoiar no luto por perda de filhos.” e etc. Pontuações mais elevadas no Grupo A indicam maior motivação e preparação para investir em formações sobre o luto, enquanto no Grupo B indicam maior confiança na execução de determinadas competências.

- Questionário Sociodemográfico

Avalia as seguintes variáveis como idade, sexo, estado civil, profissão, tempo de exercício profissional, tempo de serviço profissional no atual local trabalho, habilitações profissionais atuais, instituição e serviço atual, mortalidade do serviço (número de mortes por mês, em média).

- Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP)

Desenvolvida e validada por Gama et al., (2011), a escala SLP tem como objetivo avaliar a intensidade do “luto insulado” nos profissionais de saúde que já sofreram muitas perdas no local de trabalho. A escala é constituída por 15 itens, avaliados numa escala Likert de 5 pontos (1- “Discordo fortemente” a 5- “Concordo fortemente”). Alguns exemplos de itens são: item 1 “Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos”, item 2 “Sinto que estou a perder a minha liberdade” e etc. Pontuações mais elevadas indicam uma maior sobrecarga de luto profissional. Apresenta um alfa cronbach de 0.81, indicando boa consistência interna. (Anexo A)

- *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)*

Desenvolvida e validada originalmente por Maslach et al., (1996). A versão portuguesa foi traduzida e validada por Vicente et al., (2013), é um instrumento de autoavaliação que visa compreender quais são os desafios emocionais enfrentados pelos profissionais de saúde. A escala é composta por 18 itens referentes a sentimentos e emoções, avaliados numa escala Likert de 7 pontos (0- “Nunca” [Nenhuma vez] a 6- “Sempre” [Todos os dias]). Alguns exemplos de itens são: item 1 “Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho”, item 2 “No fim do dia de trabalho sinto-me exausto” e etc.

A escala divide-se em 3 subescalas, de acordo com o Modelo Teórico do *Burnout*, de Maslach: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. A subescala de exaustão emocional, avalia os sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade e dificuldade de responder às exigências socio-emocionais da profissão. A subescala da despersonalização avalia as respostas de indiferença e impessoais que os profissionais de a saúde dão aos utentes a quem prestam serviços. Por fim, a subescala de realização pessoal avalia quais são os sentimentos de competência e de realização pessoal dos profissionais de saúde no local de trabalho.

Pontuações baixas na exaustão emocional e despersonalização e elevadas na realização pessoal, revelam baixos níveis de *burnout*. Pontuações elevadas na exaustão emocional e despersonalização e baixas na realização pessoal, revelam altos níveis de *burnout*. Apresenta um alfa de cronbach de 0.75, indicando boa consistência interna. (Anexo B)

- *Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)*

Desenvolvida e validada originalmente por Wong et al., (1994). A versão portuguesa foi traduzida e validada por Jesus (2010), é um instrumento de autorrelato que operacionaliza os conceitos logoterapêuticos propostos por Frankl. A escala é composta por 32 itens, avaliados

numa escala de Likert de 7 pontos (1- “Discordo muitíssimo” a 7- “Concordo muitíssimo”). Alguns exemplos de itens são: item 1 “A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível”, item 2 “Perspetivar a própria morte gera-me ansiedade” e etc. A escala inclui 5 dimensões: medo, evitamento, neutralidade, aceitação como aproximação e aceitação como escape. Os valores da consistência interna variam entre 0.64 e 0.91, considerados satisfatórios. (Anexo C)

Procedimento

Inicialmente, o projeto foi submetido e aprovado pela comissão de ética do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), posteriormente procedeu-se à elaboração e aplicação da escala.

Os itens do instrumento foram elaborados através do método dedutivo, ou seja, com base na revisão de literatura existente sobre o tema. A primeira versão da escala composta por 29 itens (Grupo A – 12 itens, Grupo B – 17 itens), foi enviada para seis juízes especialistas na área do luto, que avaliaram todos os itens quanto à sua clareza e adequação, numa escala de 1 (“Nada”) a 5 (“Extremamente”), utilizando o Método Delphi. O ponto de corte estabelecido foi 4, resultando na inclusão de todos os itens.

A segunda versão da escala foi aplicada a cinco profissionais de saúde (2 médicos, 2 enfermeiros e 1 psicóloga), para a realização de entrevistas cognitivas, que consistem em solicitar a cada participante que descreva o processo mental envolvido no fornecimento de cada resposta dada. Foram discutidos o entendimento dos itens, a clareza das instruções, e adequação das opções de resposta (e.g. “O que entende por este item?”, “Este item suscita-lhe alguma dúvida? Qual?”, “Tem alguma sugestão a dar?”, “Acha que os itens se adequam à sua prática clínica?”, “O que tem a dizer sobre as instruções dadas para cada grupo?”, “A forma de mensuração dos itens pareceu-lhe adequada?”, “A divisão em 2 grupos de acordo com os diferentes temas, pareceu-lhe adequada?” e “O que acha da quantidade dos itens apresentados?”) e todo este processo foi repetido até o tema estar saturado, ou até deixarem de surgir novos insights. Nesta segunda fase, foram excluídos do grupo A dois itens: “Sinto-me confiante em relação à forma como giro o luto dos doentes e familiares na minha prática clínica” e o item “Sinto-me confiante em relação à minha capacidade de entender os limites da minha intervenção com o doente e família”. Além disso, foram ainda acrescentados 5 itens no grupo B: item 6 “Distinguir entre respostas vivenciais normais e patológicas na adaptação à doença avançada”, item 8 “Reconhecer os limites da minha intervenção com o doente e família” item

16 “Identificar familiares em risco de luto complicado/patológico”, item 17 “Distinguir entre o luto normal e o luto complicado/patológico” e item 18 “Distinguir entre o luto complicado/patológico e depressão”. Resultando numa escala com um total de 32 itens (Grupo A – 10 itens, Grupo B – 22 itens). (Anexo D)

Após essas etapas, a versão final da escala foi aplicada a uma amostra de profissionais de saúde, respeitando o critério mínimo de cinco participantes por item da ENFL (Sousa et al., 2015). A amostra foi recrutada por meio de um questionário online, utilizando-se a amostragem não probabilística por bola neve. Após a leitura e concordância com o consentimento informado, o questionário era disponibilizado aos participantes. (Anexo E)

Análise dos dados

Com o intuito de avaliar a normalidade dos dados da escala ENFL, foi realizada uma análise da assimetria, da curtose e do valor p do teste de Shapiro-Wilk. A curtose é uma medida de forma e refere-se ao grau de achatamento ou “altura de uma distribuição de dados, em comparação com uma distribuição normal. A curtose ideal para uma distribuição normal é 0, sendo o desvio dessa referência útil para identificar o tipo de curtose. Distinguem-se três tipos principais: a) mesocúrtica, com valores iguais a zero; b) leptocúrtica, com valores superiores a zero; c) platicúrtica, com valores inferiores a zero.

A assimetria avalia a simetria de uma distribuição de dados, determinando se estes estão equilibrados em torno da média ou apresentam enviesamento. Numa distribuição perfeitamente simétrica, a assimetria é zero. Distinguem-se dois tipos principais: a) assimetria positiva, indicando valores extremos acima da média. b) assimetria negativa, revelando valores extremos abaixo da média.

O teste de Shapiro-Wilk foi selecionado devido à sua adequação para amostras de pequenas dimensões (geralmente até 50 casos) e amostras de tamanho médio (até 2000 casos), bem como pela sua elevada sensibilidade e precisão na detecção de desvios em relação à normalidade. Este teste permite avaliar a hipótese nula da normalidade, podendo ser rejeitada ou corroborada. Neste caso, a variável dependente do estudo, a Escala das Necessidades de Formação no Luto (ENFL), não apresenta distribuição normal ($p < 0.05$). Estes três tipos de análises são essenciais para avaliar a normalidades dos dados, assegurar a qualidade dos itens e orientar a escolha do teste estatístico mais adequado.

Apesar da Escala das Necessidades de Formação no Luto, não ter distribuição normal, é possível realizar ANOVAS para avaliar a diferença de médias entre as características sociodemográficas, devido ao Teorema do Limite Central (TLC), que permite a aproximação à normalidade em amostras grandes (geralmente acima de 30 a 50 participantes). Além disso, caso o Teste de Levene indique violação da homogeneidade das variâncias ($p < 0.05$), a correção de Welch pode ser aplicada para manter a robustez da ANOVA.

A imputação múltipla é uma técnica estatística utilizada para lidar com os dados em falta de forma eficiente e rigorosa, evitando os problemas que surgem ao ignorar ou excluir os casos com os valores em falta. Para a validação de um instrumento, a imputação múltipla é especialmente útil para garantir que a análise dos dados seja robusta e precisa, mesmo quando algumas respostas dos participantes estão ausentes. Neste caso, como a percentagem de dados em falta é inferior a 5%, não foi necessário realizar uma imputação múltipla dos dados (Gráfico 1) (Anexo F). Assim, recorreu-se a outra técnica de exclusão de dados em pares (pairwise deletion) para lidar com valores em falta (missings). Esta abordagem minimizou a perda de dados, mantendo o maior tamanho de amostra possível, o que é crucial para a robustez das análises.

A validade de um instrumento refere-se à capacidade deste para medir com precisão o constructo para o qual foi desenvolvido. No presente estudo, foram analisados vários tipos de validade: validade conteúdo, facial/aparente, convergente, divergente, constructo/fatorial.

A validade de conteúdo foi assegurada através do recurso a juízes especialistas na temática do luto, recorrendo ao Método Delphi, através da mensuração de cada item quanto à sua clareza e adequação, numa escala de 1 (“Nada”) a 5 (“Extremamente”). A validade facial/aparente foi avaliada junto dos profissionais de saúde através da realização de entrevistas cognitivas. Estas entrevistas tiveram como objetivo explorar o raciocínio por trás das respostas dadas, o processo continuou até o tema estar saturado.

A validade convergente foi avaliada utilizando o índice *Average Variance Extrated (AVE)*. Este índice permite verificar se os itens que compõem um determinado constructo (ou fator) estão correlacionados entre si, o que indica que medem efetivamente o mesmo conceito. Valores de AVE superiores a 0.50 indicam que uma grande parte da variância dos itens é explicada pelo construto comum, sugerindo uma boa validade convergente. A validade divergente foi avaliada utilizando o índice *Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)*, que mede se os itens de um constructo (ou fator) são distintos dos itens de outros constructos. Valores de

HTMT inferiores a 0.85/0.90 indicam que os constructos são suficientemente diferentes entre si, o que é um sinal de boa validade divergente.

A validade de constructo ou fatorial foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória (AFE), uma vez que esta é a primeira vez que a estrutura fatorial da ENFL é testada. O teste de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) foi utilizado para verificar se as correlações entre as variáveis eram suficientemente elevadas para justificar a aplicação da análise fatorial. Valores de KMO superiores a 0.60 foram considerados razoáveis, sendo que valores mais próximos de 1 indicam uma maior adequação da análise fatorial. Adicionalmente, o teste de Esfericidade de Bartlett foi utilizado para confirmar se a matriz de correlação era significativamente diferente da matriz identidade, onde as correlações seriam zero. Um valor de p-value inferior a 0.05 indica que existem correlações suficientes entre as variáveis para proceder à análise fatorial.

Como método de extração fatorial, realizou-se uma rotação oblíqua através do método promax, que permite que os fatores estejam correlacionados entre si, facilitando a interpretação dos mesmos e garantindo que os itens se agrupem de forma coerente. Este método fornece uma representação mais realista das relações subjacentes entre os fatores, permitindo uma análise mais fidedigna da complexidade dos dados.

Para determinar o número de fatores a reter, foi realizada uma análise paralela baseada na principal componente, comparando os autovalores (eigenvalues) obtidos na análise real com autovalores resultantes de simulações de dados aleatórios. Apenas os fatores cujos autovalores reais eram mais elevados que os autovalores simulados (autovalores reais > autovalores simulados) é que foram retidos. A interpretação de cada fator foi baseada em itens com cargas fatoriais superiores a 0.40, dado que é uma correlação suficientemente forte entre os itens e o fator correspondente, permitindo definir com clareza a estrutura fatorial do instrumento.

Para estimar as correlações entre variáveis categóricas subjacentes contínuas, foram utilizadas as matrizes de correlação policórica e tetracórica, sendo a primeira indicada para variáveis ordinais e a segunda para variáveis dicotómicas. Estas matrizes fornecem uma estimativa mais precisa das correlações entre os itens, o que é crucial para instrumentos psicológicos que utilizam escalas ordinais (e.g. Likert).

A fiabilidade do instrumento foi avaliada para assegurar a consistência e replicabilidade dos resultados. Para tal, foi utilizada a consistência interna, medida através do Alfa de Cronbach. Este coeficiente indica o grau de correlação entre os itens de uma escala, sendo que valores inferiores a 0.60 sugerem uma falta de consistência interna. A avaliação deste

parâmetro é fundamental para garantir que os itens de cada dimensão do instrumento estão a medir de forma coerente o mesmo conceito teórico.

Para a análise dos parâmetros estatísticos descritos, foi utilizado o software Jeffrey's Amazing Statistics Program (JASP).

Aspetos Éticos

Os participantes tiveram de ler e concordar com o consentimento informado para preencher o questionário online. Este documento assegurava a confidencialidade e o anonimato dos dados, além de informar que a participação era voluntária e poderia ser interrompida a qualquer momento, sem consequências.

Os ficheiros com os dados pessoais dos participantes foram guardados separadamente das respostas aos questionários, em documentos protegidos por senha, acessíveis apenas aos membros equipa de investigação responsáveis pelo contacto com participantes. Os dados anonimizados serão conservados por período máximo de um ano após a recolha, para eventuais análises e revisões.

Para evitar sobrecarregar os profissionais de saúde, foram utilizados o mínimo de questionários possível. Prevê-se que, apesar da temática do luto ser sensível, o preenchimento das escalas não trará danos psicológicos para os participantes. No entanto, em caso de necessidade de intervenção, os profissionais de saúde poderão usufruir das seguintes possibilidades: (a) encaminhamento para o Serviço de Saúde Ocupacional do hospital; (b) contactos de linhas de apoio emocional/psicológico; (c) consulta com o médico de família para lhes ser fornecida uma referência para acompanhamento psicológico.

Todas as regras de Conduta de Ética e de Boas Práticas serão acauteladas para que sejam cumpridos os preceitos da Declaração de Helsínquia, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, as orientações do Council for International Organizations of Medical Sciences, o Guia das Boas Práticas Clínicas, a Lei nº 67/98 de 26/10 - Lei da Proteção de Dados Pessoais, a Lei nº 103/2015 de 24/08 - 1ª alteração à Lei nº 67/98 de 26/10, a Lei nº 21/2014 de 16/04 – Lei de Investigação Clínica e a Lei 73/2015 de 27/07 – 1ª alteração à Lei 21/2014 de 16/04

Resultados

1. Estatística descritiva

1.1 Caracterização da amostra

A amostra de profissionais de saúde recolhida através do questionário online incluiu um total de 316 respostas, das quais apenas 221 (69,94%) foram consideradas elegíveis. Para serem incluídos, os participantes deveriam ter respondido a pelo menos 75% do questionário.

Os participantes são maioritariamente do sexo feminino ($n = 207$; 93, 7%). Quanto ao estado civil, a maioria dos profissionais de saúde encontram-se casados ($n = 94$; 42,5%); 28,9% ($n = 64$) são solteiros; 15,8% ($n = 35$) vivem em união de facto; 11,3% ($n = 25$) estão divorciados; e 1,3% ($n = 3$) são viúvos. No que diz respeito à profissão, dos 221 profissionais de saúde, 63,3% ($n = 140$) são enfermeiros; 23,5% ($n = 52$) são psicólogos; 10,8% ($n = 34$) são médicos; e 2,2% ($n = 5$) assistentes sociais. Relativamente às habilitações profissionais, a maioria dos profissionais possui uma licenciatura ($n = 116$; 52,4%); 43,4% ($n = 96$) têm mestrado; 2,6% ($n = 5$) possuem bacharelato; e 1,8% ($n = 4$) dos profissionais de saúde têm doutoramento (Tabela 1). Dos 37 serviços/especialidades onde os profissionais de saúde exercem funções, os que possuem maior representatividade são: os Cuidados Paliativos ($n = 43$; 19,46%), Pediatria ($n = 18$; 8,14%), Medicina Interna ($n = 15$; 6,79%), Gastroenterologia ($n = 12$; 5,43%), Cuidados Intensivos ($n = 11$; 4,98) e Oncologia ($n = 10$; 4,52) (Tabela 2). Das 34 instituições onde os profissionais de saúde exercem funções, os que possuem maior representatividade são: ULS Santa Maria ($n = 52$; 23,5%), ULS Almada Seixal ($n = 42$; 19%), Restantes Instituições Privadas ($n = 24$; 10,86%) e as Restantes Instituições Públicas ($n = 10$; 4,52%) (Tabela 3).

Tabela 1.

Caracterização Sociodemográfica

Amostra (n=221)

	N	%
Sexo		
Feminino	207	93.7
Masculino	14	6.3
Estado Civil		
Solteiro (a)	64	28.9
União de facto	35	15.8
Casado (a)	94	42.5
Divorciado (a)	25	11.3
Viúvo (a)	3	1.3
Profissão		
Médico (a)	34	10.8
Enfermeiro (a)	140	63.3
Psicólogo (a)	52	23.5
Assistente Social	5	2.2
Habilitações Profissionais		
Bacharelato	5	2.6
Licenciatura	116	52.4
Mestrado	96	43.4
Doutoramento	4	1.8

Tabela 2.

Frequência e percentagem do serviço/especialidade onde exerce funções

Q8 - Serviço /Especialidade onde exerce funções

Q8 - Serviço /Especialidade onde exerce funções	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pedopsiquiatria	3	1.357	1.500	1.500
Gastroenterologia	12	5.430	6.000	7.500
Cuidados Paliativos	43	19.457	21.500	29.000
Cuidados Intensivos	11	4.977	5.500	34.500
Psiquiatria	4	1.810	2.000	36.500
Pediatria	18	8.145	9.000	45.500
Oncologia	10	4.525	5.000	50.500
Medicina Interna	15	6.787	7.500	58.000
Infeciologia	2	0.905	1.000	59.000
Cirurgia Geral	7	3.167	3.500	62.500
Cirurgia CórdioTorácica	4	1.810	2.000	64.500
Cirurgia Vascular	3	1.357	1.500	66.000
Hematologia	3	1.357	1.500	67.500
Pneumologia	2	0.905	1.000	68.500
Neonatologia	3	1.357	1.500	70.000
Ginecologia e Obstetrícia	9	4.072	4.500	74.500
Endocrinologia	1	0.452	0.500	75.000

Q8 - Serviço /Especialidade onde exerce funções

Q8 - Serviço /Especialidade onde exerce funções	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ortopedia	2	0.905	1.000	76.000
Cardiologia	3	1.357	1.500	77.500
Neurocirurgia	2	0.905	1.000	78.500
Imunohemoterapia	2	0.905	1.000	79.500
Cuidados Continuados	7	3.167	3.500	83.000
Cirurgia Plástica	1	0.452	0.500	83.500
Ambulatório	1	0.452	0.500	84.000
Comportamentos Aditivos e Dependências	1	0.452	0.500	84.500
Medicina da Dor	1	0.452	0.500	85.000
Serviço Ocupacional	1	0.452	0.500	85.500
Direção Enfermagem	2	0.905	1.000	86.500
Urgência Geral	2	0.905	1.000	87.500
Urgência Pediátrica	2	0.905	1.000	88.500
Psicologia Clínica	8	3.620	4.000	92.500
Psicologia Organizacional	1	0.452	0.500	93.000
Urgência Médico Cirúrgica	1	0.452	0.500	93.500
Medicina Física e da Reabilitação	1	0.452	0.500	94.000
Medicina Geral e Familiar	4	1.810	2.000	96.000
Cuidados de Saúde Primários	7	3.167	3.500	99.500
Serviço Social	1	0.452	0.500	100.000
Missing	21	9.502		
Total	221	100.000		

Tabela 3.

Frequência e percentagem da instituição onde exerce funções

Q10 - Instituição onde exerce funções

Q10 - Instituição onde exerce funções	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ULS Lisboa Ocidental	2	0.905	0.943	0.943
ULS Santa Maria	52	23.529	24.528	25.472
ULS Almada Seixal	42	19.005	19.811	45.283
IPO Lisboa	3	1.357	1.415	46.698
IPO Porto	2	0.905	0.943	47.642
IPO Coimbra	1	0.452	0.472	48.113
ULS São José	4	1.810	1.887	50.000
Restantes Instituições Privadas	24	10.860	11.321	61.321
ULS Amadora Sintra	5	2.262	2.358	63.679

Q10 - Instituição onde exerce funções

Q10 - Instituição onde exerce funções	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ULS Arrábida	8	3.620	3.774	67.453
Restantes Instituições Públicas	10	4.525	4.717	72.170
ULS Baixo Mondego	1	0.452	0.472	72.642
ULS Algarve	8	3.620	3.774	76.415
ULS Loures Odivelas	6	2.715	2.830	79.245
Hospital do Mar	4	1.810	1.887	81.132
Hospital Central do Funchal	2	0.905	0.943	82.075
ULS Oeste	3	1.357	1.415	83.491
ULS Alto Minho	3	1.357	1.415	84.906
ULS Litoral Alentejano	1	0.452	0.472	85.377
ULS Baixo Alentejo	1	0.452	0.472	85.849
ULS São João	5	2.262	2.358	88.208
ULS Gaia Espinho	1	0.452	0.472	88.679
ULS Santo António	5	2.262	2.358	91.038
ULS Matosinhos	2	0.905	0.943	91.981
ULS Arco Ribeirinho	1	0.452	0.472	92.453
Centro Hospitalar Baixo Vouga	1	0.452	0.472	92.925
ULS Viseu Dão Lafões	1	0.452	0.472	93.396
ULS Nordeste	1	0.452	0.472	93.868
ULS Coimbra	4	1.810	1.887	95.755
ULS Braga	1	0.452	0.472	96.226
CUF Lisboa	4	1.810	1.887	98.113
Hospital da Luz Lisboa	2	0.905	0.943	99.057
Hospital Lusíadas Lisboa	1	0.452	0.472	99.528
CUF Santarém	1	0.452	0.472	100.000
Missing	9	4.072		
Total	221	100.000		

Os profissionais de saúde apresentam uma média de idades de 43,55, com um desvio padrão de 11,38 e uma amplitude varia entre os 23 anos e os 66 anos. O tempo de exercício profissional (em anos) tem uma média de 19,38, um desvio padrão de 11,44 e uma amplitude que varia entre 1 ano e 48 anos de experiência profissional. E o tempo de serviço no atual local de trabalho (em anos), tem uma média de 10,72, com um desvio padrão 9,41 e uma amplitude que varia entre 1 e 48 anos de serviço no atual local de trabalho (Tabela 4).

Tabela 4.

Média, desvio padrão e amplitude das variáveis idade, tempo de exercício profissional e tempo de serviço no atual local de trabalho

Descriptive Statistics

	Q1 Idade	-	Q5 - Tempo Profissional (anos)	Tempo Exercício	Q6 - Tempo de serviço no atual trabalho (em anos)
Valid	221		221		221
Missing	0		0		0
Mean	43.552		19.380		10.719
Std. Deviation	11.380		11.440		9.410
Minimum	23.000		1.000		1.000
Maximum	66.000		48.000		48.000

2. Validação da Escala de Avaliação das Necessidades Formativas no Luto (ENFL)

2.1 Análise da Normalidade

Com o objetivo de avaliar a normalidade dos dados da escala ENFL, foi realizada uma análise da assimetria, da curtose e do valor p do teste de Shapiro-Wilk.

Relativamente à assimetria, os resultados revelam que a maioria dos itens apresenta valores negativos, variando entre -3,051 e -0,0036, o que indica uma assimetria predominantemente negativa, com uma "cauda" mais longa à esquerda. Apenas oito itens apresentaram valores positivos, nomeadamente: 0,006 no item B9; 0,347 no item B11; 0,254 no item B12; 0,156 no item B14; 0,353 no item B15; 0,199 no item B18; 0,079 no item B19; e 0,064 nos itens B21 e B22, indicando uma leve assimetria positiva, com uma "cauda" mais longa à direita. Além disso, itens como A1 (-3,051), A3 (-1,208) e A5 (-1,253) exibem assimetrias negativas pronunciadas, enquanto os restantes itens, embora apresentem valores próximos de uma distribuição simétrica (próximos de zero), não cumprem integralmente os critérios de normalidade, evidenciando que a assimetria não se enquadra nos padrões de uma distribuição normal. (Anexo G)

Quanto à curtose, os resultados indicam que a maioria dos itens apresenta valores negativos, variando entre -0,801 e -0,073, o que reflete uma distribuição predominantemente platicúrtica, mais "achatada". Apenas sete itens apresentam valores positivos, nomeadamente: 11,673 no item A1; 0,891 no item A3; 1,618 no item A5; 0,080 no item B1; 0,110 no item B2; 0,006 no item B5; e 0,091 no item B8, apontando para uma distribuição leptocúrtica, mais

"pontaguda". Além disso, itens como A1 (11,673), A5 (1,618) que apresentam distribuições leptocúrtica mais elevadas, enquanto os restantes itens, embora se aproximem de uma distribuição simétrica (próximos de zero), não cumprem integralmente os critérios de normalidade, evidenciando que a curtose não se enquadra nos padrões de uma distribuição normal. (Anexo G)

Quanto ao valor p do teste de Shapiro-Wilk, este é inferior a 0,001 para todos os itens, o que implica a rejeição da hipótese nula da normalidade, o que implica que os dados não seguem uma distribuição normal. (Anexo G) Conclui-se, assim, que de acordo com a análise combinada da assimetria, da curtose e do teste de Shapiro-Wilk, as distribuições dos dados não cumprem os critérios de normalidade.

2.2 Análise Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada com o objetivo de identificar as dimensões subjacentes da escala ENFL, explorar as relações entre os itens e avaliar a validade estrutural do instrumento. Optou-se pela abordagem exploratória devido à inexistência de uma estrutura fatorial previamente definida para a escala, o que permitiu identificar fatores latentes que melhor representam os dados.

A adequação dos dados para a realização da AFE foi confirmada através do índice KMO e do teste de esfericidade de Bartlett. O índice KMO apresentou um valor total de 0.749, considerado um bom valor, o que indica que a matriz de correlações é adequada, permitindo que os fatores identificados expliquem eficazmente a variância comum entre as variáveis (Tabela 6) (Anexo H). O teste de Bartlett relevou um valor de $X^2 = 6782,084$ e um $p < 0.001$, o resultado é estatisticamente significativo. Isto implica que a matriz de correlações é diferente da matriz identidade (onde as correlações entre as variáveis são nulas), confirmando a existência de correlações significativas entre os itens (**Tabela 7**).

Tabela 6.

Teste KMO

Kaiser-Meyer-Olkin Test

	MSA
Overall MSA	0.749

Tabela 7.

Teste Bartlett's

Bartlett's Test

X^2	df	p
6782.084	435.000	< .001

Como método de extração fatorial, realizou-se uma rotação oblíqua através do método promax, com o objetivo de simplificar a interpretação da estrutura fatorial. Este método fornece uma representação mais realista das relações subjacentes entre os fatores, permitindo uma análise mais fidedigna da complexidade dos dados.

A retenção dos fatores foi baseada na análise paralela, que garante que os fatores retidos sejam estatisticamente significativos e não meramente reflexos de variâncias solicitadas, reforçando a robustez dos resultados. Verificou-se a retenção de 3 fatores, cujos autovalores reais foram superiores aos autovalores simulados: Fator 1, autovalor real – 14,405 > 1,752 – autovalor simulado; Fator 2, autovalor real – 3,315 > 1,647 – autovalor simulado; e Fator 3, autovalor real – 1,675 > 1,574 – autovalor simulado (Tabela 8) (Anexo I). Além disso, a AFE possui 3 fatores principais, sendo que o primeiro fator explica 25,6% da variância total, o segundo 49,9% e o terceiro 60,7%. Desta forma, a explicação de 60,7% da variância indica que a maior parte das relações entre as variáveis pode ser representada pelos fatores extraídos, facilitando a interpretação dos dados. Este valor demonstra, ainda, que os fatores identificados são indicados na captura da essência dos dados originais, apesar de uma parte da variância permanecer não explicada (Tabela 9) (Anexo I).

O primeiro fator foi denominado “Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte” e é composto por 13 itens: B20, B13, B15, B18, B17, B12, B22, B11, B14, B19, B21, B16 e A8. O segundo fator, designado “Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte” inclui 11 itens: B8, B7, B5, B9, B1, B4, B6, B3, B10, B2 e A9. Por último o terceiro fator, intitulado de “Motivação para a Formação no Luto”, é constituído por 6 itens: A3, A7, A5, A1, A6 e A4. A interpretação de cada fator foi baseada em itens com cargas fatoriais superiores a 0.40, o que de acordo com estas classificações foram excluídos dois itens: A2 e A10. O Fator 1 compreende cargas fatoriais entre 0,470 – 0,908, o Fator 2 entre 0,410 – 0,807 e o Fator 3 entre 0,467 – 0,795, evidenciando uma boa representatividade dos itens para os fatores indicados (Tabela 10).

Tabela 10.

ENFL com todas as cargas fatoriais e todos os 32 itens iniciais

Factor Loadings

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
ENFL_B_20	0.908	-0.109	0.067
ENFL_B_13	0.813	0.148	-0.007
ENFL_B_15	0.784	0.069	-0.100

Factor Loadings

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
ENFL_B_18	0.738	0.202	0.013
ENFL_B_17	0.697	0.252	-0.029
ENFL_B_12	0.684	-0.065	0.037
ENFL_B_22	0.680	0.023	0.071
ENFL_B_11	0.652	0.181	-0.063
ENFL_B_14	0.628	0.309	-0.151
ENFL_B_21	0.615	0.158	-0.002
ENFL_B_19	0.613	0.132	0.102
ENFL_B_16	0.569	0.369	-0.018
ENFL_A_8	0.470	-0.073	-0.009
ENFL_B_6	0.288	0.656	-0.053
ENFL_B_10	0.285	0.620	-0.008
ENFL_A_2	0.283	0.149	-0.163
ENFL_A_10	0.263	0.196	0.277
ENFL_A_4	0.258	-0.331	0.467
ENFL_A_7	-0.202	0.128	0.794
ENFL_A_5	-0.200	0.250	0.795
ENFL_A_9	0.176	0.410	0.094
ENFL_B_4	0.161	0.669	0.178
ENFL_B_2	0.127	0.588	0.123
ENFL_B_8	-0.121	0.865	-0.018
ENFL_B_5	0.109	0.776	-0.002
ENFL_B_3	0.106	0.651	0.059
ENFL_B_1	0.082	0.715	-0.003
ENFL_A_6	-0.053	0.201	0.694
ENFL_A_1	0.048	-0.048	0.692
ENFL_B_9	0.018	0.736	-0.081
ENFL_B_7	0.012	0.807	-0.028
ENFL_A_3	-0.008	-0.067	0.832

Note. Applied rotation method is promax.

2.3 Fiabilidade

A consistência interna de cada fator foi avaliada através do Alfa Cronbach (α). O Fator 1 apresentou uma consistência interna de $\alpha = 0.938$ para os 13 itens iniciais. Após a análise, o item A8 foi removido, o que resultou num aumento do α para 0.944 (Excelente). Assim, o Fator 1 – “Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte” passou a ser constituído por 12 itens: B20, B13, B15, B18, B17, B12, B22, B11, B14, B21, B19, B16, com coeficientes alfa variando entre os 0,935 e 0.944, o que confirma a robustez da consistência interna dos itens incluídos (Tabelas 11, 12 e 13).

Tabela 11.*Alfa Cronbach do Fator 1 – Inicialmente**Frequentist Scale Reliability Statistics*

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.938
95% CI lower bound	0.925
95% CI upper bound	0.949

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.**Tabela 12.***Fator 1 – Razão da exclusão do item A8**Frequentist Individual Item Reliability Statistics*

Item	If item dropped		mean	sd
	Cronbach's α	Item-rest correlation		
ENFL_B_20	0.931	0.763	3.486	0.976
ENFL_B_13	0.928	0.853	3.128	1.048
ENFL_B_15	0.932	0.742	2.401	1.028
ENFL_B_18	0.929	0.829	2.839	1.028
ENFL_B_17	0.929	0.822	3.083	1.026
ENFL_B_12	0.937	0.585	2.797	1.085
ENFL_B_22	0.934	0.673	2.944	1.059
ENFL_B_11	0.934	0.694	2.508	1.081
ENFL_B_14	0.931	0.766	2.679	1.144
ENFL_B_21	0.934	0.682	2.958	1.138
ENFL_B_19	0.934	0.688	2.935	1.032
ENFL_B_16	0.931	0.790	3.046	0.994
ENFL_A_8	0.944	0.346	2.967	1.011

Tabela 13.*Alfa Cronbach do Fator 1 – Após a exclusão do item A8**Frequentist Scale Reliability Statistics*

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.944

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
95% CI lower bound	0.932
95% CI upper bound	0.954

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.

O Fator 2 apresentou uma consistência interna de $\alpha = 0.926$ para os 11 itens iniciais. Após a análise, o item A9 foi removido, o que resultou num aumento do α para 0.927 (Excelente). Assim, o Fator 2 – “Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte” passou a ser constituído por 10 itens, sendo eles: B8, B7, B5, B9, B1, B6, B2, B3, B4, B10, com coeficientes alfa variando entre 0.916 e 0.927, reforçando a robustez da consistência interna dos itens selecionados (Tabelas 14, 15, e 16).

Tabelas 14.

Alfa Cronbach do Fator2 – Inicialmente

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.926
95% CI lower bound	0.910
95% CI upper bound	0.939

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.

Tabela 15.

Fator 2 – Razão da exclusão do item A9

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped			mean	sd
	Cronbach's α	Item-rest correlation			
ENFL_B_8	0.920	0.674		3.659	0.769
ENFL_B_7	0.918	0.725		3.369	0.939
ENFL_B_5	0.915	0.781		3.382	0.885
ENFL_B_9	0.921	0.656		3.121	0.885

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		mean	sd
	Cronbach's α	Item-rest correlation		
ENFL_B_1	0.918	0.713	3.218	0.896
ENFL_B_6	0.915	0.779	3.243	0.906
ENFL_A_9	0.927	0.522	3.535	0.898
ENFL_B_2	0.922	0.630	3.799	0.746
ENFL_B_3	0.920	0.675	3.380	0.820
ENFL_B_4	0.915	0.772	3.507	0.980
ENFL_B_10	0.916	0.757	3.468	0.948

Tabela 16.

Alfa Cronbach do Fator 2 – Após a exclusão do item A9

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.927
95% CI lower bound	0.912
95% CI upper bound	0.940

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.

O Fator 3 apresentou uma consistência interna de $\alpha = 0.771$ para os 6 itens iniciais. Após a análise, o item A4 foi removido, resultando num aumento do α para 0.783 (Aceitável). Consequentemente, o Fator 3 – “Motivação para a Formação no Luto” passou a ser constituído por 5 itens: A3, A5, A7, A6, A1, com coeficientes alfa variando entre 0.711 e 0.783, reforçando a robustez da consistência interna dos itens selecionados (Tabelas 17, 18, e 19).

Tabela 17.

Alfa Cronbach do Fator 3 – Inicialmente

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.771

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
95% CI lower bound	0.722
95% CI upper bound	0.813

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.

Tabela 18.

Fator 3 – Razão da exclusão do item A4

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped			
	Cronbach's α	Item-rest correlation	mean	sd
ENFL_A_3	0.722	0.607	4.505	0.679
ENFL_A_5	0.709	0.628	4.295	0.865
ENFL_A_7	0.714	0.617	4.303	0.786
ENFL_A_6	0.728	0.569	3.886	1.030
ENFL_A_1	0.756	0.495	4.712	0.646
ENFL_A_4	0.783	0.334	4.466	0.792

Tabela 19.

Alfa Cronbach do Fator 3 – Após exclusão do item A4

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.783
95% CI lower bound	0.736
95% CI upper bound	0.823

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.

Por fim, o coeficiente Alfa Cronbach total da Escala NFL é de 0.951 (Excelente). Após a exclusão dos itens A2 e A10 durante a Análise Fatorial Exploratória e dos itens A4, A8 e A9 durante a análise de fiabilidade, a escala passou a ser composta por 27 itens: B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21, B22, A1, A3, A5, A6 e A7.

Além disso, conforme apresentado na Tabela 20, as correlações item-total situam-se na sua maioria, acima de 0,651, indicando elevados níveis de correlação entre os itens e o total da escala, o que reforça a sua consistência interna. Itens com estas correlações são considerados bons discriminadores, captando eficazmente o construto a avaliado pela escala, isto é, as necessidades de formação no luto. Por outro lado, os itens A1, A3, A5, A6 e A7 apresentam correlações iguais ou inferiores a 0.221, revelando uma relação fraca com a totalidade da escala, o que indica uma capacidade discriminativa limitada, sugerindo que estes itens podem estar a captar variações não compatíveis com a construção global da escala, o que afeta a consistência interna. Contudo, optou-se por não excluir estes itens, dado que integram o Grupo A da ENFL, destinado a avaliar a motivação, disponibilidade e interesse para a formação no luto, distinguindo-se dos itens do Grupo B, que avaliam as competências em que os profissionais de saúde se sentem mais ou menos confiantes em realizar. A diferença temática entre os grupos, aliada à discrepância no número de itens, justifica as correlações mais baixas observadas no Grupo A. A exclusão desses itens resultaria num aumento pouco significativo do Alfa Cronbach, passando de 0.951 para 0.952. Dada a natureza mínima desta alteração e a relevância do Grupo A na avaliação do interesse e motivação para a formação, optou-se por manter, todos os itens, preservando a integridade do instrumento (Tabela 21).

Tabela 20.

Alfa Cronbach Total – Após a exclusão dos itens A2, A10, A8, A9, A4

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	Cronbach's α
Point estimate	0.951
95% CI lower bound	0.941
95% CI upper bound	0.959

Note. Of the observations, pairwise complete cases were used.

Tabela 21.

Alfas Cronbach da ENFL completa com os 27 itens finais

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		mean	sd
	Cronbach's α	Item-rest correlation		
ENFL_B_1	0.948	0.657	3.218	0.896

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		mean	sd
	Cronbach's α	Item-rest correlation		
ENFL_B_2	0.949	0.637	3.799	0.746
ENFL_B_3	0.949	0.652	3.380	0.820
ENFL_B_4	0.947	0.760	3.507	0.980
ENFL_B_5	0.948	0.734	3.382	0.885
ENFL_B_6	0.947	0.775	3.243	0.906
ENFL_B_7	0.948	0.675	3.369	0.939
ENFL_B_8	0.949	0.594	3.659	0.769
ENFL_B_9	0.949	0.599	3.121	0.885
ENFL_B_10	0.947	0.759	3.468	0.948
ENFL_B_11	0.948	0.680	2.508	1.081
ENFL_B_12	0.950	0.553	2.797	1.085
ENFL_B_13	0.947	0.827	3.128	1.048
ENFL_B_14	0.948	0.746	2.679	1.144
ENFL_B_15	0.948	0.695	2.401	1.028
ENFL_B_16	0.947	0.803	3.046	0.994
ENFL_B_17	0.947	0.807	3.083	1.026
ENFL_B_18	0.947	0.816	2.839	1.028
ENFL_B_19	0.948	0.693	2.935	1.032
ENFL_B_20	0.948	0.709	3.486	0.976
ENFL_B_21	0.948	0.664	2.958	1.138
ENFL_B_22	0.949	0.651	2.944	1.059
ENFL_A_1	0.952	0.224	4.712	0.646
ENFL_A_3	0.952	0.221	4.505	0.679
ENFL_A_5	0.952	0.317	4.295	0.865
ENFL_A_6	0.952	0.364	3.886	1.030
ENFL_A_7	0.952	0.224	4.303	0.786

3. Validade Convergente e Divergente

3.1 Validade Convergente

A validade convergente da ENFL foi mensurada através da *Average Variance Extrated* (AVE), que tem como objetivo indicar a proporção da variância total explicada por um fator em relação aos itens que o compõem. Para que a validade convergente seja considerada adequada, o AVE deve ser superior a 0.50.

O Fator 1 “Intervenção e Avaliação do Luto Pós-Morte”, apresenta um AVE de 0.585, o que indica uma validade convergente satisfatória, uma vez que mais de 50% da variância dos itens é explicada por este fator. De forma semelhante, o Fator 2 “Intervenção e Avaliação do

Luto Pré-Morte”, apresenta um AVE de 0.570, também demonstrando uma validade convergente adequada, pois mais de 50% da variância dos itens é explicada pelo fator. Por outro lado, o Fator 3 “Motivação para a Formação no Luto”, apresenta um AVE de 0.468, inferior ao limiar de 0.50. Este resultado sugere que a validade convergente deste fator não é ideal, indicando que menos de 50% da variância dos itens é explicada pelo fator. Isto pode apontar para um problema na definição do fator ou na capacidade dos itens em capturar de forma eficaz o conceito pretendido, comprometendo a robustez da medição desta construção específica (Tabela 22).

Assim, os valores de validade convergente dos Fatores 1 e 2 indicam que os itens associados a estes fatores são consistentes e capturam especificamente os construtos avaliados, assegurando uma boa representatividade das dimensões de intervenção e avaliação do luto pós-morte e pré-morte. Em contrapartida, o Fator 3, apresenta um valor de AVE inferior, indicando que os itens não medem de forma eficaz o conceito de motivação para a formação no luto.

Tabela 22.

Validade Convergente – AVE

Average variance extracted

Factor	AVE
Factor 1 - A.I Luto Pós-Morte	0.585
Factor 2 - A.I Luto Pré-Morte	0.570
Factor 3 - Motivação para Formação Luto	0.468

Além disso, a análise da correlação entre a ENFL e a MBI-HSS revela correlações positivas de magnitude elevada, com significância estatística ($p < .01$), entre os seguintes fatores: “Avaliação e intervenção no luto pós-morte” da escala ENFL e “Realização pessoal” da escala MBI-HSS ($r = .549$); “Avaliação e intervenção no luto pré morte” da escala ENFL e “Realização pessoal” da escala MBI-HSS ($r = .527$) (Tabela 25). Estas correlações indicam uma relação direta entre os fatores, evidenciando a existência de validade convergente. (Anexo J)

3.2 Validade Divergente

A validade convergente da ENFL foi avaliada através do rácio *Heterotrait-Monotrait* (HTMT), que visa verificar se os fatores são suficientemente diferentes entre si, garantindo uma validade discriminante. Para que a validade discriminante seja considerada adequada, o valor do HTMT entre dois fatores deve ser inferior a 0,85 ou 0,90, dependendo do autor consultado.

A relação entre o Fator 1 “Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte” e Fator 2 “Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte”, apresentou um valor HTMT de 0.85, que se encontra no limite do que é geralmente considerado aceitável. Este valor sugere que, embora os fatores possam ser considerados diferentes, há uma sobreposição potencial entre eles. A proximidade deste valor ao limite estipulado poderá indicar que estas 2 dimensões partilham certas características, o que pode refletir semelhanças nos processos de avaliação e intervenção em ambos os contextos de luto (Tabela 23).

Por outro lado, a relação entre o Fator 1 “Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte” e o Fator 3, “Motivação para a Formação no Luto”, apresentou um valor HTMT de 0.253, o que revela uma boa validade discriminante entre estes fatores. Este valor indica que os dois fatores são claramente diferentes e têm diferentes aspetos da construção global, sem evidências de sobreposição significativas. De forma semelhante, a relação entre o Fator 2, “Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte”, e o Fator 3 “Motivação para a Formação no Luto”, apresentou um HTMT de 0.285, confirmando igualmente uma boa validade discriminante entre estes fatores, que demonstram medir conceitos teoricamente diferenciados (Tabela 23).

Tabela 23.

Validade Divergente – HTMT

Heterotrait-monotrait ratio

Factor 1 - A.I Luto Pós-Morte	Factor 2 - A.I Luto Pré-Morte	Factor 3 - Motivação para Formação Luto
1.000		
0.850	1.000	
0.253	0.285	1.000

Além disso, a análise das correlações entre a ENFL e as escalas SLP, MBI-HSS e DAP-R revelam correlações negativas, com significância estatística ($p < .01$), indicando a

presença de validade divergente, o que significa que os fatores da ENFL avaliam constructos distintos dos fatores das restantes escalas. (Anexo J)

Entre a ENFL e a SLP destacam-se correlações de magnitude moderada, entre os seguintes fatores: “Confinamento atormentado” da escala SLP e “Intervenção e avaliação do luto pós-morte” da ENFL ($r = -.399$); “Esforço emocional no cuidar” da escala SLP e “Avaliação e intervenção no luto pós-morte” ($r = -.429$); “Confinamento atormentado” da escala SLP e “Avaliação e intervenção no luto pré-morte” da escala ENFL ($r = -.433$); e “Esforço emocional no cuidar” da escala SLP e “Avaliação e intervenção no luto pré morte” da ENFL ($r = -.468$) (Tabela 24).

Em relação às correlações entre ENFL e a MBI-HSS, também se verificam correlações moderadas, entre os seguintes fatores: “Avaliação e intervenção no luto pós-morte” da escala ENFL e “Exaustão emocional” da escala MBI-HSS ($r = -.305$); “Avaliação e intervenção no luto pós morte” da escala ENFL e “Despersonalização” da escala MBI-HSS ($r = -.316$); “Avaliação e intervenção no luto pré-morte” da escala ENFL e “Exaustão emocional” da escala MBI-HSS ($r = -.321$); e “Avaliação e intervenção no luto pré-morte” da escala ENFL e “Despersonalização” da escala MBI-HSS ($r = -.319$) (Tabela 25).

Por último, as correlações entre ENFL e a DAP-R são de magnitude elevada, entre os seguintes fatores: “Avaliação e intervenção no luto pós-morte” da escala ENFL e o fator 2 “Medo” da escala DAP-R ($r = -.433$); “Avaliação e intervenção no luto pós-morte” da escala ENFL e “Evitamento” da escala DAP-R ($r = -.517$); “Avaliação e intervenção no luto pré morte” da escala ENFL e “Medo” da escala DAP-R ($r = -.473$); “Avaliação e intervenção no luto pré morte” da escala ENFL e “Evitamento” da escala DAP-R ($r = -.533$) (Tabela 26). Estas correlações inversas indicam igualmente validade divergente, sugerindo que os fatores da ENFL avaliam constructos distintos dos fatores da escala MBI-HSS.

4. Caracterização e cotação da ENFL

A versão final da Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL) é composta por 27 itens, distribuídos em dois grupos: 5 itens no Grupo A e 22 no Grupo B. O Grupo A é responsável por medir a motivação, necessidade, disponibilidade e importância da formação sobre o luto, sendo avaliada através de uma escala de Likert de 5 pontos, variando de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente), com a possibilidade de assinalar “Não Aplicável” se o item não se enquadrar na realidade profissional do participante. O Grupo B

avalia as competências que os profissionais de saúde se sentem confiantes em desempenhar na sua prática clínica, usando uma escala de Likert de 5 pontos, de 1 (Nada Confiante) a 5 (Extremamente Confiante), igualmente com a opção “Não Aplicável”. (Anexo K)

A escala é organizada em três fatores: Fator 1 – Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte, Fator 2 – Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte, e Fator 3 – Motivação para a Formação no Luto. O Fator 1 inclui 12 itens, com cargas fatoriais entre 0,470 e 0,908; o Fator 2 é composto por 10 itens, com cargas fatoriais entre 0,588 e 0,807; e o Fator 3 abrange 5 itens, com cargas fatoriais entre 0,692 e 0,832 (Tabela 27).

A cotação dos itens deve ser realizada de forma separada para cada grupo, permitindo uma análise detalhada tanto da motivação e disponibilidade para formação no luto (Grupo A), como das competências (Grupo B). Não existe, por conseguinte, uma classificação global da escala. No Grupo A, a soma das respostas dos itens resulta numa pontuação total que reflete o nível de motivação e a perceção da importância da formação sobre o luto entre os profissionais de saúde. Pontuações mais elevadas indicam maior motivação e interesse na formação nesta área. No Grupo B, a soma das respostas dos itens resulta numa pontuação total que reflete o quão confiante o profissional de saúde se sente perante o conjunto de competências no luto. Pontuações mais elevadas indicam maior confiança por parte dos profissionais de saúde relativamente às suas competências no luto.

Através da cotação desta escala, é possível: a) avaliar o nível de preparação dos profissionais de saúde para lidar com o luto, tanto ao nível das competências práticas (Grupo B) como da motivação e abertura para receber formação adicional (Grupo A); b) identificar necessidades formativas específicas se, por exemplo, o Grupo A revela pontuações mais elevadas, mas o Grupo B apresenta pontuações mais baixas, isto pode indicar que os profissionais desejam receber formação, mas identificam várias lacunas nas suas competências práticas; c) avaliar a eficácia das intervenções formativas, onde as pontuações do Grupo B podem ser usadas para monitorar a eficácia dos programas de formação. Dado que pontuações elevadas no Grupo B após a formação sugerem um aumento nas competências percebidas pelos profissionais de saúde. Desta forma, a escala não só permite alterar o nível atual de preparação e confiança dos profissionais para lidar com o luto, como também servir como uma ferramenta poderosa para direcionar intervenções formativas e monitorar seus impactos.

5. Relação entre a ENFL e as características sociodemográficas

5.1 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Experiência Profissional (Anos)

Para o fator 1 “Avaliação e intervenção no luto pós-morte”, o Teste Levene confirmou a homogeneidade das variâncias [F (8, 171) = 0.891, p = 0.525, p > 0.05]. A ANOVA One Way, não revelou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias dos anos de experiência profissional [F (8, 171) = 1.993, p = 0.05, $\eta^2 = 0.085$, p > 0.05]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.085$) indica que apenas 8,5% da variância neste fator é explicado pela experiência profissional.

No fator 2 “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”, o Teste de Levene também confirmou a homogeneidade das variâncias [F (8, 196) = 1.056, p = 0.396, p > 0.05]. A ANOVA One Way, também não revelou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias dos anos de experiência profissional [F (8, 196) = 1.730, p = 0.094, $\eta^2 = 0.066$, p > 0.05]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.066$) indica que apenas 6,6% da variância neste é explicada pela experiência profissional.

Por último, para o fator 3 “Motivação para a formação no luto”, o Teste de Levene indicou que o pressuposto da homogeneidade foi violado [F (8, 206) = 2.222, p = 0.027, p < 0.05]. A ANOVA com correção de Welch demonstrou diferenças significativas entre os grupos [F (8, 35) = 3.679, p = 0.003, $\eta^2 = 0.146$, p < 0.05]. A moderada dimensão do efeito ($\eta^2 = 0,146$) sugere que 14,6 % da variância neste fator é explicada pela experiência profissional. O teste Post Hoc de Tukey identificou diferenças significativas entre profissionais com menor/moderada experiência profissional (1-5 anos; 6-10 anos; 11-15 anos ou 16-20 anos) e aqueles com maior experiência (36-40 anos) (Tabela 28). As dimensões do efeito (Cohen's d = 1.168, 1.175, 1.021, 1.469, 1.146, 1.011) sugerem uma elevada significância prática. (Anexo M)

5.2 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Profissão

Para o fator 1 “Avaliação e intervenção no luto pós-morte”, o Teste de Levene indicou que o pressuposto da homogeneidade foi violado [F (3, 176) = 2.749, p = 0.044, p < 0.05]. A ANOVA com correção de Welch demonstrou diferenças significativas entre os grupos [F (3, 9) = 29.143, p < 0.001, $\eta^2 = 0.312$, p < 0.05]. A elevada dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.312$) sugere que 31,2% da variância neste fator é explicada pela profissão. O teste Post Hoc de Tukey

revelou diferenças significativas entre os grupos: de médicos e psicólogos; e entre enfermeiros e psicólogos (Tabela 29). As dimensões do efeito (Cohen's $d = -1.132$; -1.600) sugerem que as diferenças identificadas têm uma elevada relevância prática. (Anexo N)

Para o fator 2 “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”, o Teste de Levene também indicou que o pressuposto de homogeneidade foi violado [$F(3, 201) = 2.696$; $p = 0.047$, $p < 0.05$]. A ANOVA com correção de Welch demonstrou diferenças significativas entre os grupos [$F(3, 13) = 13.081$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.156$, $p < 0.05$]. A moderada dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.156$) sugere que 15,6% da variância neste fator é explicada pela profissão. O teste Post Hoc de Tukey revelou diferenças significativas entre: os grupos de médicos e psicólogos; e entre enfermeiros e psicólogos (Tabela 30). As dimensões do efeito (Cohen's $d = -0.800$; -1.031) demonstram que as diferenças identificadas têm uma elevada relevância prática. (Anexo N)

Por último, para o fator 3 “Motivação para a formação no luto”, o Teste Levene confirmou a homogeneidade das variâncias [$F(3, 211) = 2.390$, $p = 0.070$, $p > 0.05$]. A ANOVA One Way, não revelou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das profissões [$F(3, 211) = 1.069$, $p = 0.363$, $\eta^2 = 0.015$, $p > 0.05$]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.015$) sugere que apenas 1,5% da variância deste fator é explicada pela profissão.

5.3 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e o Sexo

Para o fator 1 “Avaliação e intervenção no luto pós-morte”, o Teste Levene confirmou a homogeneidade das variâncias [$F(1, 178) = 0.009$, $p = 0.753$, $p > 0.05$]. A ANOVA One Way, não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos [$F(1, 178) = 1.738$, $p = 0.189$, $\eta^2 = 0.010$, $p > 0.05$]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.010$) sugere que apenas 1% da variância deste fator é explicada pelo sexo.

Para o fator 2 “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”, o Teste Levene também confirmou a homogeneidade das variâncias [$F(1, 203) = 0.033$, $p = 0.855$, $p > 0.05$]. A ANOVA One Way, indicou que existiam diferenças significativas entre os grupos [$F(1, 203) = 7.163$, $p = 0.008$, $\eta^2 = 0.034$, $p > 0.05$]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.034$) sugere que apenas 3,4% da variância deste fator é explicada pelo sexo. O teste Post Hoc de Tukey revelou diferenças significativas entre os grupos do sexo feminino e masculino (Tabela 31). As dimensões do efeito (Cohen's $d = -0.767$) sugerem que as diferenças identificadas têm uma moderada relevância prática. (Anexo O)

Por último, para o fator 3 “Motivação para a formação no luto”, o Teste Levene confirmou a homogeneidade das variâncias [$F(1, 213) = 1.612, p = 0.206, p > 0.05$]. A ANOVA One Way, não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos [$F(1, 213) = 0.244, p = 0.622, \eta^2 = 0.001, p > 0.05$]. A dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.001$) sugere que apenas 0.1% da variância deste fator é explicada pelo sexo do profissional.

5.4 Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e as Habilitações Profissionais

Para o fator 1 “Avaliação e intervenção no luto pós-morte”, o Teste Levene confirmou a homogeneidade das variâncias [$F(3, 176) = 0.398, p = 0.755, p > 0.05$]. A ANOVA One Way, indicou que existiam diferenças significativas entre os grupos, [$F(3, 176) = 9.574, p < 0.001, \eta^2 = 0.140, p < 0.05$]. A moderada dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.140$) sugere que 14% da variância deste fator é explicada pelas habilitações profissionais. O teste Post Hoc de Tukey revelou diferenças significativas entre os grupos dos profissionais com: licenciatura e mestrado; e com licenciatura e doutoramento (Tabela 32). O valor das dimensões do efeito (Cohen’s $d = -0.748; -1.588$), sugerem que as diferenças identificadas têm uma relevância prática moderada e elevada, respetivamente. (Anexo P).

Para o fator 2 “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”, o Teste Levene confirmou novamente a homogeneidade das variâncias [$F(3, 201) = 0.392, p = 0.759, p > 0.05$]. A ANOVA One Way, indicou que existiam diferenças significativas entre os grupos [$F(3, 201) = 3.599, p = 0.014, \eta^2 = 0.051, p < 0.05$]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.051$) sugere que apenas 5,1% da variância deste fator é explicada pelas habilitações profissionais. O teste Post Hoc de Tukey revelou diferenças significativas entre os grupos dos profissionais com licenciatura e com mestrado (Tabela 33). Por sua vez, o valor da dimensão do efeito (Cohen’s $d = -0.417$) sugere que as diferenças identificadas têm uma pequena relevância prática (Anexo P).

Por último, para o fator 3 “Motivação para a formação no luto”, o Teste Levene confirmou novamente a homogeneidade das variâncias [$F(3, 211) = 1.920, p = 0.127, p > 0.05$]. A ANOVA One Way, indicou que existiam diferenças significativas entre os grupos [$F(3, 211) = 3.958, p = 0.009, \eta^2 = 0.053, p < 0.05$]. A pequena dimensão do efeito ($\eta^2 = 0.053$) sugere que apenas 5,3% da variância deste fator é explicada pelas habilitações profissionais. O teste Post Hoc de Tukey revelou diferenças significativas entre os grupos dos profissionais com

licenciatura e mestrado (Tabela 34). Por sua vez, o valor da dimensão do efeito (Cohen's $d = -0.474$), sugere que as diferenças identificadas têm uma pequena relevância prática (Anexo P).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo desenvolver e validar a Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL), um novo instrumento que visa avaliar a motivação e disponibilidade dos profissionais de saúde para a formação no luto, bem como o seu grau de confiança nas competências para intervir em situações de luto.

A ENFL é constituída por 27 itens, distribuídos por dois grupos: o grupo A, com 5 itens, e o grupo B, com 22 itens.

A análise exploratória revelou uma estrutura sólida e consistente, sustentada por um índice KMO de 0.749 e um teste de Bartlett altamente significativo. A elevada fiabilidade da escala ($\alpha = 0,951$) reforça a robustez da ENFL como uma ferramenta consistente para medir as dimensões da análise.

A validade convergente mensurada através da *Average Variance Extrated (AVE)*, indicou que o fator 1 “Intervenção e Avaliação do Luto Pós-Morte” e o fator 2 “Intervenção e Avaliação do Luto Pré-Morte”, apresentam uma boa validade convergente, dado que pelo menos 50% da variância dos itens é explicada pelos fatores. Por sua vez, o fator 3 “Motivação para a Formação no Luto” apresentou um AVE de 0.468, indicando que a validade convergente deste fator não é a ideal. Algumas das possíveis razões para esta baixa validade convergente no Fator 3 incluem: a) o número reduzido de itens – com apenas 6 itens, o Fator 3 pode não capturar de forma abrangente o constructo que se propõe a medir. Um menor número de itens oferece menos oportunidades para o fator explicar a variância total dos itens, e fatores com poucos itens tendem a apresentar AVE's mais baixos, uma vez que a variância específica de cada item (erros de medição) tem um impacto mais significativo na análise; b) qualidade dos itens – os itens podem não estar suficientemente alinhados com o conceito que o fator pretende medir, resultando numa partilha insuficiente de variância comum; c) heterogeneidade dos itens – se os itens do fator 3 capturam diferentes aspetos do construto “Motivação para a Formação no Luto” sem uma ligação clara entre si, a variância partilhada será reduzida. Desta forma, a combinação de um número reduzido de itens e possíveis problemas de qualidade e consistência dos mesmos pode explicar a baixa validade convergente do Fator 3. Para melhorar esta validade, seria

importante considerar a reformulação, eliminação ou adição de novos itens que representam melhor o constructo e aumentam a variância explicada pelo fator.

Além disso, a análise das correlações entre a ENFL e a MBI-HSS revelaram relações positivas e de magnitude elevada, o que evidencia a existência de validade convergente entre as competências no luto pós e pré morte e a realização pessoal. O que significa que profissionais de saúde com competências mais desenvolvidas no luto, tendem a experienciar uma maior sensação de realização pessoal. Este resultado sugere que a formação no luto pode contribuir positivamente para o desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais de saúde.

A validade divergente avaliada através do rácio *Heterotrait-Monotrait (HTMT)*, indicou que a relação entre o fator 1 “Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte” e o fator 3 “Motivação para a Formação no Luto” e entre o fator 2 “Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte” e o fator 3 “Motivação para a Formação no Luto”, apresentam uma boa validade divergente, uma vez que o valor do HTMT é igual ou inferior a 0.85. Por sua vez, o valor do HTMT entre o fator 1 “Avaliação e Intervenção no Luto Pós-Morte” e o fator 2 “Avaliação e Intervenção no Luto Pré-Morte” é de 0.85, encontrando-se no limite do que é geralmente considerado aceitável, o que pode ser natural dada a proximidade teórica entre ambos os conceitos. No entanto, esta relação não atinge níveis que comprometam a validade discriminante entre estes fatores. A distinção entre os dois fatores de intervenção no luto é relevante para garantir que as disciplinas e avaliações nas diferentes fases do processo de luto sejam devidamente capturadas e examinadas separadamente. Por outro lado, é importante uma clara distinção entre os fatores de intervenção no luto e a motivação para a formação no luto, pois garante que este último fator mede, de forma isolada, o interesse e a predisposição dos profissionais para receber formação, sem ser influenciado pelos aspetos práticos das suas disciplinas no luto. Assim, os resultados da análise HTMT demonstram que, no geral a validade discriminante da ENFL é garantida.

Além disso, análise das correlações entre a ENFL e as escalas SLP, MBI-HSS e DAP-R, revelou relações negativas de magnitude moderada e elevada, o que evidencia a existência de validade divergente entre os fatores 1 “Avaliação e intervenção no luto pós-morte” e 2 “Avaliação e intervenção no luto pré morte” da escala ENFL e determinados fatores das outras escalas. Verificou-se que os profissionais de saúde com competências mais desenvolvidas na avaliação e intervenção no luto, tanto no contexto pós-morte como pré-morte, tendem a experienciar níveis mais baixos de sobrecarga profissional, exaustão emocional, sentimentos de despersonalização, medo e comportamentos de evitação da morte. O que sugere que uma

formação sólida no luto pode ajudar a reduzir sentimentos negativos associados ao acompanhamento de pacientes que se encontram na iminência de morrer.

Os resultados referentes às correlações entre a ENFL e as escalas SLP, MBI-HSS e DAP-R, são corroborados pela literatura, que destaca o impacto positivo da formação de profissionais de saúde na gestão do luto, especialmente em contextos desafiadores como os cuidados paliativos e oncológicos. Esplen et al. (2022) evidenciam que programas educativos sobre luto aumentam a confiança e o conhecimento dos profissionais, diminuindo o risco de fadiga e *burnout*. Após um curso de seis semanas para oncologistas, os participantes relataram menor fadiga por compaixão e maior satisfação no trabalho com casos de luto. Boyle et al. (2011) também apontam que, após formação focada no luto, houve um aumento significativo na motivação para continuar a formação, devido à eficácia na melhoria do cuidado ao paciente e redução do impacto emocional negativo.

No que diz respeito à influência das variáveis sociodemográficas, os resultados referentes à experiência profissional, indicam que esta tem uma influência estatisticamente reduzida na forma como os profissionais de saúde avaliam e intervêm no luto pós e pré morte. Contudo, verificou-se que profissionais com menos anos de experiência ou com uma experiência profissional moderada apresentam uma motivação significativamente superior para a formação no luto, em comparação com os profissionais mais experientes. Estes resultados apresentam uma elevada significância prática, revelando uma diferença substancial na motivação para a formação em função dos anos de experiência. Embora, do nosso conhecimento, não tenha sido identificada literatura que explique diretamente o porquê de os profissionais de saúde menos experientes demonstrarem maior motivação para realizar formações, sabe-se que o desenvolvimento profissional contínuo e a aprendizagem ao longo da vida são fundamentais para garantir cuidados de qualidade aos pacientes (Van der Burgt et al., 2019). A falta de motivação é frequentemente identificada como uma das principais barreiras à adesão à formação. Nesse sentido, Oliveira et al., (2021) observaram que os profissionais mais motivados para investir em formação contínua eram aqueles que reconheciam as suas limitações na prática clínica e desejavam prestar melhores cuidados e manter-se atualizados na sua área de especialização. Esta observação sugere a hipótese de que os profissionais menos experientes apresentam maior motivação para frequentar formações, quer por considerarem uma necessidade acrescida de adquirir conhecimentos, quer devido a inseguranças relacionadas com o tema do luto, possivelmente resultantes de uma formação académica insuficiente nesta área e de uma oferta limitada de formação contínua.

Relativamente à profissão, os resultados demonstram que esta variável tem uma influência estatisticamente reduzida na motivação dos profissionais de saúde para a formação no luto. Contudo, constatou-se que os psicólogos possuem uma formação significativamente distinta da dos médicos e enfermeiros, sobretudo no que diz respeito à avaliação e intervenção no luto, tanto pós como pré morte. Estes resultados evidenciam uma elevada significância prática, sublinhando a relevância de uma formação específica para o desenvolvimento de competências diferenciadas. Estudos indicam que, a formação universitária na área da saúde tende a priorizar a aprendizagem de competências técnicas, enquanto aspetos emocionais e humanistas, como a gestão do luto, são frequentemente desvalorizados (Kovács, 2008; Esplen et al., 2022). Essa carência de preparação adequada pode gerar sofrimento psicológico nos profissionais, comprometendo a sua capacidade de lidar de forma eficaz e empática com a morte (Curtis et al., 2023). A formação académica em medicina e enfermagem, muito centrada na cura, deixa de lado a preparação emocional necessária para enfrentar o luto, levando muitos profissionais a sentirem-se mal preparados neste contexto (Brooks et al., 2017). Embora a Psicologia também apresente lacunas na formação prática para a intervenção no luto (Brown et al., 2024), o foco nesta área é o estabelecimento de uma relação terapêutica para proporcionar um apoio emocional empático. Assim, a formação dos psicólogos, que inclui uma preparação mais aprofundada sobre as respostas emocionais ao luto, confere-lhes competências específicas e diferenciadas em comparação com os outros profissionais de saúde.

No que diz respeito ao sexo, os resultados indicam que esta variável possui uma influência estatisticamente reduzida na forma como os profissionais de saúde avaliam e intervêm no luto pós e pré morte, assim como na motivação para realizar formação nesta área. Por sua vez, os resultados revelam uma diferença significativa na forma como os homens, em comparação com as mulheres, tendem a avaliar e intervir nos casos de luto pré-morte, evidenciando uma relevância prática moderada. Essa disparidade pode ser atribuída a diferenças na perceção e na gestão emocional em situações de fim de vida. De acordo com Granek et al., (2016), as mulheres tendem a manifestar respostas mais negativas perante a morte e o luto, o que pode estar relacionado com uma maior sensibilidade emocional comparativamente aos homens, o que pode influenciar a forma como cada género lida com estas situações.

Por fim, no que se refere às habilitações profissionais, os resultados indicam que esta variável exerce uma influência estatisticamente reduzida na forma como os profissionais de saúde avaliam e intervêm no luto pré-morte, assim como na sua motivação para realizar

formação no luto. Além disso, verificou-se que profissionais de saúde com graus académicos mais elevados (mestrado e doutoramento) apresentam maiores competências para avaliação e intervenção no luto, tanto pós como pré morte, assim como uma maior motivação para a formação no luto, quando comparado com profissionais apenas com licenciatura. Estes resultados apresentam uma relevância prática moderada a elevada, evidenciando uma diferença substancial em competências e motivação em função do nível de qualificação académica. A Teoria da Autoeficácia de Bandura (1997), sugere que a autoeficácia é influenciada pela formação e pela experiência, o que poderia explicar que profissionais com mais qualificações académicas se sintam mais confiantes e aptos para intervir no luto. Além disso, a Teoria da Autodeterminação de Deci e Ryan (2000), indica que indivíduos com maior formação frequentemente procuram além do desenvolvimento profissional, uma satisfação intrínseca, o que pode justificar o aumento da motivação por parte dos profissionais de saúde com níveis académicos mais elevados, comparativamente com os licenciados.

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

Apesar dos resultados promissores, esta investigação apresenta algumas limitações que devem ser discutidas. A amostra utilizada ($n = 221$) não foi probabilística e caracterizou-se por um predomínio de profissionais de enfermagem e de sexo feminino, o que limita a generalização dos resultados para toda a população de profissionais de saúde. Adicionalmente, a falta de normalidade da variável dependente (ENFL) pode ter influenciado os resultados das análises estatísticas, pelo que a interpretação deve ser feita com cautela.

Em estudos futuros seria fundamental procurar diversificar a amostra, incluindo um maior número de assistentes sociais, médicos e psicólogos, inclusive do sexo masculino, tornando-a mais heterogénea. A inclusão de uma amostragem probabilística e o recrutamento de uma amostra de maior dimensão poderiam aumentar a validade externa dos resultados. Além disso, seria relevante realizar estudos longitudinais que avaliem o impacto de programas de formação no luto, em termos da redução de *burnout*, da sobrecarga profissional, de melhoria de competências emocionais, de modo a puderem fornecer evidências mais robustas sobre eficácia destes programas.

Conclusão

Em conclusão, o presente estudo atingiu com sucesso o objetivo de desenvolver e validar a Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL), um novo instrumento destinado a avaliar a motivação e as competências dos profissionais de saúde para a formação e intervenção em situações de luto. Os resultados obtidos demonstram que a ENFL apresenta uma estrutura sólida e consistente, com índices de fiabilidade e validade convergente e divergente adequados, o que reforça a sua potencial aplicação prática. Embora a escala tenha demonstrado robustez, a análise da validade convergente revelou algumas limitações ao nível do fator 3, relacionadas à motivação para a formação, cujo AVE não atingiu os níveis ideais. Para melhorar esta validade, seria importante considerar a reformulação, eliminação ou adição de novos itens que representam melhor o constructo e aumentam a variância explicada pelo fator.

A análise das correlações entre a ENFL e as outras escalas, evidenciou que o aumento das competências no luto está associado à diminuição da sobrecarga profissional, exaustão emocional, sentimentos de despersonalização, medo e comportamentos de evitação da morte. Indicando que uma formação sólida no luto pode ajudar a reduzir sentimentos negativos associados ao acompanhamento de pacientes que se encontram na iminência de morrer. Além disso, o aumento das competências no luto também se encontra associado ao aumento da sensação de realização pessoal, sugerindo que a formação no luto pode contribuir positivamente para o desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo apontam, ainda, para a importância das variáveis sociodemográficas, como a experiência profissional, a profissão, o sexo e as habilitações académicas, na motivação e nas competências para a formação em luto. Profissionais com menos experiência, psicólogos e indivíduos com graus académicos mais elevados tendem a demonstrar maior competência na avaliação e intervenção no luto, o que sublinha a necessidade de uma abordagem formativa diferenciada e ajustada às especificidades de cada grupo. Além disso, as diferenças nas atitudes e intervenções entre profissionais de diferentes géneros evidencia a importância de uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas de género no contexto do luto.

Em síntese, a validação da ENFL representa uma contribuição relevante para a prática clínica e educativa na área do luto, permitindo uma melhor compreensão das necessidades formativas dos profissionais de saúde. Contudo, a amostra utilizada apresenta limitações que

restringem a generalização dos resultados. A predominância de profissionais de saúde de enfermagem e do sexo feminino, bem como uma amostra não probabilística, compromete a validade externa da investigação. Por isso, é essencial que investigações futuras foquem na diversificação das amostras e na implementação de estudos longitudinais, a fim de consolidar os resultados obtidos e verificar o impacto de programas de formação em todo o mundo na prática profissional. Assim, espera-se que a ENFL possa ser uma ferramenta útil na promoção de cuidados mais adequados aos pacientes e no fortalecimento emocional dos profissionais de saúde, contribuindo para a sua realização e satisfação pessoal e profissional.

Referências Bibliográficas

- Adwan, J. Z. (2014). Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *Journal of pediatric nursing*, 29(4), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.011>
- Álvarez-del-Río, A., Marván, M. L., Santillán-Doherty, P., Delgadillo, S., & Oñate-Ocaña, L. F. (2013). Facing death in clinical practice: A view from physicians in Mexico. *Archives of medical research*, 44(5), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2013.05.005>
- Andrade, T. A. M., & Barbosa, A. (2007). Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde.
- Arora, V. (2021). The changing paradigm of death and dying. *Social Change*, 51, 347 - 361. <https://doi.org/10.1177/00490857211032951> .
- Back, A. L., Young, J. P., McCown, E., Engelberg, R. A., Vig, E. K., Reinke, L. F., Curtis, J. R. (2009). Abandonment at the end of life from patient, caregiver, nurse, and physician perspectives: loss of continuity and lack of closure. *Archives of Internal Medicine*, 169(5), 474–479. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.583>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*.
- Barbosa, A., Reis Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (2016). *Manual dos Cuidados Paliativos*. AIDFM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Billett, S. (2016). Learning through health care work: premises, contributions and practices. *Medical education*, 50(1), 124-131. <https://doi.org/10.1111/medu.12848>
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1).
- Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>
- Breen, L. J., Fernandez, M., O'connor, M., & Pember, A. J. (2013). The preparation of graduate health professionals for working with bereaved clients: an Australian

- perspective. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 66(4), 313-332. <https://doi.org/10.2190/OM.66.4.c>
- Brooks, L. A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 26(4), 336-341. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>
- Brown, J. A., Snider, K. M., Hall, H. G., Rotzal, J. L., & Gow, M. M. (2024). School psychologists' training and experience in providing grief support. *Psychology in the Schools*, 61(7), 2722-2744. <https://doi.org/10.1002/pits.23185>
- Cantillon, P., & Jones, R. (1999). Does continuing medical education in general practice make a difference? *Bmj*, 318(7193), 1276-1279. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7193.1276>
- Cheng, J. O., Lo, R. S., Chan, F. M., Kwan, B. H., & Woo, J. (2010). An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psycho-oncology*, 19(7), 693-700. <https://doi.org/10.1002/pon.1613>
- Christ, A. E. (1961). Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. *Journal of Gerontology*, 16(1), 56-60. <https://doi.org/10.1093/geronj/16.1.56>
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ open*, 13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Csikai, E. L., & Raymer, M. (2005). Social workers' educational needs in end-of-life care. *Social Work in Health Care*, 41(1), 53-72. https://doi.org/10.1300/J010v41n01_04
- Curtis, K., Dagnall, N., Drinkwater, K., & Denovan, A. (2023). Facing death anxiety: effects of professional exposure to death and dying. *Journal of Scientific Exploration*, 37(4), 616-632. <http://dx.doi.org/10.31275/20233225>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

- Delafontaine, A. C., Anders, R., Mathieu, B., Salathé, C. R., & Putois, B. (2024). Impact of confrontation to patient suffering and death on wellbeing and burnout in professionals: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 74. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2336546/v1>
- Durall, A. (2011). Care of the caretaker: Managing the grief process of health care professionals. *Pediatric Annals*, 40(5), 266-273. <https://doi.org/10.3928/00904481-20110412-08>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Esplen, M. J., Wong, J., Vachon, M. L., & Leung, Y. (2022). A continuing educational program supporting health professionals to manage grief and loss. *Current Oncology*, 29(3), 1461-1474. <https://doi.org/10.3390/curroncol29030123>
- Eva, K. W., & Regehr, G. (2005). Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic medicine*, 80(10), S46-S54.
- Evans, W. G., Tulskey, J. A., Back, A. L., & Arnold, R. M (2006). Communication at times of transitions: how to help patients cope with loss and re-define hope. *The Cancer Journal*, 12 (5), 417-424.
- Feng, H., Shen, Y., & Li, X. (2024). Bereavement coping strategies among healthcare professionals: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Palliative & Supportive Care*, 1-13. <https://10.1017/S147895152400114>
- Ferguson, K. A., Reitschuler-Cross, E. B., & Stahl, S. T. (2021). A Multimethod Examination of Medical Students' Experiences with Bereavement and Complicated Grief. *Omega (United States)*. <https://doi.org/10.1177/003022282111049678>
- Forster, E., & Hafiz, A. (2015). Pediatric death and dying exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(6), 294–301. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>

- Gama, G. M., Barbosa, F., & Vieira, M. (2011). Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação. *Cadernos de Saúde*, 4(2), 57-64. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2011.2822>
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. W. (2010). Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 122-129. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x>
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 13(5), 131-204.
- Granek, L., Barrera, M., Scheinmann, K., & Bartels, U. (2015). When a child dies: pediatric oncologist's follow-up practices with families after the death of their child. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1626–1631. <https://doi.org/10.1002/pon.3770>
- Granek, L., Bartels, U., Barrera, M., & Scheinmann, K. (2015). Challenges Faced by Pediatric Oncology Fellows When Patients Die During Their Training. *Journal of Oncology Practice*, 11(2), e182–e189. <https://doi.org/10.1200/JOP.2014.001727>
- Granek, L., Ben-David, M., Shapira, S., Bar-Sela, G., & Ariad, S. (2017). Grief symptoms and difficult patient loss for oncologists in response to patient death. *Psycho-Oncology*, 26(7), 960-966. <https://doi.org/10.1002/pon.4118>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Nakash, O., Cohen, M., Ariad, S., Barbera, L., & Ben-David, M. (2016). Gender differences in the effect of grief reactions and burnout on emotional distress among clinical oncologists. *Cancer*, 122(23), 3705-3714. <https://doi.org/10.1002/cncr.30236>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2012). Difficult patient loss and physician culture for oncologists grieving patient loss. *Journal of palliative medicine*, 15(11), 1254-1260. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0245>

- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), e129-e135. [10.1200/JOP.2012.000800](https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000800)
- Grant, J. (2002). Learning needs assessment: assessing the need. *Bmj*, 324(7330), 156-159. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7330.156>
- Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. (2019). Workplace-based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4396. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>
- Harris, C., & Griffin, M. T. Q. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *Journal of Christian Nursing*, 32(2), 80-87.
- Herndon, C. M., Jackson, K., Fike, D. S., & Woods, T. (2003). End-of-life care education in United States pharmacy schools. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 20(5), 340-344. <https://doi.org/10.1177/104990910302000507>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Holland, S. (2010). On the Ordinary concept of Death. *Journal of Applied Philosophy*, 27, 109-122. <https://doi.org/10.1111/J.1468-5930.2010.00478.X>
- Hope, A. A., & Munro, C. L. (2024). Understanding and Improving Bereavement Support in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 33(2), 77-79. <https://doi.org/10.4037/ajcc2024438>
- Jensen, J., Weng, C., & Spraker-Perlman, H. L. (2017). A Provider-based survey to assess bereavement care knowledge, attitudes, and practices in Pediatric Oncologists. *Journal of Palliative Medicine*, 20(3), 266–272. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0430>
- Jesus Loureiro, L. M. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 101-108.

- Kamei, R. K. (2003). Why dying doesn't seem to matter: the influence of culture on physicians in Bali, Indonesia. *Academic Medicine*, 78(6), 635.
- Keating, N. L., Landrum, M. B., Rogers Jr, S. O., Baum, S. K., Virnig, B. A., Huskamp, H. A., & Kahn, K. L. (2010). Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 116(4), 998-1006. <https://doi.org/10.1002/cncr.24761>
- Keesee, N., Currier, J., & Neimeyer, R. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of clinical psychology*, 64 (10), 1145-63. <https://doi.org/10.1002/jclp.20502> .
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do psicólogo.
- Kurtz, S., Draper, J., & Silverman, J. (2017). *Teaching and learning communication skills in medicine*. CRC press.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., & Azoulay, E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-478. <https://doi.org/10.1056/NEJMs070030>
- Lobb, E., Kristjanson, L., Aoun, S., Monterosso, L., Halkett, G., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated Grief: A systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34 (8): 673 698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Magalhães, M. V., & de Assunção Melo, S. C. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em debate*, 1(1), 65-77.
- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Estratégias de enfrentamento de profissionais de saúde com síndrome de burnout: uma revisão sistemática. *Medicina*, 58 (2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Taylor & Francis.

- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. Sunnyvale, CA: CPP, incorporated.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.39740>
- Marques, A., (2018). Luto nos médicos. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10451/39637>
- McDonald, J., Swami, N., Hannon, B., Lo, C., Pope, A., Oza, A., & Zimmermann, C. (2017). Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Annals of Oncology*, 28(1), 163-168. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw438>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2019). Health professionals' mental health: a look at their suffering. *Trends in Psychology*, 27, 993-1006.
- Morgans, A. K., & Schapira, L. (2015). Confronting therapeutic failure: a conversation guide. *The oncologist*, 20(8), 946-951. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0050>
- Mori, M., Shimizu, C., Ogawa, A., Okusaka, T., Yoshida, S., & Morita, T. (2015). A national survey to systematically identify factors associated with oncologists' attitudes toward end-of-life discussions: what determines timing of end-of-life discussions? *The oncologist*, 20(11), 1304-1311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0147>
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International journal of community-based nursing and midwifery*, 4(1), 2.
- Oliveira, A. I. B. D., Wernet, M., Facio, B. C., Dias, P. L. M., & Fabbro, M. R. C. (2021). Motivação para a formação profissional: significados para o enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, e20190793. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0793>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d.). Linhas de Orientação para a prática profissional OPP: Cuidados Paliativos. Lisboa. Recuperado de:

https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lopp_no_a_mbito_do_s_cuidados_paliativos.pdf

- Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 41(1), 59-77. <https://doi.org/10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E>
- Papadatou, D., & Bellali, T. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric nursing*, 28(4).
- Pearce, C., Honey, J. R., Lovick, R., Creamer, N. Z., Henry, C., Langford, A., & Barclay, S. (2021). 'A silent epidemic of grief': a survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic. *BMJ open*, 11(3), e046872. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046872>
- Pruthi, S., & Goel, A. (2014). Doctors do cry. *Indian Journal of Medical Ethics*, 11(4), 249–251. <https://doi.org/10.20529/IJME.2014.063>
- Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). EMPATHY: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108-1112. <https://doi.org/10.1097/>
- Ravaldi, C., Mosconi, L., Mannetti, L., Checconi, M., Bonaiuti, R., Ricca, V., Mosca, F., Dani, C., & Vannacci, A. (2023). Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1050236>
- Redinbaugh, E. M., Sullivan, A. M., Block, S. D., Gadmer, N. M., Lakoma, M., Mitchell, A. M., Seltzer, D., Wolford, J., & Arnold, R. M. (2003). Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: Cross sectional study of hospital doctors. *British Medical Journal*, 327(7408), 185–189. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.185>
- Rushton, C. H., Sellers, D. E., Heller, K. S., Spring, B., Dossey, B. M., & Halifax, J. (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: Being with dying. *Palliative & supportive care*, 7(4), 405-414. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990411>

- Salazar, H., Correia, A., Bernardo, A., Rodrigues, C., Carqueja, E., Duarte, J., Moura, M.J. de J., Cunha, M. V., & Pinto, P. (2017). *Intervenção psicológica em cuidados paliativos*. Pactor.
- Salum, N. C., & Prado, M. L. (2014). A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 301-308. <https://doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>
- Samson, T., & Shvartzman, P. (2018). Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. *Palliative & supportive care*, 16(4), 442-451. <https://10.1017/S1478951517000487>
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., & Thomas, J. D. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The journal of supportive oncology*, 11(2), 75. [10.12788/j.suonc.0003](https://doi.org/10.12788/j.suonc.0003)
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of pain and symptom management*, 50(2), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Santos, J. L., Corral-Mulato, S., & Bueno, S. M. V. (2014). Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 18(3).
- Selman, L. (2021). Covid grief has cracked us open: how clinicians respond could reshape attitudes to bereavement—an essay by Lucy Selman. Selman. *bmj*, 374. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1803>
- Sousa, L. M., Carvalho, M. L., Veludo, F., José, H. M. G., & Marques-Vieira, C. (2015). Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enfermagem*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10884/1016>
- Subih, M., Al-Amer, R., Malak, M. Z., Randall, D. C., Darwish, R., Alomari, D., & Mosleh, S. (2022). Knowledge of critical care nurses about end-of-life care towards terminal

- illnesses: levels and correlating factors. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59. <https://doi.org/10.1177/00469580221080036>
- Thompson, Karen E., Anderson, Susan M., & Martinez, Danielle A. (2021). Training psychologists in bereavement care. *Counselling Psychology Review*, 36(1), 35-51.
- Van der Burgt, S. M., Kusurkar, R. A., Wilschut, J. A., Tjin A Tsoi, S. L., Croiset, G., & Peerdeman, S. M. (2019). Medical specialists' basic psychological needs, and motivation for work and lifelong learning: a two-step factor score path analysis. *BMC medical education*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1754-0>
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A. G., & Marôco, J. (2013). Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, saúde & doenças*, 14, 152-167. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.12/2494>
- VitalTalk. (2019). *Protocolos para comunicação eficaz*. <https://www.conversa.vital.org>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The lancet*, 388(10057), 2272-2281. [10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Wong, P., Reker, G., Gesser, G. (1994). *Death attitude profile – revised: a multidimensional measure of attitude toward death*. In R.A Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 121-148). Taylor & Francis.
- Yardley, S., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2012). Experiential learning: transforming theory into practice. *Medical teacher*, 34(2), 161-164. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.643264>
- Zambrano, S. C., & Barton, C. A. (2011). On the journey with the dying: how general practitioners experience the death of their patients. *Death studies*, 35(9), 824-851. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553315>
- Zamora, J. C., Marques, S. S., Pierdoná, M. T., Dupont, M. F., & Habigzang, L. F. (2022). Trauma vicário e secundário no trabalho com violência: revisão de escopo. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 22(2), 2002-2010.

Zerbe, K. J., & Steinberg, D. L. (2000). Coming to terms with grief and loss: can skills for dealing with bereavement be learned? *Postgraduate Medicine*, 108(6), 97-106.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2000.11.1292>

Anexos

Anexo A – Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP) – (Gama, 2011)

Todos os dias no nosso trabalho lidamos com sentimentos dos doentes e das suas famílias. O objetivo deste questionário é estudar os nossos próprios sentimentos, como seres humanos, perante a morte de quem tratamos. Deverá ler, cuidadosamente, cada afirmação e depois até que ponto concorda ou discorda dela. Algumas questões são específicas, outras são muito gerais relativamente à nossa experiência de vida.

Coloque um círculo num dos números, de 1 a 5, usando a chave de correspondência identificada. É importante que responda a todos os itens para que os resultados possam ser avaliados.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos.	1	2	3	4	5
2. Sinto que estou a perder a minha liberdade.	1	2	3	4	5
3. Não tenho ninguém com quem conversar.	1	2	3	4	5
4. Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente.	1	2	3	4	5
5. Passo muito tempo preocupado(a) com as coisas más que poderão acontecer.	1	2	3	4	5
6. Lidar com a morte e agonia assemelha-se a uma perda dupla... perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família.	1	2	3	4	5
7. Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar.	1	2	3	4	5
8. Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal.	1	2	3	4	5
9. Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes.	1	2	3	4	5
10. Tenho insónias, porque estou preocupado(a) com o que está a acontecer aos meus doentes e como atuarei no dia seguinte.	1	2	3	4	5

11. As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar.	1	2	3	4	5
12. Sinto-me tão frustrado(a) que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa.	1	2	3	4	5
13. Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço.	1	2	3	4	5
14. Estou agarrado(a) a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação.	1	2	3	4	5
15. É doloroso cuidar de doentes em fase terminal.	1	2	3	4	5

Anexo B – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) – (Vicente et al., 2013)

Faça um círculo em torno do número que melhor se adequa à sua situação:

Afirmações	Com que frequência:
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto.	0 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.	6 5 4 3 2 1 0
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objectos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.	0 1 2 3 4 5 6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.	6 5 4 3 2 1 0
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
12. Sinto-me muito enérgico.	6 5 4 3 2 1 0
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.	0 1 2 3 4 5 6
16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.	0 1 2 3 4 5 6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.	6 5 4 3 2 1 0
20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”).	0 1 2 3 4 5 6
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.	6 5 4 3 2 1 0
22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0 1 2 3 4 5 6

Anexo C – Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) – (Jesus, 2010)

Leia atentamente cada afirmação, e depois indique o quanto concorda ou discorda com a mesma. Por exemplo um item pode afirmar “A morte é uma amiga”. Indique o quanto concorda ou discorda, desenhando um círculo, em torno da opção, ou fazendo um X, sobre a mesma (o que for mais simples para si). As opções de resposta vão do Concordo MUITÍSSIMO ao Discordo MUITÍSSIMO e do Discordo MUITÍSSIMO ao Concordo MUITÍSSIMO.

Se concordar MUITÍSSIMO com a afirmação fará um círculo em torno da opção “Concordo MUITÍSSIMO”. Se discordar MUITÍSSIMO com a afirmação fará um círculo em torno da opção “Discordo MUITÍSSIMO”. Se estiver indeciso, escolha a opção “Não Concordo nem Discordo”. Tente no entanto usar esta opção o menos possível.

É importante que pense bem em cada afirmação e que responda a todas elas.

Muitas das afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para evidenciar pequenas diferenças ao nível das atitudes.

1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

2. Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

3. Evito pensamentos acerca da morte a todo o custo

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

4. Acredito que irei para o Céu depois de morrer

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

5. A morte porá fim a todos os meus problemas

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

6. A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

7. Perturba-me o facto da morte ser irreversível

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

9. A morte permite escapar deste mundo terrível

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

12. Tento sempre não pensar na morte

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

14. A morte é um aspecto natural da vida

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

18. Tenho um intenso medo da morte

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

19. Evito por completo pensar na morte

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

21. O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

22. Aguardo com expectativa a reunião com os que amei, depois da morte

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

26. Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

27. A morte oferece a maravilhosa libertação da alma

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

28. Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

30. A morte não é boa nem má

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

31. Aguardo com expectativa a vida depois da morte

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

32. A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL)

Grupo A

As experiências de perda e luto são inerentes à prática clínica, tornando-se muitas vezes num desafio para os profissionais de saúde que lidam com este processo. O presente instrumento pretende compreender quais as perceções e necessidades formativas dos profissionais de saúde face a esta problemática. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e selecione de **1 (Discordo Totalmente)** a **5 (Concordo Extremamente)**, de acordo com o seu **grau de concordância**. Selecione *Não aplicável* se considerar que a questão não se aplica ao seu caso particular.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo moderadamente	Concordo bastante	Concordo Extremamente	Não aplicável
1. Considero importante a formação sobre o luto na minha prática clínica.	1	2	3	4	5	N/A
2. Sinto-me satisfeito/a com a formação académica/profissional que recebi sobre o luto.	1	2	3	4	5	N/A
3. Sinto-me motivado para receber formação na área do luto.	1	2	3	4	5	N/A
4. Considero importante receber formação sobre as especificidades do luto nas crianças e adolescentes.	1	2	3	4	5	N/A
5. Sinto-me motivado/a para abordar o tema de luto de forma prática em contexto formativo (ex.: discussão de casos).	1	2	3	4	5	N/A
6. Sinto-me confortável para explorar as minhas próprias experiências de luto em contexto formativo.	1	2	3	4	5	N/A
7. Tenho expectativa que a formação na área do luto se traduza em mudanças reais na minha prática clínica.	1	2	3	4	5	N/A
8. Sinto-me satisfeito/a com as práticas de apoio no luto do meu serviço.	1	2	3	4	5	N/A
9. Sinto-me confortável na gestão dos meus próprios sentimentos relacionados com a perda dos meus doentes.	1	2	3	4	5	N/A

10. Sinto-me confortável para abordar os meus sentimentos de luto com a minha equipa.	1	2	3	4	5	N/ A
---------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	---------

Grupo B

Cada item deste grupo reflete uma competência específica na interação com pessoas em situação de perda e luto. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e selecione de **1 (Nada Confiante)** a **5 (Extremamente Confiante)**, de acordo com o **grau de confiança** em relação a cada uma destas práticas/temáticas. Selecione *Não aplicável* se considerar que a questão não se aplica ao seu caso particular.

	Nada confiante	Pouco confiante	Moderadamente confiante	Bastante confiante	Extremamente confiante	Não aplicável
1. Transmitir más notícias.	1	2	3	4	5	N/ A
2. Responder de forma empática às emoções.	1	2	3	4	5	N/ A
3. Gerir situações de crise.	1	2	3	4	5	N/ A
4. Abordar o tema da morte.	1	2	3	4	5	N/ A
5. Facilitar a adaptação às perdas relacionadas com a doença (ex.: perda de autonomia).	1	2	3	4	5	N/ A
6. Distinguir entre respostas vivenciais normais e patológicas na adaptação à doença avançada.	1	2	3	4	5	N/ A
7. Favorecer a tomada de decisão conjunta com o doente e família sobre os processos terapêuticos.	1	2	3	4	5	N/ A
8. Reconhecer os limites da minha intervenção com o doente e família.	1	2	3	4	5	N/ A
9. Gerir situações em que a família recusa a transmissão de informação sobre o estado de saúde do doente.	1	2	3	4	5	N/ A
10. Dar suporte emocional à família no luto.	1	2	3	4	5	N/ A
11. Informar e apoiar na transmissão da notícia de morte às crianças.	1	2	3	4	5	N/ A
12. Utilizar técnicas de relaxamento corporal.	1	2	3	4	5	N/ A

13. Fornecer informação sobre o processo de luto.	1	2	3	4	5	N/ A
14. Apoiar no luto por perda de filhos.	1	2	3	4	5	N/ A
15. Dar suporte à criança e adolescente em luto.	1	2	3	4	5	N/ A
16. Identificar familiares em risco de luto complicado/patológico.	1	2	3	4	5	N/ A
17. Distinguir entre luto normal e luto complicado/patológico.	1	2	3	4	5	N/ A
18. Distinguir entre luto complicado/patológico e depressão.	1	2	3	4	5	N/ A
19. Identificar manifestações de ideação suicida.	1	2	3	4	5	N/ A
20. Identificar a necessidade e encaminhar para a consulta de psicologia em caso de dificuldades de adaptação à doença e/ou luto.	1	2	3	4	5	N/ A
21. Implementar rituais de despedida do doente no serviço (ex.: escrever carta de condolências).	1	2	3	4	5	N/ A
22. Implementar estratégias de auto-cuidado para prevenção do stress profissional (ex.: meditação).	1	2	3	4	5	N/ A

Anexo E – Questionário Online no *Qualtrics*

A presente investigação insere-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da aluna Sofia Aníbal, pelo ISPA. Este projeto está a ser coordenado e orientado pela Professora Doutora Alexandra Coelho, tendo, igualmente, como responsável de investigação a Dra. Catarina Bragança Nobre. O **objetivo** desta investigação é **desenvolver e validar uma Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL)**, dado que do nosso conhecimento não existe nenhum instrumento de avaliação das necessidades formativas dos profissionais de saúde na área do luto.

Desta forma, venho solicitar a sua participação, através do preenchimento de um questionário, com duração máxima de 15 minutos.

Pedimos a sua **colaboração na investigação se:**

- 1) É um **profissional de saúde (medicina, enfermagem, psicologia ou serviço social)**;
- 2) **Trabalha** num serviço/setor onde tem **contacto com situações de doença avançada, morte e/ou luto**;
- 3) Tem **pelo menos 6 meses de experiência profissional**;
- 4) **Exerce atividade profissional em entidades públicas ou privadas de saúde**;
- 5) Encontra **ativo no mercado de trabalho**.

A sua participação nesta investigação será **voluntária, anónima e confidencial**.

Aceita participar na investigação?

Sim

Não

Idade

Sexo

Feminino

Masculino

Outro

Prefiro não dizer

Estado Civil

Solteiro(a)

União de facto

Casado(a)

Divorçado(a)

Viúvo(a)

Profissão

Médico

Enfermeiro

Psicólogo

Assistente Social

Tempo de exercício de profissional (em meses/anos)

Tempo de serviço profissional no atual local de trabalho (em meses/anos)

Habilitações profissionais

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Serviço onde se encontra a exercer funções atualmente

Por mês, em média, quantas pessoas morrem no seu serviço?

Em que instituição exerce funções?

Escala das Necessidades de Formação no Luto (ENFL)

Grupo A

As experiências de perda e luto são inerentes à prática clínica, tornando-se muitas vezes num desafio para os profissionais de saúde que lidam com este processo. O presente instrumento pretende compreender quais as perceções e necessidades formativas dos profissionais de saúde face a esta problemática. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e seleccione de **1 (Discordo Totalmente)** a **5 (Concordo Extremamente)**, de acordo com o seu **grau de concordância**. Seleccione Não aplicável se considerar que a questão não se aplica ao seu caso particular.

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Concordo Moderadamente	4. Concordo Bastante	5. Concordo Extremamente	N. Aplicável
1. Considero importante a formação sobre o luto na minha prática clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto-me satisfeito/a com a formação académica/profissional que recebi sobre o luto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sinto-me motivado para receber formação na área do luto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Considero importante receber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sinto-me motivado/a para abordar o tema de luto de forma prática em contexto formativo (ex.: discussão de casos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto-me confortável para explorar as minhas próprias experiências de luto em contexto formativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tenho expectativa que a formação na área do luto se traduza em mudanças reais na minha prática clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sinto-me satisfeito/a com as práticas de apoio no luto do meu serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sinto-me confortável na gestão dos meus próprios sentimentos relacionados com a perda dos meus doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sinto-me confortável para abordar os meus sentimentos de luto com a minha equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grupo B

Cada item deste grupo reflete uma competência específica na interação com pessoas em situação de perda e luto. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e selecione de **1 (Nada Confiante)** a **5 (Extremamente Confiante)**, de acordo com o grau de confiança em relação a cada uma destas práticas/temáticas. Selecione Não aplicável se considerar que a questão não se aplica ao seu caso particular.

	1. Nada Confiante	2. Pouco Confiante	3. Moderadamente Confiante	4. Bastante Confiante	5. Extremamente Confiante	Não Aplico
1. Transmitir más notícias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Responder de forma empática às emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gerir situações de crise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Abordar o tema da morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Facilitar a adaptação às perdas relacionadas com a doença (ex: perda de autonomia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Distinguir entre respostas vivenciais normais e patológicas na adaptação à doença avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Favorecer a tomada de decisão conjunta com o doente e família sobre os processos terapêuticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Reconhecer os limites da minha intervenção com o doente e família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gerir situações em que a família recusa a transmissão de informação sobre o estado de saúde do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dar suporte emocional à família no luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Informar e apoiar na transmissão da notícia de morte às crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Nada Confiante	2. Pouco Confiante	3. Moderadamente Confiante	4. Bastante Confiante	5. Extremamente Confiante	Não Aplic
12. Utilizar técnicas de relaxamento corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Fornecer informação sobre o processo de luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Apoiar no luto por perda de filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dar suporte à criança e adolescente em luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Identificar familiares em risco de luto complicado/patológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Distinguir entre luto normal e luto complicado/patológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Distinguir entre luto complicado/patológico e depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Nada Confiante	2. Pouco Confiante	3. Moderadamente Confiante	4. Bastante Confiante	5. Extremamente Confiante	Não Aplic
18. Distinguir entre luto complicado/patológico e depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Identificar manifestações de ideação suicida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Identificar a necessidade e encaminhar para a consulta de psicologia em caso de dificuldades de adaptação à doença e/ou luto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Implementar rituais de despedida do doente no serviço (ex.: escrever carta de condolências)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Implementar estratégias de auto-cuidado para prevenção do stress profissional (ex.: meditação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP)

Todos os dias os profissionais de saúde lidam com sentimentos dos doentes e das suas famílias. O objetivo deste questionário é estudar os seus próprios sentimentos, como seres humanos, perante a morte de quem tratamos. Algumas questões são específicas, outras são muito gerais relativamente à vossa experiência de vida. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e seleccione de **1 (Discordo Totalmente)** a **5 (Concordo Totalmente)**, de acordo com o seu grau de concordância.

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Neutro	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
1. Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto que estou a perder a minha liberdade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Não tenho ninguém com quem conversar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Passo muito tempo preocupado(a) com as coisas más que poderão acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Lidar com a morte e agonia assemelha-se a uma perda dupla... perco a proximidade com os meus doentes e intimidade com a minha família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tenho insónias, porque estou preocupado(a) com o que está a acontecer aos meus doentes e como atuarei no dia seguinte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Neutro	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
12. Sinto-me tão frustrado(a) que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estou agarrado (a) a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. É doloroso cuidar de doentes em fase terminal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)

O presente instrumento destina-se a compreender qual é o seu nível de cansaço relacionado com a prestação de cuidados. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e, com base na **frequência**, selecione uma pontuação de **0 (Nunca) a 6 (Sempre)**.

	0. Nunca	1. Quase nunca	2. Algumas vezes	3. Regularmente	4. Bastantes vezes	5. Quase sempre	6. Sempre
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0. Nunca	1. Quase nunca	2. Algumas vezes	3. Regularmente	4. Bastantes vezes	5. Quase sempre	6. Sempre
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objetos impessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0. Nunca	1. Quase nunca	2. Algumas vezes	3. Regularmente	4. Bastantes vezes	5. Quase sempre	6. Sempre
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sinto-me muito enérgico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Algumas vezes 3. Regularmente 4. Bastantes vezes 5. Quase sempre 6. Sempre

18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Algumas vezes 3. Regularmente 4. Bastantes vezes 5. Quase sempre 6. Sempre

19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Algumas vezes 3. Regularmente 4. Bastantes vezes 5. Quase sempre 6. Sempre

20. Sinto que estou no meu limite ("fim de linha").

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Algumas vezes 3. Regularmente 4. Bastantes vezes 5. Quase sempre 6. Sempre

21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Algumas vezes 3. Regularmente 4. Bastantes vezes 5. Quase sempre 6. Sempre

22. Sinto que os meus utentes me culpam por alguns dos seus problemas.

0. Nunca 1. Quase nunca 2. Algumas vezes 3. Regularmente 4. Bastantes vezes 5. Quase sempre 6. Sempre

Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)

O presente instrumento tem como objetivo mensurar um conjunto de atitudes associadas ao processo da morte. Muitos dos itens podem parecer semelhantes, mas todos são necessários para evidenciar pequenas diferenças ao nível das atitudes. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e seleccione de **1 (Discordo MUITÍSSIMO)** a **7 (Concordo MUITÍSSIMO)**, de acordo com o seu **grau de concordância**.

1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.

1. Discordo MUITÍSSIMO 2. Discordo 3. Discordo Moderadamente 4. Não Concordo nem Discordo 5. Concordo Moderadamente 6. Concordo

2. Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade.

1. Discordo MUITÍSSIMO 2. Discordo 3. Discordo Moderadamente 4. Não Concordo nem Discordo 5. Concordo Moderadamente 6. Concordo

3. Evito pensamento acerca da morte a todo o custo.

1. Discordo MUITÍSSIMO 2. Discordo 3. Discordo Moderadamente 4. Não Concordo nem Discordo 5. Concordo Moderadamente 6. Concordo

	1. Discordo Multíssimo	2. Discordo	3. Discordo Moderadamente	4. Não Concordo nem Discordo	5. Concordo Moderadamente	6. Concordo
4. Acredito que irei para o céu depois de morrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A morte porá fim a todos os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A morte devia ser alhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Perturba-me o facto da morte ser irreversível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo Multíssimo	2. Discordo	3. Discordo Moderadamente	4. Não Concordo nem Discordo	5. Concordo Moderadamente	6. Concordo
9. A morte permite escapar deste mundo terrível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tento sempre não pensar na morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo Multíssimo	2. Discordo	3. Discordo Moderadamente	4. Não Concordo nem Discordo	5. Concordo Moderadamente	6. Concordo
14. A morte é um aspeto natural da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tenho um intenso medo da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo Multíssimo	2. Discordo	3. Discordo Moderadamente	4. Não Concordo nem Discordo	5. Concordo Moderadamente	6. Concordo
19. Evito por completo pensar na morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.guardo com expectativa a reunião com os que amei, depois da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo Muitíssimo	2. Discordo	3. Discordo Moderadamente	4. Não Concordo nem Discordo	5. Concordo Moderadamente	6. Concordo
24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. A morte oferece a maravilhosa libertação da alma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo Muitíssimo	2. Discordo	3. Discordo Moderadamente	4. Não Concordo nem Discordo	5. Concordo Moderadamente	6. Concordo
28. Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. A morte não é boa nem má.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.guardo com expectativa a vida depois da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigada pela sua participação!

A sua colaboração foi de extrema importância para a validação deste instrumento.

Na eventualidade de conhecer alguém que se enquadre nos requisitos para participar na presente investigação, por favor, sinta-se à vontade para partilhar o link do questionário.

Se tiver mais alguma sugestão ou feedback que gostaria de partilhar connosco, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contacto, através do seguinte email: 27590@alunos.ispa.pt

Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

Anexo F – Imputação Múltipla

Overall Summary of Missing Values

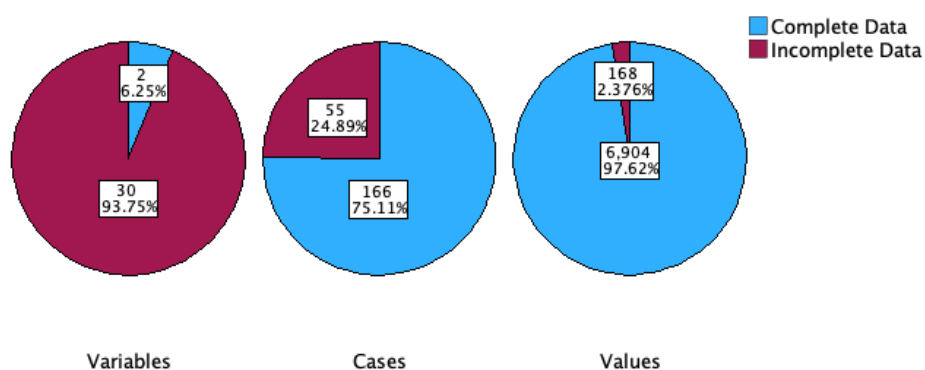


Gráfico 1. Amostra e percentagens dos valores em falta dos dados

Tabela 5.
Distribuição dos valores em falta

Variable Summary^{a,b}

	Missing		Valid N	Mean	Std. Deviation
	N	Percent			
ENFL_B_11	24	10.9%	197	2.51	1.081
ENFL_B_15	19	8.6%	202	2.40	1.028
ENFL_A_4	13	5.9%	208	4.47	.792
ENFL_A_8	10	4.5%	211	2.97	1.011
ENFL_B_20	9	4.1%	212	3.49	.976
ENFL_B_14	9	4.1%	212	2.68	1.144
ENFL_B_12	9	4.1%	212	2.80	1.085
ENFL_B_21	8	3.6%	213	2.96	1.138
ENFL_B_9	7	3.2%	214	3.12	.885
ENFL_B_22	5	2.3%	216	2.94	1.059
ENFL_B_19	5	2.3%	216	2.94	1.032
ENFL_B_1	5	2.3%	216	3.22	.896
ENFL_B_16	4	1.8%	217	3.05	.994
ENFL_B_7	4	1.8%	217	3.37	.939
ENFL_B_5	4	1.8%	217	3.38	.885
ENFL_A_9	4	1.8%	217	3.53	.898
ENFL_B_18	3	1.4%	218	2.84	1.028
ENFL_B_17	3	1.4%	218	3.08	1.026
ENFL_B_13	3	1.4%	218	3.13	1.048
ENFL_B_6	3	1.4%	218	3.24	.906
ENFL_A_7	3	1.4%	218	4.30	.786
ENFL_A_2	3	1.4%	218	2.66	1.138
ENFL_B_2	2	0.9%	219	3.80	.746
ENFL_A_10	2	0.9%	219	3.74	.894
ENFL_A_1	2	0.9%	219	4.71	.646

a. Maximum number of variables shown: 25

b. Minimum percentage of missing values for variable to be included: 0.0%

Anexo G – Análise da Normalidade (Curtose, Assimetria e Teste Shapiro Wilk)

Descriptive Statistics ▼

	Valid	Missing	Mean	Std. Deviation	Skewness	Std. Error of Skewness	Kurtosis	Std. Error of Kurtosis	Shapiro-Wilk	P-value of Shapiro-Wilk	Minimum	Maximum
ENFL_A_1	219	2	4.712	0.646	-3.051	0.164	11.673	0.327	0.496	< .001	1.000	5.000
ENFL_A_3	220	1	4.505	0.679	-1.208	0.164	0.891	0.327	0.704	< .001	2.000	5.000
ENFL_A_5	220	1	4.295	0.865	-1.253	0.164	1.618	0.327	0.760	< .001	1.000	5.000
ENFL_A_6	220	1	3.886	1.030	-0.530	0.164	-0.469	0.327	0.852	< .001	1.000	5.000
ENFL_A_7	218	3	4.303	0.786	-0.822	0.165	-0.181	0.328	0.779	< .001	2.000	5.000
ENFL_B_1	216	5	3.218	0.896	-0.091	0.166	0.080	0.330	0.887	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_2	219	2	3.799	0.746	-0.192	0.164	0.110	0.327	0.838	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_3	221	0	3.380	0.820	-0.158	0.164	-0.155	0.326	0.873	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_4	221	0	3.507	0.980	-0.312	0.164	-0.379	0.326	0.897	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_5	217	4	3.382	0.885	-0.306	0.165	0.006	0.329	0.884	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_6	218	3	3.243	0.906	-0.200	0.165	-0.073	0.328	0.892	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_7	217	4	3.369	0.939	-0.325	0.165	-0.095	0.329	0.893	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_8	220	1	3.659	0.769	-0.242	0.164	0.091	0.327	0.853	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_9	214	7	3.121	0.885	0.006	0.166	-0.124	0.331	0.890	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_10	220	1	3.468	0.948	-0.216	0.164	-0.656	0.327	0.888	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_11	197	24	2.508	1.081	0.347	0.173	-0.540	0.345	0.901	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_12	212	9	2.797	1.085	0.254	0.167	-0.598	0.333	0.910	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_13	218	3	3.128	1.048	-0.066	0.165	-0.645	0.328	0.912	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_14	212	9	2.679	1.144	0.156	0.167	-0.801	0.333	0.910	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_15	202	19	2.401	1.028	0.353	0.171	-0.586	0.341	0.893	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_16	217	4	3.046	0.994	-0.036	0.165	-0.604	0.329	0.906	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_17	218	3	3.083	1.026	-0.193	0.165	-0.550	0.328	0.907	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_18	218	3	2.839	1.028	0.199	0.165	-0.493	0.328	0.909	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_19	216	5	2.935	1.032	0.079	0.166	-0.460	0.330	0.912	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_20	212	9	3.486	0.976	-0.269	0.167	-0.355	0.333	0.898	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_21	213	8	2.958	1.138	0.064	0.167	-0.754	0.332	0.917	< .001	1.000	5.000
ENFL_B_22	216	5	2.944	1.059	0.064	0.166	-0.578	0.330	0.915	< .001	1.000	5.000

Anexo H – Teste KMO completo

Tabela 6.

Teste KMO

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test

	MSA
Overall MSA	0.749
ENFL_A_1	0.303
ENFL_A_3	0.409
ENFL_A_4	0.310
ENFL_A_5	0.494
ENFL_A_6	0.758
ENFL_A_7	0.314
ENFL_A_8	0.501
ENFL_A_9	0.929
ENFL_B_1	0.812
ENFL_B_2	0.921
ENFL_B_3	0.726
ENFL_B_4	0.809
ENFL_B_5	0.915
ENFL_B_6	0.952
ENFL_B_7	0.840
ENFL_B_8	0.905
ENFL_B_9	0.676

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test

	MSA
ENFL_B_10	0.872
ENFL_B_11	0.824
ENFL_B_12	0.928
ENFL_B_13	0.899
ENFL_B_14	0.861
ENFL_B_15	0.617
ENFL_B_16	0.795
ENFL_B_17	0.702
ENFL_B_18	0.776
ENFL_B_19	0.881
ENFL_B_20	0.717
ENFL_B_21	0.634
ENFL_B_22	0.662

Anexo I – Análise paralela e variância explicada dos fatores

Tabela 8.

Análise Paralela – retenção de 3 fatores

Parallel Analysis

	Real data component eigenvalues	Simulated data mean eigenvalues
Fator 1*	14.405	1.752
Fator 2*	3.315	1.647
Fator 3*	1.675	1.574
Fator 4	1.227	1.490
Fator 5	1.120	1.440
Fator 6	0.899	1.389
Fator 7	0.811	1.327
Fator 8	0.738	1.278
Fator 9	0.634	1.232
Fator 10	0.588	1.192
Fator 11	0.533	1.146
Fator 12	0.495	1.099
Fator 13	0.437	1.059
Fator 14	0.395	1.017
Fator 15	0.351	0.980
Fator 16	0.314	0.930
Fator 17	0.284	0.891
Fator 18	0.242	0.860
Fator 19	0.240	0.828

Parallel Analysis

	Real data component eigenvalues	Simulated data mean eigenvalues
Fator 20	0.222	0.801
Fator 21	0.212	0.765
Fator 22	0.196	0.735
Fator 23	0.154	0.695
Fator 24	0.124	0.660
Fator 25	0.114	0.625
Fator 26	0.080	0.594
Fator 27	0.069	0.560
Fator 28	0.061	0.524
Fator 29	0.053	0.478
Fator 30	0.013	0.430

Note. '*' = Factor should be retained. Results from PC-based parallel analysis.

Tabela 9.

Características dos fatores – Variância Explicada

Factor Characteristics

	Rotated solution			
	Eigenvalues	SumSq. Loadings	Proportion var.	Cumulative
Fator 1	14.405	7.688	0.256	0.256
Fator 2	3.315	7.289	0.243	0.499
Fator 3	1.675	3.223	0.107	0.607

Anexo J – Correlações de Pearson entre ENFL e SLP, MBI-HSS e DAP-R

Tabela 24.

Correlação entre ENFL e SLP

Correlations

		LPósMorte	LPréMorte	MotivFormLuto	ConfinAtorment ado	EsfçEmocional	PerdNostálgica	PartIncompreend ida
LPósMorte	Pearson Correlation	1	.807**	.271**	-.399**	-.429**	-.082	-.348**
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	<.001	<.001	.287	<.001
	N	180	175	177	169	169	169	169
LPréMorte	Pearson Correlation	.807**	1	.250**	-.433**	-.468**	-.185**	-.357**
	Sig. (2-tailed)	<.001		<.001	<.001	<.001	.010	<.001
	N	175	205	201	194	194	194	194
MotivFormLuto	Pearson Correlation	.271**	.250**	1	-.050	-.244**	.034	-.013
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001		.480	<.001	.630	.856
	N	177	201	215	202	202	202	202
ConfinAtormentado	Pearson Correlation	-.399**	-.433**	-.050	1	.555**	.510**	.730**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.480		<.001	<.001	<.001
	N	169	194	202	207	207	207	207
EsfçEmocional	Pearson Correlation	-.429**	-.468**	-.244**	.555**	1	.368**	.415**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001	<.001		<.001	<.001
	N	169	194	202	207	207	207	207
PerdNostálgica	Pearson Correlation	-.082	-.185**	.034	.510**	.368**	1	.321**
	Sig. (2-tailed)	.287	.010	.630	<.001	<.001		<.001
	N	169	194	202	207	207	207	207
PartIncompreendida	Pearson Correlation	-.348**	-.357**	-.013	.730**	.415**	.321**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.856	<.001	<.001	<.001	
	N	169	194	202	207	207	207	207

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 25.

Correlação entre ENFL e MBI-HSS

Correlations

		LPósMorte	LPréMorte	MotivFormLuto	ExhaustEmocional	Despersonalizaçã o	RealizPessoal
LPósMorte	Pearson Correlation	1	.807**	.271**	-.305**	-.316**	.549**
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	180	175	177	167	167	167
LPréMorte	Pearson Correlation	.807**	1	.250**	-.321**	-.319**	.527**
	Sig. (2-tailed)	<.001		<.001	<.001	<.001	<.001
	N	175	205	201	190	190	190
MotivFormLuto	Pearson Correlation	.271**	.250**	1	.009	.024	.272**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001		.902	.740	<.001
	N	177	201	215	199	199	199
ExhaustEmocional	Pearson Correlation	-.305**	-.321**	.009	1	.504**	-.390**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.902		<.001	<.001
	N	167	190	199	203	203	203
Despersonalização	Pearson Correlation	-.316**	-.319**	.024	.504**	1	-.373**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.740	<.001		<.001
	N	167	190	199	203	203	203
RealizPessoal	Pearson Correlation	.549**	.527**	.272**	-.390**	-.373**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	
	N	167	190	199	203	203	203

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 26.**Correlação ENFL e DAP-R**

Correlations

		LPósMorte	LPréMorte	MotivFormLuto	Aproximação	Medo	Evitamento	Escape	Neutralidade
LPósMorte	Pearson Correlation	1	.807**	.271**	.011	-.433**	-.517**	-.271**	.127
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	.890	<.001	<.001	<.001	.109
	N	180	175	177	160	160	160	160	160
LPréMorte	Pearson Correlation	.807**	1	.250**	-.049	-.473**	-.533**	-.248**	.287**
	Sig. (2-tailed)	<.001		<.001	.509	<.001	<.001	<.001	<.001
	N	175	205	201	181	181	181	181	181
MotivFormLuto	Pearson Correlation	.271**	.250**	1	.045	-.217**	-.285**	-.178*	.056
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001		.537	.003	<.001	.014	.447
	N	177	201	215	190	190	190	190	190
Aproximação	Pearson Correlation	.011	-.049	.045	1	.086	.075	.349**	-.010
	Sig. (2-tailed)	.890	.509	.537		.234	.300	<.001	.889
	N	160	181	190	194	194	194	194	194
Medo	Pearson Correlation	-.433**	-.473**	-.217**	.086	1	.736**	.174*	-.269**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.003	.234		<.001	.015	<.001
	N	160	181	190	194	194	194	194	194
Evitamento	Pearson Correlation	-.517**	-.533**	-.285**	.075	.736**	1	.286**	-.306**
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	<.001	.300	<.001		<.001	<.001
	N	160	181	190	194	194	194	194	194
Escape	Pearson Correlation	-.271**	-.248**	-.178*	.349**	.174*	.286**	1	-.087
	Sig. (2-tailed)	<.001	<.001	.014	<.001	.015	<.001		.230
	N	160	181	190	194	194	194	194	194
Neutralidade	Pearson Correlation	.127	.287**	.056	-.010	-.269**	-.306**	-.087	1
	Sig. (2-tailed)	.109	<.001	.447	.889	<.001	<.001	.230	
	N	160	181	190	194	194	194	194	194

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo K – Versão Final da ENFL**ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO NO LUTO (ENFL)****Grupo A**

As experiências de perda e luto são inerentes à prática clínica, tornando-se muitas vezes num desafio para os profissionais de saúde que lidam com este processo. O presente instrumento pretende compreender quais as percepções e necessidades formativas dos profissionais de saúde face a esta problemática. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e selecione de **1 (Discordo Totalmente)** a **5 (Concordo Extremamente)**, de acordo com o seu **grau de concordância**. Selecione *Não aplicável* se considerar que a questão não se aplica ao seu caso particular.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo moderadamente	Concordo bastante	Concordo Extremamente	Não aplicável
1. Considero importante a formação sobre o luto na minha prática clínica.	1	2	3	4	5	N/A

2. Sinto-me motivado para receber formação na área do luto.	1	2	3	4	5	N/A
3. Sinto-me motivado/a para abordar o tema de luto de forma prática em contexto formativo (ex.: discussão de casos).	1	2	3	4	5	N/A
	1	2	3	4	5	N/A
4. Sinto-me confortável para explorar as minhas próprias experiências de luto em contexto formativo.	1	2	3	4	5	N/A
5. Tenho expectativa que a formação na área do luto se traduza em mudanças reais na minha prática clínica.	1	2	3	4	5	N/A

Grupo B

Cada item deste grupo reflete uma competência específica na interação com pessoas em situação de perda e luto. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e selecione de **1 (Nada Confiante)** a **5 (Extremamente Confiante)**, de acordo com o **grau de confiança** em relação a cada uma destas práticas/temáticas. Selecione *Não aplicável* se considerar que a questão não se aplica ao seu caso particular.

	Nada confiante	Pouco confiante	Moderadamente confiante	Bastante confiante	Extremamente confiante	Não aplicável
1. Transmitir más notícias.	1	2	3	4	5	N/A
2. Responder de forma empática às emoções.	1	2	3	4	5	N/A
3. Gerir situações de crise.	1	2	3	4	5	N/A
4. Abordar o tema da morte.	1	2	3	4	5	N/A
5. Facilitar a adaptação às perdas relacionadas com a doença (ex.: perda de autonomia).	1	2	3	4	5	N/A
6. Distinguir entre respostas vivenciais normais e patológicas na adaptação à doença avançada.	1	2	3	4	5	N/A
7. Favorecer a tomada de decisão conjunta com o doente e família sobre os processos terapêuticos.	1	2	3	4	5	N/A

8. Reconhecer os limites da minha intervenção com o doente e família.	1	2	3	4	5	N/A
9. Gerir situações em que a família recusa a transmissão de informação sobre o estado de saúde do doente.	1	2	3	4	5	N/A
10. Dar suporte emocional à família no luto.	1	2	3	4	5	N/A
11. Informar e apoiar na transmissão da notícia de morte às crianças.	1	2	3	4	5	N/A
12. Utilizar técnicas de relaxamento corporal.	1	2	3	4	5	N/A
13. Fornecer informação sobre o processo de luto.	1	2	3	4	5	N/A
14. Apoiar no luto por perda de filhos.	1	2	3	4	5	N/A
15. Dar suporte à criança e adolescente em luto.	1	2	3	4	5	N/A
16. Identificar familiares em risco de luto complicado/patológico.	1	2	3	4	5	N/A
17. Distinguir entre luto normal e luto complicado/patológico.	1	2	3	4	5	N/A
18. Distinguir entre luto complicado/patológico e depressão.	1	2	3	4	5	N/A
19. Identificar manifestações de ideação suicida.	1	2	3	4	5	N/A
20. Identificar a necessidade e encaminhar para a consulta de psicologia em caso de dificuldades de adaptação à doença e/ou luto.	1	2	3	4	5	N/A
21. Implementar rituais de despedida do doente no serviço (ex.: escrever carta de condolências).	1	2	3	4	5	N/A
22. Implementar estratégias de auto-cuidado para prevenção do stress profissional (ex.: meditação).	1	2	3	4	5	N/A

Anexo L – Itens e respetivas cargas fatoriais constituintes da ENFL (Tabela 27)

Tabela 27.

27 Itens e respetivas cargas fatoriais constituintes da ENFL

Factor Loadings

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
B20. Identificar a necessidade e encaminhar para a consulta de psicologia em caso de dificuldades de adaptação à doença e/ou luto.	0.908	0.109	0.067
B13. Fornecer informação sobre o processo de luto.	0.813	0.148	0.007
B15. Dar suporte à criança e adolescente em luto.	0.784	0.069	0.100
B18. Distinguir entre luto complicado/patológico e depressão.	0.738	0.202	0.013
B17. Distinguir entre luto normal e luto complicado/patológico.	0.697	0.252	0.029
B12. Utilizar técnicas de relaxamento corporal.	0.684	0.065	0.037
B22. Implementar estratégias de auto-cuidado para prevenção do stress profissional (ex.: meditação).	0.680	0.023	0.071
B11. Informar e apoiar na transmissão da notícia de morte às crianças.	0.652	0.181	0.063
B14. Apoiar no luto por perda de filhos.	0.628	0.309	0.151
B21. Implementar rituais de despedida do doente no serviço (ex.: escrever carta de condolências).	0.615	0.158	0.002
B19. Identificar manifestações de ideação suicida.	0.613	0.132	0.102
B16. Identificar familiares em risco de luto complicado/patológico.	0.569	0.369	0.018
B6. Distinguir entre respostas vivenciais normais e patológicas na adaptação à doença avançada.	0.288	0.656	0.053
B10. Dar suporte emocional à família no luto.	0.285	0.620	0.008
A7. Tenho expectativa que a formação na área do luto se traduza em mudanças reais na minha prática clínica.	0.202	0.128	0.794

Factor Loadings

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
A5. Sinto-me motivado/a para abordar o tema de luto de forma prática em contexto formativo (ex.: discussão de casos).	0.200	0.250	0.795
B4. Abordar o tema da morte.	0.161	0.669	0.178
B2. Responder de forma empática às emoções.	0.127	0.588	0.123
B8. Reconhecer os limites da minha intervenção com o doente e família.	0.121	0.865	0.018
B5. Facilitar a adaptação às perdas relacionadas com a doença (ex.: perda de autonomia).	0.109	0.776	0.002
B3. Gerir situações de crise.	0.106	0.651	0.059
B1. Transmitir más notícias.	0.082	0.715	0.003
A6. Sinto-me confortável para explorar as minhas próprias experiências de luto em contexto formativo.	0.053	0.201	0.694
A1. Considero importante a formação sobre o luto na minha prática clínica.	0.048	0.048	0.692
B9. Gerir situações em que a família recusa a transmissão de informação sobre o estado de saúde do doente.	0.018	0.736	0.081
B7. Favorecer a tomada de decisão conjunta com o doente e família sobre os processos terapêuticos.	0.012	0.807	0.028
A3. Sinto-me motivado para receber formação na área do luto.	0.008	0.067	0.832

Anexo M – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Experiência Profissional (Anos)

Categorias dos anos de experiência profissional:

Categoria 1 – 1 aos 5 anos

Categoria 2 – 6 aos 10 anos

Categoria 3 – 11 aos 15 anos

Categoria 4 – 16 aos 20 anos

Categoria 5 – 21 aos 25 anos

Categoria 6 – 26 aos 30 anos

Categoria 7 – 31 aos 35 anos

Categoria 8 – 36 aos 40 anos

Categoria 9 – 41 aos 48 anos

Fator 3 – “Motivação para a formação no luto”

Tabela 34.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias da experiência profissional no fator 3

Post Hoc Comparisons - CatExpProfissional

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{Tukey}
1	2	-0.019	0.696	-0.027	-0.007	1.000
	3	-0.822	0.751	-1.094	-0.301	0.975
	4	0.060	0.731	0.082	0.022	1.000
	5	0.429	0.705	0.609	0.157	1.000
	6	1.970	0.806	2.443	0.721	0.267
	7	1.631	0.776	2.103	0.597	0.474
	8	3.194	0.846	3.774	1.168	0.006 **
	9	1.037	1.664	0.623	0.379	0.999
	2	3	-0.803	0.704	-1.142	-0.294
4		0.079	0.682	0.115	0.029	1.000
5		0.448	0.654	0.685	0.164	0.999
6		1.989	0.762	2.609	0.728	0.189
7		1.650	0.730	2.261	0.604	0.371
8		3.212	0.804	3.993	1.175	0.003 **
9	1.056	1.643	0.643	0.386	0.999	
3	4	0.882	0.738	1.195	0.323	0.957
	5	1.251	0.712	1.757	0.458	0.710
	6	2.792	0.813	3.434	1.021	0.020 *
	7	2.453	0.782	3.135	0.897	0.050
	8	4.016	0.853	4.710	1.469	< .001 ***
	9	1.859	1.667	1.115	0.680	0.971
4	5	0.369	0.691	0.534	0.135	1.000

Post Hoc Comparisons - CatExpProfissional

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{Tukey}
	6	1.910	0.795	2.404	0.699	0.287
	7	1.571	0.763	2.059	0.575	0.505
	8	3.134	0.835	3.753	1.146	0.007 **
	9	0.977	1.658	0.589	0.357	1.000
5	6	1.541	0.770	2.001	0.564	0.545
	7	1.202	0.738	1.629	0.440	0.788
	8	2.765	0.812	3.405	1.011	0.022 *
	9	0.608	1.646	0.369	0.222	1.000
6	7	-0.339	0.836	-0.406	-0.124	1.000
	8	1.224	0.902	1.357	0.448	0.912
	9	-0.933	1.692	-0.551	-0.341	1.000
7	8	1.563	0.874	1.787	0.572	0.691
	9	-0.594	1.678	-0.354	-0.217	1.000
8	9	-2.157	1.712	-1.260	-0.789	0.942

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Note. P-value adjusted for comparing a family of 9

Anexo N – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e a Profissão

Categorias das Profissões:

Categoria 1 – Médico

Categoria 2 – Enfermeiro

Categoria 3 – Psicólogo

Categoria 4 – Assistente Social

Fator 1 – “Avaliação e intervenção no luto pós-morte”

Tabela 37.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias da Profissão no fator 1

Post Hoc Comparisons - CatProfissão

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{tukey}
1	2	3.866	1.966	1.967	0.467	0.205
	3	-9.367	2.202	-4.253	-1.132	< .001 ***
	4	1.905	5.106	0.373	0.230	0.982
2	3	-13.233	1.482	-8.927	-1.600	< .001 ***
	4	-1.962	4.839	-0.405	-0.237	0.977
3	4	11.271	4.940	2.282	1.362	0.106

*** p < .001

Note. P-value adjusted for comparing a family of 4

Fator 2 – “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”

Tabela 40.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias da Profissão no fator 2

Post Hoc Comparisons - CatProfissão

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{tukey}
1	2	1.473	1.419	1.038	0.231	0.727
	3	-5.104	1.595	-3.199	-0.800	0.009 **
	4	-0.250	3.446	-0.073	-0.039	1.000
2	3	-6.577	1.079	-6.096	-1.031	< .001 ***
	4	-1.723	3.240	-0.532	-0.270	0.951
3	4	4.854	3.321	1.462	0.761	0.463

** p < .01, *** p < .001

Note. P-value adjusted for comparing a family of 4

Anexo O – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e o Sexo

Categorias do Sexo:

Categoria 1 – Feminino

Categoria 2 – Masculino

Categoria 3 – Outro

Categoria 4 – Prefiro não dizer

Fator 2 – “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”

Tabela 47.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias do Sexo no fator 2

Post Hoc Comparisons - CatSexo

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{tukey}
1	2	-5.211	1.947	-2.676	-0.767	0.008**

** p < .01

Anexo P – Comparação de médias (ANOVA) entre ENFL e as Habilitações Profissionais

Categorias das habilitações profissionais:

Categoria 1 – Bacharelato

Categoria 2 – Licenciatura

Categoria 3 – Mestrado

Categoria 4 – Doutorado

Fator 1 – “Avaliação e intervenção no luto pós-morte”

Tabela 52.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias das Habilitações Profissionais no fator 1

Post Hoc Comparisons - CatHabtProfissionais

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{tukey}
1	2	3.018	5.424	0.556	0.326	0.945
	3	-3.896	5.439	-0.716	-0.421	0.891
	4	-11.667	7.551	-1.545	-1.262	0.413
2	3	-6.914	1.407	-4.915	-0.748	< .001***
	4	-14.684	5.424	-2.707	-1.588	0.037 *
3	4	-7.771	5.439	-1.429	-0.840	0.483

* p < .05, *** p < .001

Note. P-value adjusted for comparing a family of 4

Fator 2 – “Avaliação e intervenção no luto pré-morte”

Tabela 55.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias das Habilitações Profissionais no fator 2

Post Hoc Comparisons - CatHabtProfissionais

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{tukey}
1	2	2.152	3.448	0.624	0.318	0.924
	3	-0.667	3.456	-0.193	-0.099	0.997
	4	-5.000	5.169	-0.967	-0.739	0.768
2	3	-2.819	0.964	-2.925	-0.417	0.020*
	4	-7.152	3.963	-1.805	-1.057	0.274
3	4	-4.333	3.970	-1.092	-0.640	0.695

* p < .05

Note. P-value adjusted for comparing a family of 4

Fator 3 – “Motivação para a formação no luto”

Tabela 58.

Teste Post Hoc Tukey entre as categorias das Habilitações Profissionais no fator 3

Post Hoc Comparisons - CatHabtProfissionais

		Mean Difference	SE	t	Cohen's d	p _{tukey}
1	2	1.032	1.299	0.794	0.363	0.857
	3	-0.316	1.305	-0.242	-0.111	0.995
	4	1.200	1.907	0.629	0.422	0.923
2	3	-1.348	0.398	-3.386	-0.474	0.005**
	4	0.168	1.447	0.116	0.059	0.999
3	4	1.516	1.452	1.044	0.533	0.724

** p < .01

Note. P-value adjusted for comparing a family of 4