



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

Sobrecarga de Luto Profissional, Burnout e Necessidades
Formativas em Profissionais de Saúde

Carolina Jorge Gonçalves

Orientador de Dissertação:

Prof.^a Dr.^a Manuela Alexandra de Moura Coelho

Professor de Seminário de Dissertação:

Prof.^a Dr.^a Manuela Alexandra de Moura Coelho

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica.

2024/2025

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

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Alexandra Coelho por todo o apoio e compreensão que prestou ao longo do ano letivo.

Agradeço à Dra. Catarina Nobre e à Sofia Aníbal, pela partilha de conhecimento.

Agradeço aos meus familiares e amigos.

Agradeço aos profissionais que fornecem cuidados no luto e em particular aos que dedicaram o seu tempo à formação e preenchimento dos questionários. Que o acesso ao conhecimento possa ter um impacto real nas suas vidas, tal como nos pacientes e familiares que beneficiam dos seus cuidados.

Resumo

Diversos estudos referem que a educação no luto nos profissionais de saúde é limitada apesar de estes estarem diariamente expostos à morte de pacientes e lidarem com familiares enlutados. A formação no luto tem sido considerada fundamental para minimizar as suas consequências e capacitar os profissionais para um melhor desempenho dos cuidados no luto, beneficiando tanto os profissionais como as famílias enlutadas. O presente estudo tem como objetivos verificar a relação entre os níveis de sobrecarga de luto profissional, o burnout, as atitudes acerca da morte e as necessidades formativas no luto; e verificar o efeito de um programa de formação no luto na satisfação das necessidades formativas. Os participantes são profissionais de saúde portugueses e foi utilizado um questionário sociodemográfico, a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP), o Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS), a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM) e a Escala das Necessidades de Formação no Luto (ENFL). Os resultados demonstram que profissionais com maiores níveis de sobrecarga de luto, burnout e atitudes de medo e evitamento da morte apresentam menos motivação para a formação e menos competências de intervenção no luto. A formação mostrou ser eficaz no aumento das competências no luto e diminuição das necessidades de formação no luto. Considera-se essencial a realização de mais estudos nesta área e a promoção de mais oportunidades de formação no luto.

Palavras-chave: Luto, Profissionais de Saúde, Necessidades de Formação, Burnout, Sobrecarga de Luto Profissional

Abstract

Several studies report that grief education for healthcare professionals is limited, despite their daily exposure to patient deaths and their work with bereaved families. Grief training has been considered fundamental to minimizing its consequences and empowering professionals to better provide grief care, benefiting both professionals and bereaved families. This study aims to verify the relationship between levels of professional grief burden, burnout, attitudes towards death, and grief training needs; and to verify the effect of a grief training program on the satisfaction of training needs. Participants are portuguese healthcare professionals, and a sociodemographic questionnaire, the Sobrecarga de Luto Profissional scale (SLP), the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), the Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte scale (EAPAM), and the Escala de Necessidades de Formação no Luto scale (ENFL) were used. The results demonstrate that professionals with higher levels of grief overload, burnout, and attitudes of fear and avoidance of death show less motivation for training and fewer grief intervention skills. Training proved effective in increasing grief skills and decreasing grief training needs. Further studies in this area and the promotion of more grief training opportunities are considered essential.

Key-words: Grief, Healthcare Professionals, Training Needs, Burnout, Professional Grief Overload

Índice

Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	1
1. Perdas e Luto	1
2. Enquadramento do Luto nos profissionais de Saúde.....	2
3. Modelo de Luto	3
3.1 Modelo de Luto nos Profissionais de Saúde.....	4
4. Consequências Associadas às Dificuldades no Processo de Luto	5
4.1 Sobrecarga de Luto Profissional.....	5
4.2 Burnout	6
4.3 Fadiga de Compaixão	7
4.4 Trauma Secundário.....	7
5. Vivência do Luto para o Profissional	8
5.1 Manifestações do Luto Profissional	8
5.2 Impactos na Vida Pessoal e Desempenho Profissional	9
5.3 Impacto Positivo.....	10
5.4 Estratégias para lidar com o luto profissional	10
6. Competências dos profissionais para os cuidados no luto.....	11
6.1. Comunicação	13
7. Necessidades de formação.....	14
7.1 Lacuna formativa.....	14
7.2 Programas de formação	15
8. Presente estudo	17
Método.....	18
Desenho de Investigação	18
Participantes	19
Instrumentos	19

Procedimento.....	21
Intervenção	21
Análise de dados.....	22
Considerações éticas.....	23
Resultados.....	23
1. Primeira parte dos resultados, com amostra global	23
1.1 Caracterização da amostra	23
1.2 Fiabilidade e estatística descritiva das escalas	26
1.3 Análise de correlações	27
2. Amostra dos Profissionais que Receberam a Formação	29
2.1. Caracterização da amostra.....	29
2.2. Fiabilidade e estatística descritiva das escalas	30
2.3. Análise de correlação.....	32
2.4. Análise da eficácia do programa de formação no luto	34
Discussão.....	35
Limitações e Estudos Futuros.....	38
Conclusão	39
Referências	40
Anexos.....	45

Lista de Tabelas

Tabela 1. – Características sociodemográficas e profissionais da amostra

Tabela 2. – Fiabilidade das escalas

Tabela 3. – Estatística descritiva das escalas

Tabela 4. – Correlações de Spearman

Tabela 5. – Características sociodemográficas e profissionais da amostra

Tabela 6. – Fiabilidade das escalas, por momento de medição

Tabela 7. – Estatística descritiva das escalas

Tabela 8. – Correlações de Spearman

Tabela 9. – Comparação da confiança do profissional nas competências de luto (pré vs. pós- formação)

Tabela 10. - Comparação da atitude perante a morte (pré vs. pós- formação)

Introdução

Ao longo da sua carreira, os profissionais de saúde estão diariamente expostos à morte de pacientes e acumulam diferentes perdas que fazem parte da sua vida profissional. No entanto, a literatura refere que a formação que recebem é pouco eficiente na preparação para o processo de morrer. Assim, a exposição contínua ao sofrimento e às diversas situações decorrentes da prática clínica, torna-os propensos ao desenvolvimento de sobrecarga de luto profissional, burnout, fadiga de compaixão e sintomas de stress pós-traumático. Adicionalmente, existe o risco de que, sob estas circunstâncias, os cuidados no luto fornecidos pelos profissionais não sejam os mais eficazes face à vulnerabilidade da população enlutada.

A formação no luto tem sido considerada fundamental para minimizar as suas consequências e capacitar os profissionais para um melhor desempenho dos cuidados no luto, beneficiando tanto os profissionais como as famílias enlutadas. O presente estudo pretende explorar primeiramente as necessidades formativas no luto, a sobrecarga de luto profissional, o burnout, as atitudes perante a morte em profissionais portugueses (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) e posteriormente, numa subamostra, explorar o efeito de um programa de formação no luto nas necessidades formativas.

Revisão de Literatura

1. Perdas e Luto

Apesar de ser um fenómeno universal, perder uma pessoa próxima, animal de estimação, relação ou projeto de vida representa uma das experiências emocionais mais intensas que enfrentamos (Bento & Gameiro, 2025). O luto é uma experiência inevitável da vivência humana, e surge como resposta normal a uma perda significativa. Este processo é adaptativo e desencadeia reações como, tristeza, raiva, ansiedade, sintomas somáticos, dificuldades no trabalho ou até nas interações com familiares e amigos. Na maioria dos casos, os sintomas tendem a diminuir nos meses seguintes à perda. (Barbosa, 2016; Prigerson et al., 2009).

Contudo, para certos indivíduos, as reações de resposta ao luto persistem durante meses ou anos e intensificam-se, assumindo progressivamente um carácter mais incapacitante. Esta condição denomina-se perturbação de luto prolongado e é reconhecida pelo DSM-5-R (APA, 2022) e pela CID-11 (WHO, 2019). Clinicamente, as pessoas com perturbação de luto

prolongado apresentam pensamentos e imagens intrusivas relativas à pessoa que faleceu e uma sensação dolorosa e intensa de ânsia pela sua presença. Adicionalmente, podem manifestar uma reação de negação da perda, sentimento de desamparo, solidão desesperante e até ideação de morte. Esta perturbação está ainda associada a complicações físicas, como doenças cardiovasculares, menor qualidade de vida e maior mortalidade. (Prigerson et al., 2009).

A experiência do luto está intimamente ligada às transformações culturais, ao enquadramento institucional e à disponibilidade de suporte social. Em Portugal, este processo foi, durante muito tempo, vivenciado sobretudo no contexto familiar; contudo, na atualidade, encontra-se cada vez mais associado ao espaço hospitalar, numa tentativa de assegurar um final de vida digno e compatível com as necessidades de cuidados de saúde específicas de cada situação (Bento e Gameiro, 2025).

2. Enquadramento do Luto nos profissionais de Saúde

Os profissionais que trabalham em urgência, oncologia, hematologia, cuidados paliativos, entre outros, somam perdas de diferentes tipos que fazem parte da sua vida profissional (Gama et al., 2011). Estes estão expostos diariamente a eventos de antecipação, dor, sofrimento e mortes, logo, o seu luto apresenta características únicas (Papadatou, 2000).

Da parte destes prestadores de cuidados existe dedicação na relação com os doentes e familiares, no cumprimento dos seus objetivos, na realização das intervenções e na construção da sua identidade profissional (Papadatou, 2000). Cada morte pode representar uma perda, e especialmente acentuada em determinadas situações como: quando existe uma relação particular com o paciente, o profissional identifica-se com a dor dos familiares, sente que as expectativas e o seu papel profissional não foi cumprido, o seu sistema de crenças acerca da vida foi abalado, existem perdas antigas ou antecipadas por resolver ou até a confrontação com a própria finitude da vida (Gama et al., 2011; Papadatou, 2000).

A exposição às diversas situações e condições de trabalho origina uma propensão para o desenvolvimento de consequências como a sobrecarga de luto profissional, fadiga de compaixão ou burnout nos profissionais de saúde (Gama et al., 2011). Adicionalmente, o facto da educação no luto nos profissionais de saúde de várias áreas ser muito limitada também faz com que os cuidados no luto não sejam tão eficazes como poderiam ser, podendo até prejudicar a população enlutada numa altura em que se encontram vulneráveis (Breen & Moullin, 2022).

3. Modelo de Luto

A concepção da elaboração do luto varia de acordo com perspectivas históricas e culturais, podendo ser explicada e discutida por uma gama de teorias. A discussão inclui entre outros autores, Freud, Parkes, Bowlby, Worden, Kubler-Ross. De modo a compreender e aprofundar a presente problemática torna-se relevante abordar um dos modelos teóricos mais recentes sobre o luto: o Modelo do processo dual.

O “*Dual Process Model of Coping with Loss*” desenvolvido por Stroebe e Schut é um modelo que descreve a forma como cada um pode lidar com o processo de luto relativo à morte de alguém próximo, nomeadamente um cônjuge. No entanto, pode também ser utilizado para compreender outros tipos de luto. De acordo com Fiore (2021) e Lund et al. (2021), este modelo teórico é influente e utilizado em intervenções de luto.

Os seus autores defendem que durante o processo de luto os indivíduos necessitam de lidar com dois tipos de stressores em diferentes proporções, dependendo das características individuais e culturais de cada um. Lidar com estes stressores durante o luto exige esforços de *coping* orientados para a perda e para a restauração. Estes esforços vão sendo integrados entre as tarefas do quotidiano do indivíduo enlutado (Stroebe & Schut, 1999).

O *coping* orientado para a perda diz respeito à concentração na morte da pessoa falecida, ao processamento da própria experiência de perda. Esta dimensão tem foco na relação que existia e na ruminação sobre momentos vividos e circunstâncias de morte (Eisma et al., 2022; Lundorff et al., 2019; Stroebe & Schut, 1999). É também onde se enquadram as saudades, as reações emocionais como choro, imaginar como reagiria a pessoa falecida ou rever fotografias. O *coping* orientado para a perda é a dimensão que predomina inicialmente no processo do luto (Fiore, 2021; Stroebe & Schut, 1999).

A orientação para a restauração refere-se aos fatores adicionais que necessitam de ser tratados e à necessidade de adaptação às mudanças que são consequências secundárias da perda. Isto inclui passar a desempenhar tarefas que antes eram desempenhadas pela pessoa falecida, por exemplo, certas tarefas do quotidiano como a organização da casa, das rotinas, das finanças (Stroebe & Schut, 1999).

Nesta dimensão existe um processo de aprendizagem para lidar com uma nova vida quotidiana, o que ajuda a desenvolver autoconfiança, que ajuda a lidar com o *coping* orientado

para a perda. Por sua vez, no *coping* orientado para a perda, as saudades e pensar no que a outra pessoa gostaria servem como “força interna” para enfrentar os problemas do *coping* orientado para a restauração (Larsen et al., 2024).

A alternância entre estes dois tipos de *coping* chama-se oscilação, em que a pessoa enlutada vai evitando e confrontando os diferentes tipos de stressores e, de acordo com o modelo, é essencial a um ajuste saudável com o passar do tempo (Stroebe & Schut, 1999). Este processo inicialmente é considerado involuntário, mas ao longo do tempo, existe um aumento gradual do controlo sobre a oscilação da orientação para a perda e para a restauração, de acordo com as necessidades imediatas de cada um (Larsen et al., 2024; Lundorff et al., 2019).

3.1 Modelo de Luto nos Profissionais de Saúde

O modelo do processo de luto nos profissionais de saúde de Papadatou (2000), é semelhante ao descrito anteriormente, o modelo do processo dual, na oscilação entre aproximação e evitação. No entanto, este utiliza uma abordagem sistémica que releva a interpretação idiossincrática do individuo relativamente à perda, de acordo com as suas interações com os outros e com os comportamentos de luto esperados, dentro do contexto social em que se insere.

No processo focado na perda, as reações experienciadas pelos profissionais são semelhantes às reações do luto por um ente querido e consistem em: tristeza, raiva, culpa, choro, pensamentos sobre o doente e respetivos familiares, isolamento, menor interesse nas atividades do quotidiano. Inclui também procura de apoio nos colegas através da partilha de vivências e por vezes reconhecimento por ter contribuído para os cuidados prestados ao doente (Papadatou, 2000). Gerow et al., (2010) evidenciam também a culpa e insatisfação por não conseguirem apoiar os doentes e suas famílias.

No processo focado em evitar as reações de luto há um distanciamento da perda que pode consistir em negar ou conter as próprias expressões de luto. Este processo é o resultado de reações cognitivas, emocionais e comportamentais temporárias que protegem os profissionais do sofrimento, da sobrecarga da perda e permitem o desempenho do seu trabalho. Reações comuns são: reprimir os sentimentos dolorosos para enfrentar o trabalho, evitar o contacto com o doente ou familiares, como evitar falar-lhes ou dar a mão/abraço, despersonalização, focar-se em tarefas práticas, ou realizar procedimentos para que a pessoa

não morra no seu turno (Papadatou, 2000). Outros autores também referem que os profissionais de saúde tentam proteger-se no processo de luto por um doente através de distanciamento ou dissociação emocional, para que possam dar continuidade às práticas profissionais. E ainda que na perspetiva dos profissionais, se existir um vínculo com o doente e família o luto experienciado é mais perturbador (Gerow et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009).

De acordo com o modelo proposto, quando a oscilação “aproximação-distanciamento” é contínua, os profissionais realizam com sucesso duas tarefas consideradas essenciais, nomeadamente: criar significado e transcender a experiência de morte para investir na vida. Dar sentido à morte de um doente permite uma sensação de integração e investimento em novas intervenções clínicas, relações e objetivos profissionais. Por outro lado, quando não existe uma flutuação eficiente entre aproximação e distanciamento podem registar-se dificuldades no processo de luto. Nesses casos, existe sobrecarga do profissional com a experiência de luto ou repressão sistemática da mesma. De qualquer modo, existe prejuízo no funcionamento do prestador de cuidados e sensação de imobilização. Quando os profissionais de saúde são expostos de forma contínua a perdas experienciadas como traumáticas correm o risco de desenvolver perturbação de stress pós traumático que impossibilita o luto (Papadatou, 2000).

Além disso, o presente modelo atribui também especial relevância ao luto como um processo social em que a disponibilidade e as dinâmicas de cada equipa são fundamentais para a vivência do luto, pois os colegas funcionam como fonte de apoio e modelam os padrões comportamentais de luto (Papadatou, 2000). Isto vai de encontro ao estudo de Shorter & Stayt (2009), que relatam a relevância do apoio dos colegas enfermeiros quando um doente morre, uma vez que a rede social no trabalho permite debates e conversas terapêuticas com pessoas que podem compreender-se pois tinham passado por experiências semelhantes.

4. Consequências Associadas às Dificuldades no Processo de Luto

4.1 Sobrecarga de Luto Profissional

A Sobrecarga de luto profissional é um conceito descrito por Gama et al., (2011), e designa um tipo sofrimento que os profissionais de saúde podem desenvolver devido à contínua exposição à morte e perdas de doentes no seu contexto clínico. Desta forma, refere-se assim, à experiência do processo de luto profissional nos profissionais de saúde que lidam com lutos repetidos. Este conceito advém do facto de, à morte de um doente se associarem outros

stressores, nomeadamente, as condições clínicas do doente, o ambiente de “luta contra a morte” vivenciado no serviço, a necessidade de dar respostas imediatas decisivas nos momentos de crise. Como os profissionais trabalham constantemente neste ambiente e necessitam de prosseguir os cuidados prestados a outros doentes continuam expostos a novas mortes sem receberem o suporte adequado ou o tempo que necessitariam para fazer o luto da situação, o que pode provocar o seu desgaste emocional, assim como, ter efeito na prática profissional.

4.2 Burnout

O burnout é descrito por Maslach & Leiter (2016) como uma síndrome psicológica que resulta da exposição crónica a stressores no ambiente de trabalho. Pode surgir como uma resposta à perceção de que os esforços realizados são discrepantes dos objetivos alcançados e muitas vezes afeta indivíduos que trabalham em contacto direto com pessoas necessitadas ou problemáticas (Vicente et al., 2013).

Este conceito pode ser definido através de um modelo tridimensional que explica esta experiência de stress individual, tendo em conta o contexto social e a perceção que o sujeito tem de si e dos outros. As suas três dimensões são: a exaustão, a despersonalização e a falta de realização pessoal (Maslach & Leiter, 2016). A dimensão de exaustão inclui desgaste, esgotar os recursos emocionais e psicológicos, fadiga, falta de energia, e sentimentos de frustração. A dimensão de despersonalização ou cinismo caracteriza-se por atitudes inadequadas, negativas ou distanciamento afetivo relativamente aos outros principalmente clientes ou pacientes, irritabilidade, retraimento e indiferença. A dimensão de realização pessoal reduzida, ou ineficácia, refere-se a perda de produtividade, moral baixa, incapacidade de lidar com certas situações, sentimento de falta de compreensão, eficácia e prazer relacionado com a sua atividade profissional (Gama et al., 2011; Maroco & Tecedreiro, 2009; Maslach & Leiter, 2016; Vicente et al., 2013).

Quanto à relação entre luto e burnout, um estudo de Boerner et al. (2017) realizado com prestadores de cuidados, identificou correlações entre luto e despersonalização indicando que maiores níveis de luto não resolvido são preditores de maiores níveis de despersonalização, no Inventário de Burnout de Maslach. O mesmo ocorreu com a dimensão de exaustão emocional, em que, profissionais com maiores níveis de luto não resolvido apresentaram maiores níveis de exaustão emocional.

Por outro lado, Hawes & Wang, (2024) ao investigarem o suporte percebido no luto organizacional em médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais concluíram que profissionais que receberam maior suporte no luto relataram menores níveis de exaustão emocional, menores níveis de despersonalização e maiores níveis de realização profissional o que, resulta em menores níveis de burnout.

Estes estudos permitem compreender que apesar do luto nos profissionais estar relacionado com o burnout, existem fatores, como o suporte no luto, que podem ser importantes para a minimização do mesmo neste grupo.

4.3 Fadiga de Compaixão

Fadiga de compaixão é um termo utilizado para descrever uma síndrome de sintomas característica dos profissionais de ajuda, que emerge como resposta ao cuidar de pessoas em sofrimento. Este fenómeno caracteriza-se, essencialmente, por elevada exaustão emocional, física, e espiritual, decorrentes de uma exposição prolongada ao sofrimento alheio e a acontecimentos traumáticos do outro. Desenvolve-se particularmente em ambientes marcados por baixos níveis de autocuidado e falta de suporte emocional adequado no local de trabalho. As suas manifestações mais frequentes podem incluir: evitar lugares ou situações que evoquem os acontecimentos traumáticos vivenciados pelos pacientes, presença de imagens ou pensamentos intrusivos, momentos de irritabilidade, humor deprimido, perturbações do sono, sentimentos reduzidos de empatia, medo trabalhar ou cuidar do outro e sentimentos de culpa (Figley, 2002; Gama et al., 2011; Ray et al., 2013).

4.4 Trauma Secundário

O Stress Traumático Secundário define-se por um conjunto de comportamentos e sentimentos que emergem após a exposição a um evento traumático pelo qual outra pessoa passou. Alguns sinais passam pelo evitamento, excitação ou intrusão (Figley, 1995). Os sintomas apresentados são semelhantes aos do stress pós traumático, mas enquanto o stress traumático secundário pode ser desencadeado em ambiente de trabalho, por exemplo, ao atender um paciente em situação de trauma, o primeiro é provocado pela exposição direta a um evento traumático (Bride et al., 2004).

Os profissionais de saúde são um grupo especialmente vulnerável ao desenvolvimento desta perturbação uma vez que a exposição contínua a situações traumáticas e dolorosas de outros indivíduos faz parte da sua profissão ao fornecerem cuidados diretos aos pacientes. Zacharias & Upendra, (2024), destacam a exaustão emocional, a exposição prolongada aos traumas alheios e a exposição à morte de pacientes como os principais fatores preditivos do desenvolvimento de stress traumático secundário, enfatizando a urgência em adotar medidas que permitam atenuar os seus efeitos. Reiteram ainda que cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde que lidam constantemente com experiências emocionais desafiadoras, como trauma e dor, promoverá a melhoria dos cuidados fornecidos aos pacientes e contribuirá para um sistema de saúde melhor e mais eficaz.

5. Vivência do Luto para o Profissional

5.1 Manifestações do Luto Profissional

Os profissionais de saúde descrevem, em estudos diversos, um extenso leque de reações e expressões de luto que surgem em resposta à morte dos seus pacientes. A exposição repetida a este fenómeno gera reações como perda de sono, sentimentos de dúvida de si próprio, culpa, falha, impotência, tristeza, choro, perda pessoal e doença física. Por outro lado, em situações em que o paciente se encontra em grande sofrimento por um longo período de tempo também é referido o sentimento de alívio (Franco et al., 2020; Granek et al., 2015; Papadatou & Bellali, 2002).

Os profissionais relatam também que o luto tende a ser prolongado podendo durar horas, semanas, meses ou por vezes anos após a morte de um paciente e memórias detalhadas acerca de alguns pacientes podem permanecer na sua vida mesmo vinte ou trinta anos após a morte com pensamentos recorrentes acerca das condições de morte (Granek et al., 2015; Papadatou & Bellali, 2002). A natureza crónica das perdas, juntamente com as vivências de luto antecipatório foram sublinhadas como algo particularmente oneroso para os profissionais particularmente por experienciarem repetidamente o luto das famílias em adição ao seu próprio luto, sentindo a importância de partilhar a dor com as famílias, mas ao mesmo tempo a necessidade de manter uma postura profissional firme (Granek et al., 2015). Quando existe uma relação de maior proximidade com o paciente e a família, a dificuldade é maior, uma vez que a resposta emocional é mais intensa (Groves et al., 2022).

As maiores dificuldades dos profissionais são o sentimento de que estão a causar sofrimento à família por causa do seu papel de mensageiro e como pessoa que pode ser responsável pelas más notícias. Também sentem dificuldade em lidar com o sentimento de culpa de sobrevivente por a doença ter afetado o paciente e a sua família e não a deles e por seguirem as suas vidas, como ir sair com amigos, após a morte de um doente. Também sentem dificuldade em lidar com o autoquestionamento sobre se havia algo mais que podiam ter feito para evitar a morte. Após a morte do paciente, quando a família agradece fica o sentimento de que não é merecido e de falha perante a família e o paciente por não ter conseguido alcançar a cura (Granek et al., 2015). Existe também o sentimento de impotência nos casos em que não conseguem reduzir o sofrimento físico nem emocional do doente e respetiva família, sentindo-se anulados no seu papel por não poderem oferecer nada de valor a nível médico nem psicológico (Papadatou & Bellali, 2002).

5.2 Impactos na Vida Pessoal e Desempenho Profissional

Importa adicionalmente referir os impactos ao nível da vida pessoal dos profissionais tal como, a desconexão da família e amigos devido à dificuldade de compreensão dos mesmos em relação às dificuldades emocionais de lidar com a vida e a morte no trabalho, o que os afasta da sua rede social de suporte. Em casa, o luto manifesta-se em irritabilidade e impaciência perante os outros. A perda de fé num poder superior e a dessensibilização surgem como consequência do testemunho das mortes e do sofrimento injusto pelo qual os pacientes passam. (Granek et al., 2015)

Ignorar os sentimentos leva ao luto não reconhecido que se pode tornar crónico e cumulativo (Houck, 2014). O impacto do luto inclui ainda uma extensa lista de possíveis consequências como burnout, dissociação, exaustão emocional e dificuldades em manter os limites emocionais (Granek et al., 2015). Aos quais se adicionam depressão, ansiedade, apatia, pensamentos suicidas, abuso de substâncias, baixa autoestima, fadiga de compaixão, aumento de conflitos interpessoais, baixa satisfação no trabalho, afastamento emocional ou super investimento na vida dos pacientes (Conte, 2011; Groves et al., 2022)

Ao nível dos cuidados prestados ao paciente, o luto dos profissionais revela-se no aumento dos tratamentos ativos, como ensaios clínicos e no distanciamento dos doentes cuja morte se aproxima, o que representa um impacto negativo na relação profissional-doente e na qualidade dos cuidados (Granek et al., 2015). Segundo Franco, et al. (2020), nestas situações,

os profissionais não permitem o desenvolvimento de um vínculo o que impossibilita uma escuta psicológica assertiva da história do paciente, que, por sua vez, promoveria a melhor aplicação dos cuidados médicos e o apoio espiritual.

5.3 Impacto Positivo

Apesar da exposição repetida à morte de pacientes, os profissionais encontram aspetos que ajudam a dar sentido ao seu trabalho nestas áreas. Relatam que a morte de pacientes fornece uma nova perspetiva sobre a vida e de apreciação pela sua própria saúde e das suas famílias, um sentido de humildade acerca do seu trabalho e o desejo de viver cada momento da melhor maneira através da noção de precariedade e fragilidade da vida, culminando no desenvolvimento pessoal. Da mesma forma, relatam que cada morte é uma aprendizagem acerca de como melhorar os cuidados holísticos, particularmente em fim de vida (Granek et al., 2015).

À parte dos aspetos negativos, fornecer cuidados paliativos, também inclui experiências recompensadoras como a gestão dos sintomas, controlo da dor, conforto físico, morte sem sofrimento, relação desenvolvida com os pacientes e os familiares e contribuição para o conforto psicológico (Papadatou & Bellali, 2002).

5.4 Estratégias para lidar com o luto profissional

Para tentar lidar com o luto, os profissionais de saúde recorrem a estratégias de *coping* adaptativas e a estratégias de *coping* desadaptativas, que se traduzem em impactos significativos tanto a nível pessoal como a nível profissional.

Entre algumas das estratégias de *coping* desadaptativas descritas na literatura encontram-se: evitar o contacto com pacientes em risco de vida e ambientes relacionados com a morte, evitar a comunicação com os pacientes e respetivos familiares e conversas sobre a morte do paciente, abuso de substâncias, dissociação entre trabalho e vida pessoal, realização de atividades de lazer para distração, afastamento do seu círculo social evitando interações, cujo apoio fica aquém das suas expectativas, procurando momentos a solo (Chew et al., 2021; Groves et al., 2022; Kapoor, 2018; Papadatou & Bellali, 2002; Wilson, 2011).

Por outro lado, os mecanismos adaptativos envolvem: expressão de emoções associadas ao luto, participação em atividades recreativas, procura de apoio familiar, atribuição de

significado ou explicação filosófica para o acontecimento, procura de apoio nos colegas de trabalho, procura de validação da qualidade dos cuidados prestados e resiliência através do otimismo e realismo (Chew et al., 2021; Groves et al., 2022; Kapoor, 2018; Papadatou & Bellali, 2002; Wilson, 2011).

De acordo com Zhang et al., (2024), as estratégias de *coping* adotadas pelos profissionais culminam em mudanças a longo prazo na vida dos profissionais, nomeadamente em três aspetos. Por um lado, a valorização da saúde, do momento presente e das relações com as pessoas que amam, mas por outro, a dificuldade em encontrar significado existencial. Por um lado, o aumento da resiliência emocional com maior facilidade em regular as emoções, mas por outro, a exaustão emocional e a diminuição de empatia em relação às famílias e aos doentes. Por fim, o desenvolvimento profissional, tentando aprender algo com a morte de cada paciente para melhorar a qualidade dos cuidados, mas por outro lado, o burnout ocupacional, a perceção da incapacidade de prestar cuidados adequados e aconselhamento no luto com falta de palavras, o distanciamento emocional e administração dos procedimentos de forma mecanizada. Alguns profissionais relatam ainda a vontade de mudar de área de serviço.

6. Competências dos profissionais para os cuidados no luto

Em acréscimo à necessidade de gestão do próprio processo de luto, as equipas de saúde, cumprem um importante papel na oferta de cuidados aos enlutados. O acompanhamento no luto é considerado como um elemento das boas práticas clínicas dos profissionais, tal como, uma componente essencial dos cuidados prestados aos familiares de pacientes em fase terminal (Jensen et al., 2017). Os familiares enlutados enfrentam sentimentos de tristeza, solidão, dor e vazio, que se refletem na necessidade de receberem apoio, serem ouvidos e compreendidos. Desta forma, os cuidados fornecidos pelas equipas hospitalares têm benefícios relevantes, pois proporcionam o sentimento de conforto diante do ocorrido (Aciole & Bergamo, 2019).

Algumas das intervenções que os profissionais de saúde realizam neste contexto e que são apreciadas pelos enlutados incluem o estabelecimento de contacto telefónico com os familiares, o encaminhamento para serviços específicos de apoio ao luto, a escrita e envio de cartas de condolências, e a participação em cerimónias memoriais (Jensen et al., 2017). No estudo de Aciole & Bergamo, (2019), os familiares que receberam a carta ou foram contactados por telefone relataram que se sentiram valorizados na sua dor, acolhidos, menos sozinhos, mais consolados e com menor sentimento de vazio. Relataram também a importância dos cuidados

recebidos, tanto pelo paciente como pela família, no período de internamento tal como, da forma de comunicação para lidar com enfrentamento da morte. Nesse estudo, mesmo diante da situação difícil, a disponibilidade da equipa para orientar e prestar esclarecimentos sobre as condições do paciente trouxe confiança e segurança em relação aos procedimentos.

Não obstante, a literatura refere que os próprios profissionais têm dificuldade em lidar com a morte dos pacientes e que a elevada carga emocional e ansiedade ao interagir com os familiares condiciona por vezes a prestação dos cuidados no luto (Granek et al., 2015; Jensen et al., 2017). Devido ao escasso treino que recebem sobre como comunicar com compaixão e profissionalismo com as famílias após uma perda, alguns profissionais referem que aprendem através de tentativa erro (Jensen et al., 2017). Além disso, nalguns casos, a pouca experiência suscita dúvidas sobre como lidar com as suas reações emocionais, em que medida é adequado expressar os seus sentimentos perante a família dos pacientes e se deviam ou não contactar as famílias algum tempo após a morte. Assim, sentem a necessidade de formação em estratégias de comunicação e sobre como apoiar e confortar famílias e pacientes em fim de vida (Granek et al., 2015; Jensen et al., 2017).

Para orientar os profissionais de saúde em relação aos cuidados no luto que devem prestar aos familiares, existem *guidelines*, ou seja, orientações clínicas. Estas orientações indicam práticas desde o período que antecede a morte e durante todo o processo de luto como, fornecer informação, dar apoio prático e emocional. Incentivam a realização de uma triagem dos familiares mais vulneráveis na fase pós-morte e encaminhamento para os serviços especializados sempre que necessário, principalmente em casos de perturbação de luto prolongado. As práticas devem ser adaptadas a cada caso garantindo à pessoa enlutada uma resposta sensível e adequada às suas necessidades. Também a comunicação deve ser adaptada às características individuais e à dinâmica da família pelo que são necessárias competências de comunicação de más notícias, gestão de expectativas e capacidade para responder a emoções intensas. Em prol dos profissionais de saúde, é necessário proporcionar formação e condições de apoio como supervisão e espaços reflexivos de forma a minimizar o impacto emocional e o burnout (Coelho et al., 2025).

Mesmo perante as dificuldades, a prestação dos cuidados no luto, a possibilidade de ir ao funeral, enviar um cartão ou despedir-se da família, são ações que ajudam a diminuir o nível de stress emocional e a dificuldade em lidar com a morte do paciente (Granek et al., 2015; Jensen et al., 2017). Por outro lado, a ausência destes cuidados e reduzida expressão de

sentimentos faz com que os familiares se sintam abandonados e menos satisfeitos com os serviços prestados.

O estudo de Sousa, (2019), sobre a intervenção no processo de luto nos cuidados paliativos em Portugal, sugere que ainda existem muitas famílias que não estão a receber o acompanhamento mais adequado durante o processo de luto. À data, os profissionais com um papel mais ativo nesta área eram os psicólogos e os enfermeiros, seguidos dos médicos, assistentes sociais e assistentes espirituais, no entanto o estudo refere necessidade de formação, mais recursos humanos e mais recursos económicos.

A falta de formação, de tempo, as dificuldades emocionais, as dificuldades de interação com os familiares, o sentimento de falha, e embora raro, a crença de que as responsabilidades terminam com a morte do paciente são fatores que dificultam a prestação de cuidados no luto (Jensen et al., 2017), que beneficiaria tanto os pacientes e famílias como os profissionais.

6.1. Comunicação

No âmbito dos cuidados no luto, é relevante abordar em particular uma das competências mais importantes: as habilidades de comunicação.

A literatura revela que o modo de comunicação tem implicações para os pacientes, familiares e até para os próprios clínicos. Os efeitos repercutem-se ao nível da adesão, motivação e resposta ao tratamento, no estabelecimento de uma relação de confiança, envolvimento em tomada de decisão conjunta e satisfação do paciente e familiares (Granek et al., 2013; Morgans & Shapira, 2015; Ries & Kraft-Todd, 2014). Uma comunicação correta reflete ainda melhores cuidados em fim de vida, reduz o sofrimento no período de luto e pode contribuir para a prevenção de luto prolongado (Braz & Franco, 2017; Granek et al., 2013; Morgans & Schapira, 2015).

Num estudo sobre comunicação na área da oncologia, Morgans & Schapira (2015) defendem que idealmente as estratégias de comunicação deveriam ser planeadas pelos médicos com tanta atenção aos detalhes como os tratamentos, de forma a estabelecer uma relação terapêutica de qualidade. Estratégias para uma comunicação eficaz incluem: normalização, validação, honestidade e abertura, conversas contínuas e um equilíbrio entre realidade e esperança (Granek et al., 2013; Morgans & Shapira, 2015). Estas conversas devem ainda, ser acompanhadas por elementos dos cuidados paliativos, assistentes sociais, psicólogos e

capelania, em prol dos pacientes e familiares, mas também para que o fardo não seja suportado por um especialista isoladamente (Granek et al, 2013).

Mesmo assim, comunicar sobre o fim de vida é uma das tarefas em que os profissionais apresentam dificuldades e falta de treino (Granek et al, 2013; Granek et al., 2015; Jensen et al., 2017; Morgans & Shapira, 2015; Ravaldi et al., 2023). No estudo Strong 44.7% dos profissionais não receberam treino sobre como comunicar más notícias. A maioria dos profissionais apresenta algum grau de sintomas de stress pós-traumático e acredita na necessidade de formação no luto. Os profissionais que receberam formação sobre luto e/ou comunicação apresentaram menos probabilidade de ter sintomas de stress e burnout (Ravaldi et al., 2023).

Para ajudar os profissionais na comunicação de más notícias foram desenvolvidos programas e protocolos específicos. Por exemplo, o protocolo SPIKES fornece um guia de seis passos para a comunicação de más notícias de forma clara e empática, centrada no paciente. Os passos incluem: S – preparar o ambiente, o local, como será transmitida a notícia, quem estará presente; P – avaliar o que o paciente ou família já sabem e qual é a sua perceção da situação, para ajustar o modo de comunicar; I – Verificar qual é o nível de detalhes que o paciente está preparado para saber; K – anunciar que há uma má notícia, dar a informação através de linguagem simples e responder a perguntas; E – reconhecer a reação emocional do paciente e família; e S – recapitular e planear os próximos passos (Morgans & Schapira, 2015). Já o modelo EMPATHY tem foco na importância da comunicação não verbal empática. Consiste em sete comportamentos a ter em atenção: E – contacto ocular; M – músculos e expressão facial; P – postura; A – afeto; T – tom de voz; H – ouvir o paciente como um todo (enquadrado no contexto); Y – Resposta do clínico (o clínico deve ter consciência da resposta que a situação provoca em si próprio) (Riess & Kraft-Todd, 2014).

7. Necessidades de formação

7.1 Lacuna formativa

Segundo Yazdan et al., (2023), as elevadas taxas de luto em enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde tornam extremamente importante compreender a forma como o luto pelos pacientes interfere no bem-estar dos profissionais e nos cuidados prestados aos pacientes, assim como, que tipos de intervenção podem ser eficazes. Nestes profissionais existe

uma cultura de resistência a assuntos sobre a morte e a presença de mecanismos de defesa como negação, resistência e despersonalização que contribui para o despreparo e fragilidade emocional dos profissionais, que necessitam de formas eficazes que ajudem a elaborar os seus processos de luto (Franco et al., 2020).

Durante a formação dos profissionais existe falta de disciplinas que abordem a morte em cuidados paliativos, da mesma forma existe falta de educação permanente nos locais de trabalho, o que não fomenta a reflexão sobre o assunto para superar as dificuldades. A assistência dos profissionais é feita com insegurança e medo de errar gerando angústias e sentimento de culpa por não se sentirem preparados. Estes expressam ainda a sensação de impotência, devido à falta de treino e escassez de profissionais resultando numa lacuna no processo de assistência (Franco et al., 2020). O desempenho destas funções apenas com base em experiências pessoais leva à sobreidentificação com os pacientes, stress, trauma secundário e burnout. A limitada educação para a morte e luto afeta tanto os profissionais, como a prestação de cuidados sensíveis e apropriados no apoio aos pacientes (O'connors et al., 2014).

Em suma, as lacunas existentes no conhecimento dos profissionais de saúde acerca do processo de morte e de luto torna necessária a implementação de educação para a morte para que haja maior compreensão desta e para poder proporcionar a melhor assistência ao paciente e família. (Franco et al., 2020). O'connors et al., (2014) referem ainda a necessidade de a formação ser contínua, sob pena, dos profissionais, por falta de conhecimento, agirem com base em teorias ultrapassadas e não compreenderem os modelos contemporâneos de luto.

7.2 Programas de formação

Em diversos países, estudos recentes analisam a implementação de formações em luto para profissionais de saúde. As publicações apontam para resultados positivos, em formações destinadas a profissionais que trabalham na área do adulto, e em formações destinadas a profissionais que trabalham em pediatria (Esplen et al., 2022; Fan & Lin, 2022; Leitão et al., 2021).

O estudo de Esplen et al, (2022), apresenta um programa de educação para profissionais de saúde com o objetivo de os capacitar e fornecer suporte na gestão do luto e na fadiga de compaixão. O programa denominado “Managing grief and loss amongst healthcare professionals” teve duração de 6 semanas e através de sessões em formato virtual abordou

temas como modelos de luto, estratégias de coping no luto e minimização do impacto da fadiga de compaixão, fatores de risco pessoais e do sistema de saúde, entre outras incluiu também estratégias de comunicação. Participaram nessa formação 189 profissionais, maioritariamente enfermeiras que preencheram questionários de avaliação pré-teste e pós-teste acerca da sua confiança e conhecimento do tema e da sua satisfação geral com o programa. Os resultados deste estudo foram significativamente positivos. De acordo com os autores, registaram-se melhorias na confiança e no conhecimento dos profissionais acerca da avaliação do luto, fatores de risco para o desenvolvimento de fadiga de compaixão, aplicação de estratégias de *coping* eficazes no luto e diminuição do desgaste emocional. Os profissionais manifestaram elevada satisfação com o conteúdo do programa para o desenvolvimento profissional e bem-estar.

O estudo de Fan & Lin (2022) descreve um programa de educação no luto para profissionais da área dos cuidados paliativos. O programa consistiu num *workshop* de 12 horas e teve como objetivos aumentar a autoeficácia e a qualidade de vida dos profissionais e, em simultâneo, reduzir barreiras emocionais e cognitivas que perturbavam a prestação de cuidados aos familiares enlutados. Participaram no *workshop* 194 profissionais que preencheram os questionários de avaliação em três momentos: pré-teste, pós-teste e follow-up (três meses após o programa). Os questionários avaliavam barreiras emocionais, crenças, desgaste profissional e autoeficácia. Os resultados do estudo revelaram que abordar as barreiras emocionais e cognitivas à prestação de cuidados no luto, não só reduz as próprias barreiras e crenças negativas, como reduz o burnout, e aumenta a autoeficácia e a satisfação com a compaixão dos profissionais em contexto de cuidados paliativos.

O estudo de Leitão et al. (2021) avalia uma formação para médicos, enfermeiros e outros profissionais que lidam com perdas perinatais. O programa denominado “Teardrop” tem como objetivo preparar os clínicos para prestar cuidados sensíveis e compassivos às famílias que enfrentam morte fetal ou neonatal. Tem duração de meio-dia e aborda temas como patologia perinatal, comunicação, gravidez após perda e fatores de risco. Participaram neste estudo 42 profissionais e foram avaliados através de questionários anónimos respondidos pré e pós formação. Os resultados do estudo mostraram que muitos participantes não tinham tido treino prévio em luto perinatal e que se sentiram mais bem preparados e satisfeitos com a formação.

Os estudos que avaliaram os programas descritos, são exemplos entre outros que, mostraram resultados positivos a vários níveis após a implementação de formações na área do luto, o que reforça a eficácia e importância de instruir os profissionais de saúde nesta área.

8. Presente estudo

Diversos estudos referem que a educação no luto nos profissionais de saúde é limitada apesar de estes estarem diariamente expostos à morte de pacientes e lidarem com familiares enlutados. Esta lacuna formativa deve ser abordada uma vez que a literatura indica que profissionais pouco preparados para lidar com o luto tendem a evitar o contacto com o doente em fim de vida e respetivos familiares, focar-se em tarefas práticas, distanciar-se emocionalmente e administrar procedimentos de forma mecanizada. A falta de treino sobre como comunicar com os familiares após a perda, as dificuldades em prestar aconselhamento no luto e interagir com os familiares e o desgaste emocional da exposição contínua à morte de doentes são fatores que condicionam a prestação de cuidados no luto e tornam os profissionais propensos ao desenvolvimento de sobrecarga de luto profissional e burnout. Muitas vezes, os próprios profissionais reconhecem a necessidade de formação no luto, existindo, atualmente, programas eficazes que resultam em benefícios para os profissionais, para os doentes e para as famílias. O presente estudo aborda esta problemática em Portugal.

Foram definidos como objetivos gerais de investigação:

- 1) Verificar a relação entre os níveis de sobrecarga de luto profissional, o burnout, as atitudes acerca da morte e as necessidades formativas no luto;
- 2) Verificar o efeito de um programa de formação no luto para profissionais de saúde na satisfação das necessidades de formação no luto.

Como objetivos específicos:

- 1) Verificar a relação entre os níveis de sobrecarga de luto profissional e a motivação para a formação no luto.
- 2) Verificar a relação entre as dimensões da escala de burnout (despersonalização, desrealização e realização pessoal) e a motivação para a formação no luto.
- 3) Verificar a relação entre os níveis de sobrecarga de luto profissional e a confiança do profissional nas suas competências no luto.

- 4) Verificar a relação entre as dimensões da escala de burnout (despersonalização, desrealização e realização pessoal) e a confiança do profissional nas suas competências no luto.
- 5) Verificar o efeito de um programa de formação no luto para profissionais de saúde nas competências no luto.

Com base na revisão da literatura foi possível formular as seguintes hipóteses:

H1: Quanto maior a sobrecarga de luto profissional, menor a motivação para a formação.

H2: Quanto maior o burnout, menor a motivação para a formação.

H3: Quanto menores as competências no luto maior a sobrecarga de luto profissional.

H4: Quanto menores as competências no luto maior o burnout.

H5: A formação aumenta as competências no luto nos profissionais.

Método

Desenho de Investigação

Relativamente ao desenho de investigação este estudo realiza-se em duas fases. A primeira fase recorre a uma amostra global em que se recolhem dados num único momento do tempo, sendo um estudo transversal, observacional, correlacional, uma vez que se analisa a relação entre a sobrecarga de luto profissional, o burnout, as atitudes perante a morte e as necessidades formativas no luto.

A segunda fase é realizada com uma subamostra da primeira e consiste num estudo quase-experimental do tipo pré-teste e pós-teste com grupo único, uma vez que avalia o efeito da formação na satisfação das necessidades formativas dos profissionais. É longitudinal, porque se recolhem os dados em dois momentos do tempo, e correlacional, porque também avalia a relação entre a sobrecarga de luto profissional, o burnout, as atitudes perante a morte e as necessidades formativas no luto. Em ambas as fases o estudo é do tipo quantitativo porque recorre a dados numéricos, objetivos, analisados estatisticamente.

Participantes

Para a recolha da amostra, na primeira fase, recorreu-se ao método de amostragem não probabilística por conveniência e bola de neve, formando a amostra geral. Na segunda fase, foi utilizado o método de amostragem por conveniência, selecionando-se uma subamostra da amostra geral para participar na formação. A amostra geral conta com 334 participantes, enquanto a amostra dos profissionais que receberam a formação conta com 35 participantes.

Os critérios de inclusão são os seguintes: ser profissional de saúde envolvido nos cuidados de fim de vida, nomeadamente profissionais das áreas da enfermagem, da medicina, do serviço social ou da psicologia; trabalhar num setor onde existe contacto com situações de doença avançada, morte ou luto; ter no mínimo 6 meses de experiência profissional e estar ativo no mercado de trabalho em entidades públicas ou privadas.

Instrumentos

Foi utilizado um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP), o Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS), a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM) e a Escala das Necessidades de Formação no Luto (ENFL).

-Questionário Sociodemográfico

Avalia os dados sociodemográficos do participante como o sexo, a idade, o estado civil, a profissão, as habilitações académicas, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no atual local de trabalho, a instituição e o serviço em que se encontra atualmente.

- Escala de sobrecarga de luto profissional (SLP)

Avalia a sobrecarga de luto ou “luto insolado” nos profissionais de saúde expostos à morte através de 18 itens respondidos em escala de likert de 1 a 5. Quanto maior for o valor da soma de todos os itens maior é a sobrecarga de luto. Foi construída e validada para a população portuguesa e apresenta uma boa consistência interna com Alpha de Cronback 0.81 (Gama et al, 2011). Neste estudo, a nível da fiabilidade, na amostra geral, a SLP apresenta $\alpha=0.89$ enquanto na amostra dos profissionais que receberam a formação apresenta $\alpha=0.91$.

- Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS)

Avalia burnout nos profissionais de saúde através de 22 itens respondidos em escala de likert de 0 a 6. Apresenta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal com índices de consistência interna de 0.84, 0.59 e 0.70, respetivamente. As pontuações são separadas para cada subescala. Foi utilizada a versão validada para a população portuguesa (Vicente et al., 2013). Neste estudo, a nível da fiabilidade, na amostra geral, as escalas de MBI-HSS apresentam valores de α entre 0.60 e 0.91 enquanto na amostra dos profissionais que receberam a formação apresenta valores de α entre 0.48 e 0.85.

- Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM)

Avalia as atitudes perante a morte através de 32 itens respondidos em escala de Likert de 7 pontos. Apresenta cinco dimensões: medo (com 7 itens), evitamento (com 5 itens), aceitação neutral/neutralidade (com 5 itens), aceitação como aproximação (com 10 itens) e aceitação como escape (com 5 itens) com índices de consistência interna de 0.64 a 0.91. Foi utilizada a versão validada para a população portuguesa (Loureiro, 2010). Neste estudo, a nível da fiabilidade, na amostra geral, as escalas da EAPAM apresentam valores de α entre 0.53 e 0.94 enquanto na amostra dos profissionais que receberam a formação apresenta valores de α entre 0.35 e 0.96.

- Escala de avaliação das necessidades de formação no luto (ENFL)

Apresenta dois grupos, o grupo A com 5 itens e o grupo B com 22 itens, preenchidos em escala de likert de 1 a 5 com a opção “não aplicável”, as pontuações dos grupos são independentes. O grupo A avalia a motivação e disponibilidade para a formação no luto e o grupo B avalia a confiança do profissional nas suas competências no luto. De acordo com as autoras as pontuações do grupo B são indicadas para verificar a eficácia de programas de formação. Foi construída e validada para a população portuguesa e apresenta uma boa consistência interna com Alpha de Cronback final 0.951 (Aníbal, 2024). Neste estudo, a nível da fiabilidade, na amostra geral, as escalas da ENFL apresentam valores de α entre 0.79 e 0.96 enquanto na amostra dos profissionais que receberam a formação apresenta valores de α entre 0.84 e 0.97.

Procedimento

Como referido anteriormente, o presente estudo realiza-se em duas fases. Na primeira fase procedeu-se à recolha da amostra geral através de um questionário em formato online, onde constavam todas as escalas descritas na secção Instrumentos, com duração de cerca de 15 minutos, recorrendo à plataforma Qualtrics (Anexos A). A segunda fase foi realizada com uma pequena subamostra da primeira, selecionada por conveniência, em que os profissionais participaram numa formação sobre luto. Para o efeito, preencheram o questionário pré-teste com todos os instrumentos antes da formação, e o questionário pós-teste com a escala de avaliação das necessidades de formação no luto e a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte, também em formato online através da plataforma Qualtrics (Anexo B).

Intervenção

A intervenção consiste numa formação no luto, promovida pela Associação Inluto, destinada aos profissionais de saúde. Foi aplicada a cinco grupos de participantes entre março e novembro de 2024, no Hospital Garcia de Orta, e posteriormente, em maio de 2025 na ULS de Nordeste. A formação tem uma duração total de 24 horas e apresenta duas versões: uma versão direcionada para profissionais da área da pediatria intitulada “Luto para profissionais de saúde: cuidados pediátricos” e uma versão direcionada para profissionais da área dos adultos intitulada “Luto para profissionais de saúde: cuidados no adulto”. Três grupos receberam a versão dos cuidados pediátricos e dois grupos receberam a versão dos cuidados no adulto. Os métodos pedagógicos utilizados foram: expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo.

A nível de conteúdos, a formação “Luto para profissionais de saúde: cuidados pediátricos” é constituída pelos seguintes módulos:

- 1) Luto e Manifestações do Luto (5h),
- 2) Atitude e Resposta Empática (3h),
- 3) O Processo de Morrer, Ver Morrer, Acompanhar e Cuidar na Morte (5h),
- 4) O Luto Parental (4h),
- 5) Comunicação de Más Notícias (3h),
- 6) Luto Profissional (4h).

Quanto à formação “Luto para profissionais de saúde: cuidados no adulto”, é composta pelos módulos:

- 1) Luto e Manifestações do Luto (4h),
- 2) Atitude e Resposta Empática (3h),
- 3) Trauma e Episódio Traumático (4h),
- 4) O Luto Parental (3h),
- 5) Luto Infantil e na Adolescência (3h),
- 6) Comunicação de Más Notícias (3h),
- 7) Luto Profissional (4h).

Análise de dados

Para executar a análise dos dados e comprovar a eficácia da intervenção foi necessário recorrer ao programa Statistical Package For The Social Sciences – SPSS na versão 30. Primeiramente, foi realizada a limpeza e organização da base de dados. Para lidar com os valores em falta (*missings*), recorreu-se à técnica de exclusão de dados em pares (*exclude cases pairwise*). Na amostra da formação, apesar de 112 profissionais terem participado, apenas 35 preencheram a totalidade dos questionários anónimos e colocaram códigos emparelháveis entre os questionários antes e depois da intervenção, o que tornou as respostas elegíveis para a amostra global mas não para a amostra da realização do teste t (para amostras emparelhadas).

A análise foi realizada em duas partes. Primeiro foram analisados os dados correspondentes à amostra global e de seguida os dados correspondentes à amostra dos profissionais que receberam a formação. Em ambos os casos, inicialmente procedeu-se às análises descritivas para caracterizar as amostras. Seguidamente, foi analisada a fiabilidade dos instrumentos e das respetivas dimensões, através do Alpha de Cronbach, para as amostras em estudo. No próximo passo realizaram-se as análises descritivas dos instrumentos e das respetivas dimensões incluindo as análises da assimetria e da curtose para avaliar a normalidade. Adicionalmente, executaram-se as correlações entre as variáveis no sentido de responder à primeira questão de investigação. Para este efeito o teste aplicado foi a correlação de *spearman* por ser mais robusta à influência de *outliers* e por se tratar de variáveis do tipo Likert. Por fim, no sentido de responder à segunda questão de investigação, recorreu-se ao teste t para amostras emparelhadas para avaliar se a intervenção teve um efeito significativo ao nível da satisfação das necessidades formativas dos profissionais e ao nível das atitudes perante a morte.

Considerações éticas

Os princípios éticos foram salvaguardados no decorrer deste projeto. No início dos questionários online, foi apresentado aos participantes o consentimento informado com o qual tinham de concordar antes de avançar para o preenchimento. Este consentimento garantia o anonimato e confidencialidade dos dados. Informava também que a participação era voluntária, e assegurava a possibilidade de interrupção a qualquer momento, sem consequências. Uma vez que a investigação remete a um tema sensível, para não sobrecarregar os participantes, a dimensão do protocolo foi tida em consideração.

No caso da amostra da formação, com o objetivo de emparelhar os dados recolhidos antes e depois da intervenção, e de forma a manter o anonimato, foi solicitado aos participantes, que no fim de cada questionário, gerassem um código alfanumérico com a primeira letra do primeiro nome da sua mãe, com a primeira letra do último nome da sua mãe, com o dia e o mês em que a sua mãe nasceu, por exemplo MA2003.

Resultados

Nesta secção os resultados são apresentados em duas partes. A primeira parte refere-se aos resultados da amostra global, enquanto a segunda parte refere-se aos dados da amostra dos profissionais que receberam a formação.

1. Primeira parte dos resultados, com amostra global

1.1 Caracterização da amostra

A amostra global conta no total com 334 participantes. Relativamente às características sociodemográficas e profissionais (Tabela 1.1), verificou-se que a grande maioria dos participantes são do sexo feminino (n= 315; 94.3%) e que a média das idades é 43.5 anos (DP= 10.69), em que o participante mais novo tem 23 anos e o mais velho 66 anos. Verificou-se ainda que, em média, os participantes têm 19.62 anos de experiência de trabalho (DP = 10.96) e 11 anos de serviço no atual local de trabalho (DP = 9.36), pelo que se trata de uma amostra relativamente experiente.

Quanto à profissão, a maioria da amostra é constituída por enfermeiros (n= 219; 65.6%), seguindo-se os psicólogos (n= 69; 20.7%) e depois os médicos e os assistentes sociais (tabela

1). No que concerne às habilitações académicas, o grau académico mais comum é a licenciatura (n=385; 55.4%), seguida do mestrado (n=139; 41.6%) e por fim o doutoramento e o bacharelato com muito fraca representação. No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes são casados (n=162; 48.5%) ou solteiros (n=86, 25.7%) seguindo-se os que estão em união de facto, divorciados, e por fim, os viúvos (tabela 1).

Tabela 1*Características sociodemográficas e profissionais da amostra*

Variável	Amostra (n = 334)
Sexo (%)	
N válido	334
Feminino	315 (94.3%)
Masculino	19 (5.7%)
Idade (anos)	
N válido	331
Média (DP)	43.5 (10.69)
Mediana	43.0
Min-Max	23-66
Profissão (%)	
N válido	334
Enfermeiro	219 (65.5%)
Psicólogo	69 (20.7%)
Assistente Social	11 (3.3%)
Médico	35 (10.5%)
Grau académico (%)	
N válido	334
Bacharelato	5 (1.5%)
Licenciatura	185 (55.4%)
Mestrado	139 (41.6%)
Doutoramento	5 (1.5%)
Experiência total (anos)	
N válido	332
Média (DP)	19.6 (10.96)
Mediana	19.0
Min-Max	1-48
Serviço no local de trabalho atual (anos)	
N válido	333
Média (DP)	11.0 (9.36)
Mediana	8.0
Min-Max	1-48
Estado Civil (%)	
N válido	334
Solteiro(a)	86 (25.7%)
União de facto	50 (15.0%)
Casado(a)	162 (48.5%)
Divorciado(a)	31 (9.3%)
Viúvo(a)	5 (1.5%)

1.2 Fiabilidade e estatística descritiva das escalas

Para averiguar a consistência interna de cada escala e respetivas dimensões foi utilizado o Alpha de Cronbach (α). Considerou-se que este idealmente deve ser superior a 0.7 e que abaixo de 0.5 seriam valores inaceitáveis (Nunnally, 1994).

Na tabela 2 é possível observar os valores obtidos relativamente à fiabilidade para todas as escalas e subescalas, para a amostra geral. Na sua generalidade as escalas apresentam uma boa consistência interna, existindo apenas duas escalas com valores de α abaixo de 0.7, nomeadamente, a subescala de Despersonalização do MBI-HSS ($\alpha= 0.60$) e a subescala de Aceitação neutral do EAPAM ($\alpha= 0.53$). Contudo, como os valores obtidos nestas escalas se situam acima do limiar de aceitação de $\alpha=0.50$, optou-se por manter as escalas para as análises.

Tabela 2

Fiabilidade das escalas

Escala	Subescala	Nr.º de itens	N válido	α de Cronbach
SLP	<i>Unidimensional</i>	15	317	0.89
MBI-HSS	Exaustão emocional	8	310	0.91
	Despersonalização	3	310	0.60
	Realização pessoal	7	310	0.84
EAPAM	Medo	7	296	0.87
	Evitamento	5	296	0.92
	Aceitação neutral	5	296	0.53
	Aceitação como aproximação	10	296	0.94
	Aceitação como escape	5	296	0.80
ENFL	A (motivação)	5	327	0.79
	B_PréMorte (competências)	10	310	0.93
	B_PósMorte (competências)	12	278	0.95
	B Total (competências)	22	273	0.96

Na tabela 3 é possível observar todos os dados relativos à estatística descritiva as escalas utilizadas e suas dimensões. Começando pelos valores de mínimo e máximo, é perceptível que existe uma boa amplitude dos intervalos, o que indica uma boa distribuição dos valores de cada uma das escalas. Tendo em conta os valores de assimetria e curtose verifica-se que na maior parte das escalas estes se encontram dentro do intervalo $[-1,1]$, o que significa que os desvios em relação à distribuição normal são mínimos. Apenas o Grupo A da escala ENFL está fora deste intervalo, pois apresenta assimetria igual a -1.517 e curtose igual a 4.013. No entanto, existem autores que referem que valores de assimetria inferiores a 3 e de curtose inferiores a 7, não constituem um problema em análises que exigem uma distribuição normal (Kline, 1998,

citado por Marôco, 2021). Desta forma, não existem impedimentos à utilização de métodos paramétricos nas análises subsequentes das escalas.

Tabela 3

Estatística descritiva das escalas

Escola	Subescala	M (DP)	Min-Max	Assimetria	Curtose
SLP	<i>Unidimensional</i>	38.46 (0.67)	15-68	0.069	-0.174
MBI-HSS	Exaustão emocional	23.87 (7.53)	10-49	0.702	0.301
	Despersonalização	6.30 (2.65)	3-16	0.825	0.535
	Realização pessoal	31.28 (5.69)	17-45	0.014	-0.397
EAPAM	Medo	26.31 (9.15)	7-48	-0.020	-0.842
	Evitamento	15.24 (7.05)	5-34	0.571	-0.540
	Aceitação como aproximação	35.66 (12.77)	10-70	-0.356	-0.177
	Aceitação como escape	16.17 (6.10)	5-35	0.301	-0.164
	Aceitação neutral	26.62 (3.41)	16-35	-0.115	-0.229
ENFL	A (motivação)	21.42 (3.29)	4-25	-1.517	4.013
	B_PréMorte (competências)	32.74 (6.97)	14-50	-0.018	-0.164
	B_PósMorte (competências)	32.69 (9.79)	11-59	0.168	-0.484
	B Total (competências)	65.34 (16.20)	20-107	0.092	-0.222

1.3 Análise de correlações

Para responder ao primeiro objetivo de investigação, executaram-se as correlações entre a escala ENFL e as escalas SLP, MBI-HSS e EAPAM. Neste sentido, o teste aplicado foi a correlação de *spearman* por ser mais robusta à influência de *outliers* e por se tratar de variáveis do tipo Likert. Para este efeito considerou-se que as correlações seriam significativas caso $p < 0.01$ ou $p < 0.05$. Em seguida apresentam-se as conclusões derivadas da análise das correlações expostas na Tabela 4.

Relativamente à motivação para a formação (ENFL_A), verificaram-se correlações significativas, negativas, com fraca intensidade entre a ENFL_A e a Escala de Sobrecarga de Luto Profissional ($\rho = -0.114$, $p = 0.042$), e com intensidade moderada entre a ENFL_A e o Evitamento ($\rho = -0.251$, $p < 0.001$). Estes resultados indicam que os profissionais com maior sobrecarga de luto e com maior evitamento, tendem a mostrar-se menos motivados para a formação no luto. Por outro lado, verifica-se uma correlação significativa positiva com intensidade moderada entre a Realização Pessoal e o ENFL_A ($\rho = 0.267$, $p < 0.001$). Este resultado indica que os profissionais com maior realização pessoal tendem a mostrar-se mais motivados para a formação no luto.

No que concerne à confiança do profissional nas suas competências no luto (ENFL_B), verifica-se uma correlação significativa negativa entre a ENFL_B_Total e a Sobrecarga de Luto Profissional ($\rho=-0.441$, $p<0.001$). Os resultados das correlações entre a ENFL_B_Total e o Evitamento ($\rho= -0.545$, $p<0.001$) e com o Medo ($\rho= -0.474$, $p<0.001$), destacam-se pela forte correlação negativa. Estes resultados indicam que os profissionais com maior sobrecarga de luto, maior evitamento e maior medo tendem a confiar menos nas suas competências no luto e, conseqüentemente, apresentar mais necessidade de formação. Relativamente à relação de competências de luto e burnout destaca-se a correlação significativa negativa entre a ENFL_B_Total e a Exaustão Emocional ($\rho=-0.318$, $p<0.001$), indicando que os profissionais com maior Exaustão Emocional têm tendência a confiar menos nas suas competências no luto e conseqüentemente apresentar mais necessidade de formação.

Uma vez que a Escala ENFL_B_Total se pode dividir em competências pré-morte (ENFL_B_preM) e em Competências pós-morte (ENFL_B_posM), é relevante reiterar que as conclusões acima referidas também são válidas nestes dois casos, com o pequeno reparo que, com exceção da sobrecarga de luto e da despersonalização, o valor das correlações é superior no luto pré-morte. Tal indica que a confiança, ou a falta de confiança dos profissionais nas suas competências tem maior expressão no luto pré-morte do que no luto pós-morte do paciente.

Por fim, não se registaram correlações significativas, na amostra global, entre a disponibilidade para a formação e: a exaustão emocional, a despersonalização, a aceitação como escape e a aceitação neutral. Relativamente à confiança dos profissionais nas suas competências a única escala que não revelou correlação significativa corresponde à aceitação como aproximação.

Tabela 4

Correlações de Spearman

Correlação de Spearman	ENFL A	ENFL B Total	ENFL B preM	ENFL B posM
SLP	-0.114*	-0.441**	-0.484**	-0.394**
MBI_EE	-0.053	-0.318**	-0.313**	-0.297**
MBI_DP	0.043	-0.242**	-0.224**	-0.240**
MBI_RP	0.267**	0.470**	0.472**	0.435**
EAPAM_Medo	-0.213**	-0.474**	-0.493**	-0.425**
EAPAM_Evitamento	-0.251**	-0.545**	-0.530**	-0.509**
EAPAM_AcAproximação	0.133*	-0.046	-0.035	-0.052
EAPAM_AcEscape	-0.113	-0.232**	-0.232**	-0.218**
EAPAM_AcNeutral	0.053	0.241**	0.298**	0.180**

2. Amostra dos Profissionais que Receberam a Formação

2.1. Caracterização da amostra

Na amostra recolhida para o estudo da formação embora tenham sido recolhidos 112 inquéritos apenas 35 profissionais preencheram a totalidade dos questionários e colocaram códigos “emparelháveis”, pelo que os dados que se seguem são relativos a esses 35 participantes. Relativamente às características sociodemográficas e profissionais (Tabela 5), verificou-se que a grande maioria dos participantes são do sexo feminino (n= 32; 91.4%) e que a média das idades é 43.1 anos (DP= 8.4), em que o participante mais novo tem 23 anos e o mais velho 62 anos. Verificou-se ainda que em média os participantes têm 20.1 anos de experiência de trabalho (DP = 9.2) e 10.8 anos de serviço no atual local de trabalho (DP = 8.7), pelo que se trata de uma amostra relativamente experiente.

Quanto à profissão, a maioria da amostra é constituída por enfermeiros (n= 24; 68.6%), seguindo-se os psicólogos (n=5; 14.3%) e depois os médicos e os assistentes sociais como é possível observar na tabela 1. No que concerne às habilitações académicas, o grau académico mais comum é a licenciatura (n=20; 57.1%) e de seguida do mestrado (n=15; 42.9%). Não existem participantes com doutoramento ou bacharelato. No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes são casados (n=20; 57.1%), seguem-se os que estão em união de facto e os solteiros, com igual representação (n=7, 20%) e um participante viúvo (2.9%). Não existem, nesta amostra, participantes divorciados (tabela 5).

Tabela 5*Características sociodemográficas e profissionais da amostra*

Variável	Amostra (n = 35)
Sexo (%)	
Feminino	32 (91.4%)
Masculino	3 (8.6%)
Idade (anos)	
Média (DP)	43.1 (8.4)
Mediana	42.0
Min-Max	23-62
Profissão (%)	
Enfermeiro	24 (68.6%)
Psicólogo	5 (14.3%)
Assistente Social	4 (11.4%)
Médico	2 (5.7%)
Grau académico (%)	
Licenciatura	20 (57.1%)
Mestrado	15 (42.9%)
Experiência total (anos)	
Média (DP)	20.1 (9.2)
Mediana	18.0
Min-Max	1-42
Serviço no local de trabalho atual (anos)	
Média (DP)	10.8 (8.7)
Mediana	8.0
Min-Max	1-30
Estado civil (%)	
Solteiro(a)	7 (20.0%)
União de facto	7 (20.0%)
Casado(a)	20 (57.1%)
Viúvo(a)	1 (2.9%)

2.2. Fiabilidade e estatística descritiva das escalas

À semelhança do procedimento anterior, para averiguar a consistência interna de cada escala e respetivas dimensões foi utilizado o Alpha de Cronbach (α). Considerou-se que este idealmente deve ser superior a 0.7 e que abaixo de 0.5 seriam valores inaceitáveis (Nunnally, 1994).

Na tabela 6 é possível observar os valores obtidos relativamente à fiabilidade para todas as escalas e subescalas, para a amostra da formação nos dois momentos de avaliação (pré-formação e pós-formação). Na sua generalidade as escalas apresentam uma boa consistência

interna, existindo apenas duas exceções, nomeadamente, a subescala de Despersonalização do MBI-HSS ($\alpha= 0.48$) e a subescala da Aceitação neutral (pré- formação) do EAPAM ($\alpha= 0.35$). Como o valor obtido na escala de Despersonalização está muito próximo do limiar de aceitação, optou-se por manter a escala para as análises. Quanto à escala de Aceitação neutral, como o valor obtido é muito baixo optou-se por excluir a escala tendo em conta que esta pode não estar a medir o construto que se pretende de forma consistente.

Tabela 6

Fiabilidade das escalas, por momento de medição

Escala	Subescala	Nr.º de itens	α de Cronbach (por momento de avaliação)	
			Pré- formação	Pós- formação
SLP	<i>Unidimensional</i>	15	0.91	--
MBI-HSS	Exaustão emocional	8	0.85	--
	Despersonalização	3	0.48	--
EAPAM	Realização pessoal	7	0.77	--
	Medo	7	0.85	0.87
	Evitamento	5	0.93	0.92
	Aceitação neutral	5	0.35	0.68
	Aceitação como aproximação	10	0.95	0.96
	Aceitação como escape	5	0.50	0.75
ENFL	A (motivação)	5	0.84	--
	B_PréMorte (competências)	10	0.93	0.89
	B_PósMorte (competências)	12	0.96	0.91
	B_ Total (competências)	22	0.97	0.94

Na tabela 7 é possível observar todos os dados relativos à estatística descritiva as escalas utilizadas e suas dimensões. Começando pelos valores de mínimo e máximo, é perceptível que existe uma boa amplitude dos intervalos, o que indica uma boa distribuição dos valores de cada uma das escalas. Tendo em conta os valores de assimetria e curtose verifica-se que na maior parte das escalas estes se encontram dentro do intervalo $[-1,1]$, o que significa que os desvios em relação à distribuição normal são mínimos. As exceções a este intervalo são o Grupo A da escala ENFL pré- formação, com assimetria igual a -1.887 e curtose igual a 5.779 ; a realização pessoal, com curtose igual a -1.127 ; o Grupo B da ENFL pós- morte pós- teste, com curtose igual a 2.124 ; e o total do Grupo B pós- teste, com curtose igual a 1.256 . Contudo, existem autores que referem que valores de assimetria inferiores a 3 e de curtose inferiores a 7, não constituem um problema em análises que exigem uma distribuição normal (Kline, 1998, citado por Marôco, 2021). Desta forma, não existem impedimentos à utilização de métodos paramétricos nas análises subsequentes das escalas.

Tabela 7*Estatística descritiva das escalas*

Escola	Subescala	M (DP)	Min-Max	Assimetria	Curtose
SLP	<i>Unidimensional</i>	40.29 (10.13)	15-57	-0.369	-0.163
MBI-HSS	Exaustão emocional	22.79 (5.40)	14-33	0.246	-0.971
	Despersonalização	6.44 (2.23)	3-12	0.152	-0.245
	Realização pessoal	28.38 (4.90)	19-36	-0.272	-1.127
EAPAM (Pré formação)	Medo	27.94 (7.88)	12-43	-0.318	-0.843
	Evitamento	16.24 (6.90)	5-34	0.675	0.108
	Aceitação como aproximação	35.09 (11.80)	10-53	-1.008	0.078
	Aceitação como escape	17.91 (4.24)	10-25	-0.054	-0.946
EAPAM (Pós formação)	Medo	27.32 (8.34)	9-42	-0.092	-0.640
	Evitamento	15.12 (6.33)	5-32	0.997	0.539
	Aceitação como aproximação	37.38 (10.93)	10-58	-0.733	0.663
	Aceitação como escape	16.79 (5.01)	5-28	-0.138	0.159
ENFL (Pré formação)	A (motivação)	20.71 (3.76)	6-25	-1.887	5.779
	B_PréMorte (competências)	30.80 (6.24)	19-44	0.096	-0.391
	B_PósMorte (competências)	30.46 (9.23)	16-50	0.294	-0.783
	B Total (competências)	61.26 (14.89)	38-94	0.199	-0.775
ENFL (Pós formação)	B_PréMorte (competências)	35.94 (4.75)	25-45	-0.368	-0.176
	B_PósMorte (competências)	40.80 (7.41)	17-55	-0.493	2.124
	B Total (competências)	76.74 (11.64)	42-100	-0.430	1.256

2.3. Análise de correlação

Como anteriormente, para responder ao primeiro objetivo de investigação executaram-se as correlações entre a escala ENFL e as escalas SLP, MBI e EAPAM. Assim, o teste aplicado foi a correlação de *spearman* por ser mais robusta à influência de *outliers* e por se tratar de variáveis do tipo Likert. Para este efeito considerou-se que as correlações seriam significativas caso $p < 0.01$ ou $p < 0.05$. Em seguida apresentam-se as conclusões derivadas da análise das correlações expostas na Tabela 8.

Relativamente à motivação para a formação no luto (ENFL_A), existe uma correlação significativa positiva e com intensidade moderada entre a Realização Pessoal e o ENFL_A ($\rho = 0.41$, $p < 0.05$). Neste sentido, os profissionais com maior realização pessoal tendem a mostrar-se mais motivados para a formação no luto.

No que concerne à confiança do profissional nas suas competências no luto (ENFL_B), verifica-se uma correlação significativa negativa entre a ENFL_B_Total e a Sobrecarga de Luto Profissional ($\rho = -0.407$, $p < 0.05$). Os resultados das correlações entre a ENFL_B_Total e o

Evitamento ($\rho = -0.343$, $p < 0.05$) e com o Medo ($\rho = -0.451$, $p < 0.001$), destacam-se pela correlação negativa. Estes resultados indicam que os profissionais com maior sobrecarga de luto, maior evitamento e maior medo tendem a confiar menos nas suas competências no luto e, conseqüentemente, apresentar mais necessidade de formação. Relativamente à relação de competências no luto e burnout destaca-se a correlação significativa negativa entre a ENFL_B_Total e a Exaustão Emocional ($\rho = -0.442$, $p < 0.001$), indicando que os profissionais com maior Exaustão Emocional têm tendência a confiar menos nas suas competências no luto e conseqüentemente apresentar mais necessidade de formação. Por outro lado, existe uma correlação significativa positivas com intensidade forte entre a Realização pessoal e a ENFL_B ($\rho = 0.496$, $p < 0.001$). Este resultado é indicativo de que os profissionais com maior realização pessoal têm tendência a confiar mais nas suas competências no luto e vice-versa.

Uma vez que a Escala ENFL_B_Total se pode dividir em competências pré-morte (ENFL_B_preM) e em Competências pós-morte (ENFL_B_posM), é relevante reiterar que as conclusões acima referidas também são válidas nestes dois casos, com exceção do Evitamento cuja correlação com a ENFL_B_posM não é significativa. É também importante reparar que o valor das correlações é sempre superior no luto pré-morte. Tal indica que a confiança, ou a falta de confiança dos profissionais nas suas competências tem maior expressão no luto pré-morte do que no luto pós-morte do paciente.

Por fim, não se registaram correlações significativas, na amostra dos profissionais que receberam a formação, entre as restantes variáveis.

Tabela 8

Correlações de Spearman

Correlação de Spearman	ENFL_A	ENFL_B Total	ENFL_B preM	ENFL_B posM
SLP	-0.134	-.407*	-.426*	-.341*
MBI_EE	-0.314	-.442**	-.481**	-.340*
MBI_DP	-0.055	-0.247	-0.224	-0.303
MBI_RP	.410*	.496**	.491**	.443**
EAPAM_Medo	-0.017	-.451**	-.489**	-.422*
EAPAM_Evitamento	-0.065	-.343*	-.366*	-0.328
EAPAM_AcAproximação	0.111	-0.175	-0.175	-0.182
EAPAM_AcEscape	-0.076	-0.138	-0.021	-0.198

* Significativo ao nível 0.05; ** Significativo ao nível 0.01

2.4. Análise da eficácia do programa de formação no luto

Por fim, no sentido de cumprir o segundo objetivo de investigação e avaliar a eficácia do programa de formação no luto que foi ministrado aos profissionais de saúde, foram avaliadas duas vertentes: confiança do profissional nas suas competências no luto (medido pelo ENFL_B) e as atitudes perante a morte (medido pelo EAPAM). Uma vez que se trata de uma comparação de pontuações médias antes e após a intervenção, recorreu-se ao teste *t* para amostras emparelhadas.

Relativamente à evolução dos profissionais ao nível das suas competências no luto, no total da escala, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre as médias ($t(34)=6.76$, $p<0.001$). A diferença média entre os momentos foi de 15.49 pontos, com a média antes da formação igual a 61.26 (DP=14.89) e a média depois da formação igual a 76.74 (DP=11.64). A magnitude do efeito foi muito elevada ($g=1.12$). Esta diferença também é estatisticamente significativa ($p<0.001$) ao nível da pré-morte e da pós morte, com diferenças de 5.14 pontos e 10.34 pontos, respetivamente. Quanto à magnitude do efeito, é elevado para a pré-morte ($g=0.89$) e muito elevado para a pós-morte ($g=1.14$). Estes resultados podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9

Comparação da confiança do profissional nas competências de luto (pré vs. pós-formação)

Subescala	Momento	Média (DP)	Diferença	<i>t</i>	Valor- <i>p</i>	<i>g</i> (Hedges)
ENFL_B_Total	Pós-formação	76.74 (11.64)	15.49	6.756	<0.001	1.12
	Pré-formação	61.26 (14.89)				
ENFL_B_preM	Pós-formação	35.94 (4.75)	5.14	5.378	<0.001	0.89
	Pré-formação	30.80 (6.24)				
ENFL_B_posM	Pós-formação	40.80 (7.41)	10.34	6.879	<0.001	1.14
	Pré-formação	30.46 (9.23)				

No que concerne às atitudes acerca da morte (Tabela 10), nenhuma das subescalas apresenta uma diferença significativa, pelo que não há evidência que a formação tenha tido alguma influência nas atitudes dos profissionais perante a morte.

Tabela 10*Comparação da atitude perante a morte (pré vs. pós-formação)*

Subescala	Momento	Média (DP)	Diferença	t	Valor-p	g (Hedges)
EAPAM_Medo	Pós-formação	27.21 (8.44)	-0.52	-0.385	0.703	ns
	Pré-formação	27.73 (7.90)				
EAPAM_Evitamento	Pós-formação	15.18 (6.42)	-0.88	-0.820	0.418	ns
	Pré-formação	16.06 (6.93)				
EAPAM_AcAproximação	Pós-formação	37.30 (11.09)	2.36	1.299	0.203	ns
	Pré-formação	34.94 (11.95)				
EAPAM_AcEscape	Pós-formação	16.82 (5.09)	-1.09	-1.454	0.156	ns
	Pré-formação	17.91 (4.30)				

Em suma, a formação aumentou significativamente (em termos médios) a confiança dos profissionais nas suas competências no luto, mas não alterou as atitudes acerca da morte que tinham inicialmente.

Discussão

O presente estudo pretende verificar a relação da sobrecarga de luto profissional, do burnout e das atitudes acerca de morte com as necessidades formativas no luto, em enfermeiros, psicólogos, médicos e assistentes sociais. Adicionalmente, tem como objetivo verificar qual o efeito de um programa de formação no luto na satisfação das necessidades de formação destes profissionais.

A um nível geral, é possível compreender que existe sempre uma relação entre as necessidades de formação e a sobrecarga de luto e entre as necessidades de formação e pelo menos uma das dimensões das escalas de burnout e de atitudes acerca da morte.

A nível mais específico, a análise das correlações, indica que, na amostra geral, os profissionais com maior motivação para a formação, têm tendência a apresentar menor sobrecarga de luto profissional, maior realização pessoal, maiores níveis de atitude de aceitação como aproximação, ao mesmo tempo que menor atitude de medo e evitamento acerca da morte. Na amostra dos profissionais que receberam a formação, foi possível concluir a mesma relação positiva entre a motivação e a realização pessoal, enquanto as restantes dimensões não se relacionaram significativamente. Esta diferença deve-se provavelmente ao número reduzido de participantes constituintes desta amostra.

No seu conjunto, estes dados, permitem validar a primeira e a segunda hipótese; H1: Quanto maior a sobrecarga de luto profissional, menor a motivação para a formação e H2: Quanto maior o burnout, menor a motivação para a formação. Os resultados obtidos podem ser justificados pelo sofrimento, stress e desgaste emocional característicos da própria sobrecarga de luto; por maior realização pessoal ser indicativo de maior moral, eficácia, prazer em relação à atividade profissional e menor burnout; e por a atitude de aceitação aproximação se caracterizar pela crença numa vida de qualidade após a morte, enquanto atitudes de medo e evitamento da morte se caracterizam por sentimentos e pensamentos negativos relacionados com a morte e evitar pensar ou debater sobre o tema da morte como mecanismo de defesa para afastar a morte da sua consciência – o que explicaria a menor motivação para abordar o tema da morte e para receber novas formações (Gama et al., 2011; Maslash & Leiter, 2016; Wong et al., 1994)

Ao analisar, as competências no luto, os dados indicam que os profissionais com menos competências no luto tendencialmente apresentam maior sobrecarga de luto profissional; maior exaustão emocional e despersonalização com menor realização pessoal; maior atitude de medo, evitamento e aceitação como escape acerca da morte com menor aceitação neutral. Na amostra da formação, menos competências no luto, relacionaram-se com uma maior sobrecarga de luto, uma maior exaustão emocional, uma menor realização pessoal e atitude de medo e de evitamento. É possível concluir que clínicos que apresentam competências no luto menos desenvolvidas, têm tendência a apresentar maior sofrimento inerente à sobrecarga de luto profissional, maior burnout, e atitudes associadas a menor bem-estar. De outra perspetiva, ter competências no luto indica menos sofrimento associado à sobrecarga de luto profissional, menores níveis de burnout e uma atitude de aceitação neutral - considerada a atitude mais adaptativa em relação à morte e associada a melhor bem-estar e menores níveis de depressão, no estudo de Wong et al., (1994).

Desta forma, podemos validar a terceira e a quarta hipótese; H3: Quanto menores as competências no luto, maior a sobrecarga de luto profissional e H4: Quanto menores as competências no luto, maior o burnout. O que é sugestivo da importância da formação como forma contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional, tal como de ajudar a atenuar os sentimentos negativos dos clínicos expostos à morte e luto.

Estes resultados estão de acordo com outros estudos realizados nesta área. Por exemplo, no estudo de Ravaldi et al., (2023), a maioria dos profissionais reconheceram a necessidade de

formação e os que receberam formação sobre luto e/ou comunicação apresentaram menos probabilidade de ter sintomas de stress e burnout. Já no estudo de Fan e Lin (2022), após receberem formação os profissionais apresentaram redução de burnout e crenças negativas, e aumento de autoeficácia. Também Franco et al., (2020) referem a existência de uma lacuna no conhecimento dos profissionais acerca do luto e que a assistência é feita com insegurança e medo de errar, que gera angústia, sentimento de culpa e sensação de impotência – o que é congruente com os resultados obtidos. Assim, os resultados apresentados estão de acordo com o esperado com base na revisão literatura, que pode ajudar a compreender melhor esta relação.

Quando cruzamos os dados, concluímos que os profissionais com maior sobrecarga de luto profissional, apesar de terem maiores necessidades de formação (menos competências), estão menos motivados para a receber, o que, apesar de ser compreensível através do desgaste da sobrecarga de luto, é algo a ter em conta quando se aborda esta questão. Sugere-se então, a necessidade de fornecer aos profissionais, apoio, suporte e medidas institucionais que permitam a redução da sobrecarga de luto profissional e aumento das oportunidades de formação.

O mesmo fenómeno ocorre com o burnout. Os profissionais com maiores níveis de burnout, apesar de terem menos competências e, logo, maiores necessidades de formação, estão menos motivados para a receber. Podemos compreender esta relação à luz do conceito de burnout, mas seria importante que as instituições promovessem condições e oportunidades de formação e que procurassem encontrar formas de motivar estes profissionais para a receber, por exemplo, através de sensibilização ou de benefícios diretos como, formação gratuita, incluída no horário de trabalho, prémios monetários, entre outros.

Relativamente às atitudes acerca da morte, os profissionais com atitudes de medo, evitamento e aceitação como escape, apesar de terem menos competências e, logo, maiores necessidades de formação, também estão menos motivados para a receber. O que elucida para possíveis benefícios de promover mudanças de atitudes em conjunto com a formação, para a melhoria do bem-estar dos profissionais e dos cuidados fornecidos.

Os resultados relativos ao segundo objetivo do estudo permitem compreender que, após a participação na formação, a confiança dos profissionais nas suas competências de intervenção no luto aumentou significativamente. Mais especificamente, houve um aumento significativo, tanto na escala total, como em relação às competências de intervenção no luto pré-morte e pós-morte. Consequentemente, é possível afirmar que as necessidades de formação diminuíram, o que comprova a eficácia da formação que os profissionais receberam. Deste modo, confirma-

se a quinta hipótese de que a formação aumenta a perceção de competências de intervenção no luto dos profissionais.

Existem outros programas descritos na literatura que, como o estudo de Fan & Lin (2022), também destacam os efeitos positivos da formação nos profissionais de saúde. O programa denominado “*Managing grief and loss amongst healthcare professionals*” evidenciou melhorias na confiança e no conhecimento dos profissionais acerca de diversos temas ligados ao luto. Os profissionais manifestaram elevada satisfação com o conteúdo do programa para o desenvolvimento profissional e bem-estar. Também o programa “*Teardrop*” evidenciou melhorias na preparação dos profissionais que lidam com perdas e demonstrou elevada satisfação com a formação.

Quanto às atitudes acerca da morte, não foi possível identificar diferenças significativas, o que se pode dever ao facto de o programa não ser direccionado para a mudança das atitudes acerca da morte. Outra razão prende-se com o reduzido tamanho da amostra.

Por fim, os resultados obtidos são sugestivos da eficácia desta formação e dos benefícios de continuar a oferecer oportunidades de desenvolvimento do conhecimento e competências na área do luto, em prol dos pacientes, familiares e dos próprios clínicos.

Limitações e Estudos Futuros

Ao longo deste estudo verificaram-se algumas limitações que devem ser reconhecidas. As maiores limitações devem-se à amostra. Em primeiro lugar, o método de amostragem utilizado é não probabilístico, e existe um grande predomínio de enfermeiras do sexo feminino, o que faz com que a amostra não seja representativa de todos os profissionais, o que limita a generalização dos resultados. Adicionalmente, a amostra dos profissionais que receberam a formação, tem um número de participantes inferior ao desejado. Isto deveu-se ao facto de existirem muitos questionários incompletos e à impossibilidade de “emparelhar” um grande número de questionários.

Em estudos futuros seria importante acautelar estas questões relativas à amostra, para que seja maior e mais representativa da população. Seria também interessante efetuar questionários de follow-up, para perceber se os efeitos da formação se mantêm e analisar fatores mediadores.

Conclusão

Este estudo cumpriu os seus objetivos de verificar a relação entre sobrecarga de luto profissional, burnout, atitudes acerca da morte e necessidades formativas no luto, e de verificar o efeito de um programa de formação no luto na satisfação das necessidades de formação destes profissionais. No geral, os resultados demonstram que profissionais com maiores níveis de sobrecarga de luto, burnout e atitudes de medo e evitamento da morte apresentam menos motivação para a formação e menos competências de intervenção no luto. Na amostra dos profissionais que receberam a formação, os resultados foram idênticos. Quanto ao efeito do programa de formação, verificou-se que após a formação houve um aumento significativo da confiança dos profissionais nas suas competências no luto, mas não houve alterações nas atitudes acerca da morte.

Em suma, com o presente estudo podemos afirmar que a formação “Luto para profissionais de saúde” é eficaz e que ter mais competências no luto está associado a ter menos sofrimento associado à sobrecarga de luto profissional, menores níveis de burnout e atitudes menos negativas e mais adaptativas acerca da morte. Contudo, existem algumas limitações, como as características da amostra, que seria essencial ter em conta em estudos futuros, para consolidar os resultados. Por fim, considera-se fundamental a realização de mais estudos na área do luto nos profissionais de saúde e a promoção de mais oportunidades de formação para que os profissionais de saúde possam desenvolver conhecimento e competências na área do luto.

Referências

- Aciole, G. G., & Bergamo, D. C. (2019). Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde em Debate*, 43, 805-818.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.
- Aníbal, S. A. M. F. (2024). Desenvolvimento e validação da Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL).
- Barbosa, A. (2016). *Fazer o Luto*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bento, B., e Gameiro, F. (2025). A Evolução do Luto: Uma Breve Reflexão para a Intervenção Social. *Revista Temas Sociais*, (8), 40-52.
- Boerner, K., Gleason, H., & Jopp, D. S. (2017). Burnout after patient death: challenges for direct care workers. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 317-325.
- 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.
- Breen, L. J., & Moullin, J. C. (2022). The value of implementation science in bridging the evidence gap in bereavement care. *Death studies*, 46(3), 639-647.
- Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. (2004) Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract*, 14:27-35.
- Chew, Y. J. M., Ang, S. L. L., & Shorey, S. (2021). Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 77(1), 343-354.
- Coelho, A., Albuquerque, S., & Neto, D. D. (2025). Bereavement support guidelines for caregivers in palliative care: a scoping review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1541783.
- Conte, T. M. (2011). Pediatric oncology nurse and grief education: a telephone survey. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(2), 93-99.
- Eisma, M. C., de Lang, T. A., & Stroebe, M. S. (2022). Restoration-oriented stressors of bereavement. *Anxiety, Stress, and Coping*, 35(3), 339–353. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1957849>

- 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>
- Fan, S. Y., & Lin, W. C. (2022). An educational bereavement program to decrease clinical staff's barriers and improve self-efficacy of providing bereavement care. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 835-841.
- Figley, C.R. (2002, Ed.). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley CR. (1995) Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: Stamm BH, editor. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. *The Sidran Press*. p. 3-28.
- Fiore, J. (2021). A systematic review of the dual process model of coping with bereavement (1999-2016). *Omega*, 84(2), 414–458. <https://doi.org/10.1177/0030222819893139>
- Franco, I. D. S. M. F., Batista, J. B. V., Freire, M. L., Evangelista, C. B., de Lima Santos, M. S., & Lopes, M. E. L. (2020). Death And Grief in Palliative Care: Health Professionals' Experience/ Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 703-709.
- 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.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x>
- 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
- Granek, L., Bartels, U., Scheinemann, K., Labrecque, M., & Barrera, M. (2015). Grief reactions and impact of patient death on pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 62(1), 134-142.

- Groves, K. A., Adewumi, A., Gerhardt, C. A., Skeens, M. A., & Suttle, M. L. (2022). Grief in critical care nurses after pediatric suffering and death. *Annals of Palliative Medicine*, *11*(6), 1888899-1881899.
- Hawes, F. M., & Wang, S. (2024). A comparative study of organizational grief support and burnout among nursing home staff. *The Gerontologist*, *64*(8), gnae065.
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Number 4/August 2014*, *18*(4), 454-458.
- 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.
- Kapoor, S., Morgan, C. K., Siddique, M. A., & Guntupalli, K. K. (2018). “Sacred pause” in the ICU: evaluation of a ritual and intervention to lower distress and burnout. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *35*(10), 1337-1341.
- Larsen, L. H., Hybholt, L., & O’Connor, M. (2024). Lived experience and the dual process model of coping with bereavement: A participatory research study. *Death Studies*, 1-12.
- Leitao, S., Helps, A., Cotter, R., O’Donoghue, K., & TEARDROP PLRG working group. (2021). Development and evaluation of TEARDROP-a perinatal bereavement care training programme for healthcare professionals. *Midwifery*, *98*, 102978.
- 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.
- Lund, D., Caserta, M., Utz, R., & De Vries, B. (2010). Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model (DPM). *Omega*, *61*(4), 291–313. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.c>
- Lundorff, M., Thomsen, D. K., Damkier, A., & O’Connor, M. (2019). How do loss- and restoration-oriented coping change across time? A prospective study on adjustment following spousal bereavement. *Anxiety, Stress, and Coping*, *32*(3), 270–285. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1587751>
- Maroco, J., & Tecedor, M. (2009) Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *10*, 227-235.

- Maroco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics: 8ª edição*
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry, 15*(2), 103-111.
- 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>
- Nunnally, J. C. e Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory: 3rd edition*; McGraw-Hill: New York.
- O'Connor, M., & Breen, L. J. (2014). General practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study. *BMC Medical Education, 14*(1), 59.
- Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 41*(1), 59-77.
- Papadatou, D., & Bellali, T. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric nursing, 28*(4).
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. a, Bonanno, G., Block, S. D., 7 Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
- Ravaldi, C., Mosconi, L., Mannetti, L., Checconi, M., Bonaiuti, R., Ricca, V., 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*, 1050236.
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology, 19*(4), 255–267. <https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- 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/>

- Shorter, M., & Stayt, L. C. (2009). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159–167. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x>
- Sousa, S. P. V. (2019). *Intervenção no Processo de Luto em Portugal Pelas Equipas de Cuidados Paliativos* (Master's thesis, Universidade Catolica Portuguesa (Portugal)).
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224. DOI: 10.1080/074811899201046
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A. G., & Maroco, J. (2013). Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portuguesas. *Psicologia, saúde & doenças*, 14, 152-167.
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20(9), 559-563.
- Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile—Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and application* (pp. 121–148). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315800813-8>
- World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision) World Health Organization. *Geneva, Switzerland*.
- Yazdan, R., Corey, K., Messer, S. J., Kim, E. H., Roberts, K. E., Selwyn, P. A., & Weinberger, A. H. (2023). Hospital-based interventions to address provider grief: a narrative review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(1), e85-e107.
- Zacharias, B. S., & Upendra, S. (2024). Healing the healers: A systematic review on the burden of secondary traumatic stress among healthcare providers. *Journal of education and health promotion*, 13, 466. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_218_24
- Zhang, Z., Gao, M., Fang, Z., Chen, X., Shen, Q., & Gao, Y. (2024). The coping strategies and cumulative changes in intensive care unit nurses after experiencing professional grief: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 2024(1), 3682609.

Anexos

Anexo A – Questionário Online (sem formação)

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 (1)

Não (2)

Q1 Idade _____

Q2 Sexo

Feminino (1)

Masculino (2)

Outro (3)

Prefiro não dizer (4)

Q3 Estado Civil

- Solteiro(a) (1)
- União de facto (2)
- Casado(a) (3)
- Divorcidado(a) (4)
- Viúvo(a) (5)

Q4 Profissão

- Médico (1)
- Enfermeiro (2)
- Psicólogo (3)
- Assistente Social (4)

Q5 Tempo de exercício de profissional (em meses/anos) _____

Q6 Tempo de serviço profissional no atual local de trabalho (em meses/anos) _____

Q7 Habilitações profissionais

- Bacharelato (1)
- Licenciatura (2)
- Mestrado (3)
- Doutoramento (4)

Q8 Serviço onde se encontra a exercer funções atualmente _____

Q9 Por mês, em média, qual a taxa de mortalidade no seu serviço? _____

Q10 Em que instituição exerce funções? _____

Grupo A Escala das Necessidades de Formação no Luto (ENFL)

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.

	1. Discordo Totalmente (1)	2. Discordo (2)	3. Concordo Moderadamente (3)	4. Concordo Bastante (4)	5. Concordo Extremamente (5)	Não Aplicável (6)
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 motivado para receber formação na área do luto (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. 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"/>

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 (1)	2. Pouco Confiante (2)	3. Moderadamente Confiante (3)	4. Bastante Confiante (4)	5. Extremamente Confiante (5)	Não Aplicável (6)
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"/>
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"/>
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) (22)	<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 selecione de **1 (Discordo Totalmente)** a **5 (Concordo Totalmente)**, de acordo com o seu **grau de concordância**.

	1. Discordo Totalmente (1)	2. Discordo (2)	3. Neutro (3)	4. Concordo (4)	5. Concordo Totalmente (5)
1. Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto que estou a perder a minha liberdade. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Não tenho ninguém com quem conversar. (3)	<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. (4)	<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. (5)	<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. (6)	<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. (7)	<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. (8)

9. Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes. (9)

10. Tenho insónias, porque estou preocupado(a) com o que está a acontecer aos meus doentes e como atuarei no dia seguinte. (10)

11. As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar. (11)

12. Sinto-me tão frustrado(a) que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa. (12)

13. Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço. (13)

14. Estou agarrado(a) a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação.
(14)

15. É doloroso cuidar de doentes em fase terminal.
(15)

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)	1. Quase nunca (2)	2. Algumas vezes (3)	3. Regularmente (4)	4. Bastantes vezes (5)	5. Quase sempre (6)	6. Sempre (7)
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho. (1)	<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. (2)	<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. (3)	<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. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objetos impessoais. (5)	<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. (6)	<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. (7)	<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. (8)	<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. (9)
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho. (10)
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente. (11)
12. Sinto-me muito enérgico. (12)
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho. (13)
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho. (14)
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes. (15)
16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão. (16)
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes. (17)

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

19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão. (19)

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

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

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

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. Discordo Muitíssimo (1)	2. Discordo (2)	3. Discordo Moderadamente (3)	4. Não Concordo nem Discordo (4)	5. Concordo Moderadamente (5)	6. Concordo (6)	7. Concordo Muitíssimo (7)
1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Perspectiva r a minha própria morte gera-me ansiedade. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Evito pensamento acerca da morte a todo o custo. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Acredito que irei para o céu depois de morrer. (4)	<input type="radio"/>	<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. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável. (6)	<input type="radio"/>	<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. (7)
8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena. (8)
9. A morte permite escapar deste mundo terrível. (9)
10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los. (10)
11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento. (11)
12. Tento sempre não pensar na morte. (12)
13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo. (13)

14. A morte é um aspecto natural da vida. (14)
15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna. (15)
16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa. (16)
17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos. (17)
18. Tenho um intenso medo da morte. (18)
19. Evito por completo pensar na morte. (19)
20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante. (20)

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

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

23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno. (23)

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

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

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

27. A morte oferece a maravilhos a libertação da alma. (27)
28. Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade e da vida depois da morte. (28)
29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida. (29)
30. A morte não é boa nem má. (30)
31. Aguardo com expectativa a vida depois da morte. (31)
32. A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me. (32)

Código - Para garantir o anonimato das respostas, crie por favor, um código alfanumérico de acordo com as respostas às seguintes questões: 1ª. Primeira letra do nome da sua mãe? 2ª. Primeira letra do último nome da sua mãe (apelido)? 3ª. Ano de nascimento da sua mãe?.

(por exemplo, se a sua mãe se chama Maria Silva e nasceu em 1965, o código seria "MS1965") _____

Anexo B – Questionário Online (com formação)

Agradecemos a sua participação na segunda fase deste estudo, que tem como objetivo avaliar o impacto da formação nas necessidades formativas na área do luto, e atitudes perante a morte. A sua participação é totalmente voluntária e pode desistir a qualquer momento, sem que tal implique qualquer prejuízo para si. As suas respostas são anónimas e serão tratadas de forma estritamente confidencial, sendo utilizadas exclusivamente para fins de investigação. Para permitir o emparelhamento das respostas do questionário pré e pós-formação, solicitamos que crie um código de fácil memorização. Este código será utilizado unicamente para relacionar os questionários sem comprometer o anonimato dos participantes. Ao prosseguir com o preenchimento do questionário, declara que compreende os objetivos do estudo e aceita participar de forma livre e esclarecida. Obrigado pela sua colaboração!

Sim (1)

Não (2)

Código - Pedimos que utiliza o mesmo código que usou na primeira aplicação para garantir o emparelhamento das respostas (pré e pós-teste), mantendo a confidencialidade dos dados. As indicações para a criação do código eram: use as iniciais do nome da sua mãe seguidas do ano de nascimento dela (por exemplo, se a sua mãe se chama Maria Silva e nasceu em 1965, o código seria "MS1965") _

Grupo B Escala das Necessidades de Formação no Luto 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 (1)	2. Pouco Confiante (2)	3. Moderadamente Confiante (3)	4. Bastante Confiante (4)	5. Extremamente Confiante (5)	Não Aplicável (6)
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"/>
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"/>
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) (22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 selecione de **1 (Discordo MUITÍSSIMO)** a **7 (Concordo MUITÍSSIMO)**, de acordo com o seu **grau de concordância**.

	1. Discordo Muitíssimo (1)	2. Discordo (2)	3. Discordo Moderadamente (3)	4. Não Concordo nem Discordo (4)	5. Concordo Moderadamente (5)	6. Concordo (6)	7. Concordo Muitíssimo (7)
1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Perspectiva r a minha própria morte gera-me ansiedade. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Evito pensamento acerca da morte a todo o custo. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Acredito que irei para o céu depois de morrer. (4)	<input type="radio"/>	<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. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável. (6)	<input type="radio"/>	<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. (7)
8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena. (8)
9. A morte permite escapar deste mundo terrível. (9)
10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los. (10)
11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento. (11)
12. Tento sempre não pensar na morte. (12)
13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo. (13)

14. A morte é um aspeto natural da vida. (14)
15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna. (15)
16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa. (16)
17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos. (17)
18. Tenho um intenso medo da morte. (18)
19. Evito por completo pensar na morte. (19)
20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante. (20)

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

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

23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno. (23)

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

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

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

27. A morte oferece a maravilha a libertação da alma. (27)

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

29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida. (29)

30. A morte não é boa nem má. (30)

31. Aguardo com expectativa a vida depois da morte. (31)

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

Conclusão 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 compartilhar connosco, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contacto, através do seguinte email: *****@alunos.ispa.pt Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!