

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa



Luto nos Médicos

Andreia Filipa Baptista Capela Marques

Orientador: Prof. Dr. António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de

Mestre em Cuidados Paliativos

2018

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa



Luto nos Médicos

Andreia Filipa Baptista Capela Marques

Orientador: Prof. Dr. António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de

Mestre em Cuidados Paliativos

2018

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 21 de Maio de 2019.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint Exupéry, O Príncipezinho

Agradecimentos

A todos os colegas que dispensaram algum do seu tempo no preenchimento do questionário.

Aos meus familiares, especialmente o meu marido, Helder, os meus sogros, Sr. Marques e D. Rita, os meus pais, Rui e Rosa, e os meus tios, Helder e Adelaide, que muitas vezes assumiram os meus papéis familiares para eu me dedicar a este trabalho. Também aos meus filhos, Henrique e Bernardo que foram aceitando passar alguns momentos sem mim.

À Dra. Conceição Pires, minha tutora no estágio de Cuidados Paliativos em 2013, pelos ensinamentos técnicos, clínicos e humanos e pela inspiração e exemplo sempre presentes.

Ao Professor Doutor Eduardo Carqueja pela ajuda na escrita do protocolo e na elaboração do questionário e escolha das escalas.

Ao meu orientador, Professor Doutor António Barbosa pelo entusiasmo que transmite e pela orientação da tese, a sua correção e compreensão com os atrasos.

A todos os meus colegas de profissão e profissionais da área da saúde que todos os dias comigo partilham angústias e a vontade de sempre fazer melhor e sempre crescer em conhecimento e em dádiva.

A todos os meus doentes e famílias que em cada dia me fazem crescer como pessoa e desenvolver as minhas competências clínicas e humanas.

Resumo

Introdução:

A morte é um acontecimento inevitável e universal que desencadeia sentimentos de luto nos sobreviventes que se relacionaram com o falecido, incluindo os profissionais de saúde.

Os médicos estão expostos ao processo de morte e ao sofrimento dos doentes que cuidam. Este contacto com o sofrimento humano e com todo o processo que envolve a morte e o morrer podem ter consequências pessoais e profissionais, com risco de *burnout* e despersonalização. Contudo, estas experiências permitem também o questionamento pessoal e existencial, e a sua integração de forma menos traumática poderá associar-se a crescimento pessoal. A consciência dos riscos, o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e de autocuidados são essenciais para que os médicos, possam elaborar o luto dos seus doentes e evitem as consequências nefastas do contacto com a morte.

Tendo em consideração esta problemática desenvolveu-se um estudo que teve como finalidade caracterizar o luto, as atitudes perante a morte e a qualidade de vida profissional numa amostra de médicos e relacioná-las com fatores sócio-demográficos, profissionais e pessoais.

Métodos:

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo desenvolvido na aplicação de um questionário aos profissionais médicos a exercer funções no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, ACeS Gaia e ACeS Espinho / Gaia. Foi enviado um questionário eletrónico difundido através de e-mail institucional e disponível entre 21 de maio e 2 de julho de 2018. O preenchimento era voluntário e anónimo. O questionário era constituído por uma seção de caracterização sociodemográfica e experiencial e a aplicação das escalas de Sobrecarga de Luto Profissional, Perfil de Atitudes acerca da Morte e Qualidade de Vida Profissional. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS®.

Resultados:

Obtiveram-se 99 respostas válidas, correspondentes a uma taxa de resposta de 7.85%. A amostra era composta por 66 mulheres (67%) e tinha uma mediana de idades de 43 anos (25-67). Os especialistas representaram 80% da amostra com 71 participantes a exercerem especialidades médicas e com 26 profissionais de MGF.

Embora 76 médicos prestem cuidados a doentes em fim de vida, destes 27 assumem não se sentir competentes para o fazer e apenas 19 receberam formação em Cuidados Paliativos. Os médicos especialistas apresentam valores significativamente mais elevados de perda nostálgica ($p=0.01$). Os médicos de especialidades cirúrgicas apresentaram significativamente maior esforço emocional no cuidar, maior partilha incompreendida e maior perda nostálgica ($p=0.004$, 0.006 , 0.022 , respetivamente). Médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentam valores significativamente mais elevados de Confinamento Atormentado ($p=0.009$). Obtiveram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre o confinamento atormentado e o esforço emocional no cuidar com o medo da morte e o evitamento da morte, e entre todas as dimensões da escala de sobrecarga de luto profissional

com o *burnout* e o stress traumático secundário, com exceção do esforço emocional no cuidar que não atingiu significado estatístico com o *burnout*. Nos modelos de regressão hierárquica, a dimensão Esforço Emocional no Cuidar foi o fator preditivo mais relevante da escala de Sobrecarga de Luto Profissional para a dimensão Medo da Morte e Evitamento da Morte (24 % e 26%), enquanto que o Confinamento Atormentado foi o fator preditivo mais relevante das três dimensões da escala de Qualidade de Vida Profissional, sendo que prediz valores mais baixos de satisfação por compaixão (17%) e valores mais elevados de *burnout* e stress traumático secundário(38% e 41%, respetivamente).

Conclusões:

A originalidade deste trabalho reside em três aspetos: metodologia quantitativa; aplicação a médicos de várias especialidades; aplicação a clínicos que atuam numa mesma área geográfica que serve uma população com acesso a igual nível de cuidados. Este trabalho evidencia a necessidade de promover a aquisição de competências de cuidar em fim de vida a todos os profissionais que assistem estes doentes, quer técnicas quer humanas, quer de autocuidados para o profissional.

Palavras-Chave:

Luto profissional; Sobrecarga de Luto Profissional; Perfil de Atitudes Acerca da Morte; Qualidade de Vida Profissional; cuidados de fim de vida

Abstract

Introduction:

Death is an inevitable and universal event that triggers feelings of mourning in survivors who have related to the deceased, including health care professionals.

Doctors are exposed to the death process and the suffering of the patients they care for. This contact with human suffering and the whole process involving death and dying can have personal and professional consequences, with the risk of burnout and depersonalization. However, these experiences also allow personal and existential questioning, and their integration in a less traumatic way may be associated with personal growth. Awareness of risks, the development of coping mechanisms and self-care are essential if doctors are to mourn their patients and avoid the harmful consequences of contact with death.

Taking this problem into account, a study was developed to characterize grief, attitudes towards death and professional quality of life in a sample of physicians and relate them to socio-demographic, professional and personal factors.

Methods:

This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study developed through the application of a questionnaire to medical professionals working at Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, ACeS Gaia and ACeS Espinho / Gaia. An electronic questionnaire was sent through institutional mail and available between May 21 and July 2, 2018. The completion was voluntary and anonymous. The questionnaire consisted of a sociodemographic and experiential characterization section and the application of scales of Overload of Professional Mourning, Revised Death Attitude Profile and Professional Quality of Life. Statistical analysis was performed using the SPSS® program.

Results:

There were 99 valid answers, corresponding to a response rate of 7.85%. The sample consisted of 66 women (67%) and had a median age of 43 years (25-67). Specialists accounted for 80% of the sample with 71 participants in medical specialties and 26 family doctors. Although 76 doctors provide care to end-of-life patients, out of these, 27 assume they do not feel competent to do so, and only 19 have received training in Palliative Care. Specialists presented significantly higher values of nostalgic loss ($p = 0.01$). Surgical doctors presented significantly greater personal sacrifice burden, worry and felt isolation and nostalgic loss ($p = 0.004, 0.006, 0.022$, respectively).

Physicians who provide care to end-of-life patients have significantly higher values of heartfelt sadness and longing ($p = 0.009$).

There were statistically significant positive correlations between the heartfelt sadness and longing and the personal sacrifice burden with fear of death and death avoidance, and between all dimensions of the Overload of Professional Mourning scale with burnout and secondary traumatic stress, with exception of personal sacrifice burden in caring that did not reach statistical significance with burnout.

The hierarchical regression models showed that personal sacrifice burden was the most relevant predictive factor in the Overload Professional Mourning scale to the fear of death and death avoidance dimensions (24% e 26%, while heartfelt sadness and longing was the most relevant predictive factor of the three dimensions in the Professional quality of Life scale, predicting lower levels of compassion satisfaction (17%) and higher levels of burnout and secondary traumatic stress (38% and 41%, respectively).

Conclusions:

The originality of this work lies in three aspects: quantitative methodology; application to doctors of various specialties; application to clinicians operating in the same geographical area serving a population with access to the same level of health care. This work evidences the need to promote the acquisition of end-of-life care skills for all professionals who assist these patients, both technical and human, and self-care for the professional.

Key-words

Professional grief; Overload of Professional Mourning; Revised Death Attitude Profile; Professional Quality of Life; End-of-life care

Índice

I.	Introdução	2
1.	A morte e o luto	2
2.	Luto Profissional	7
2.1.	Modelos de Luto Profissional	8
2.2.	Fatores que tornam a morte difícil de gerir	9
2.3.	Manifestações e Reações de Luto Profissional	12
2.4.	Riscos do luto profissional	15
2.5.	O Papel da Comunicação	22
2.6.	Responsabilidade do luto e follow-up no luto	24
2.7.	Barreiras para a abordagem do luto	27
2.8.	Estratégias de abordagem do luto profissional	28
II.	Objetivos e questões de investigação	38
III.	Métodos	39
1.	População de Estudo	39
2.	Instrumentos	39
3.	Autorizações	45
4.	Divulgação	46
5.	Análise dos Dados	46
IV.	Resultados	48
1.	Dados sociodemográficos da amostra	48
2.	Cuidados em Fim de Vida	51
3.	Análises dos instrumentos	53
3.1.	Comparações por géneros	54
3.2.	Comparação por estado perante a especialidade	56
3.3.	Comparação por tipo de especialidade (“Cirúrgica” vs “Médica”)	57
3.4.	Comparação entre Medicina Geral e Familiar e Especialidades Hospitalares	58
3.5.	Comparação da prestação de cuidados a doentes em fim de vida	60
4.	Correlações entre as dimensões das escalas	61
4.1.	Correlações positivas:	61
4.2.	Correlações negativas:	62
5.	Predição do Perfil de Atitudes acerca da Morte e da Qualidade de Vida Profissional pela Sobrecarga de Luto Profissional	64
5.1.	Predição do Perfil de Atitudes Acerca da Morte	64

5.1.1.	Predição da dimensão Medo da Morte pela Sobrecarga de Luto Profissional ...	64
5.1.2.	Predição da dimensão Evitamento da morte pela Sobrecarga de Luto Profissional	67
5.1.3.	Predição da dimensão Aceitação Neutral pela Sobrecarga de Luto Profissional	69
5.1.4.	Predição da dimensão Aceitação como Aproximação pela Sobrecarga de Luto Profissional	71
5.1.5.	Predição da dimensão Aceitação como Escape pela Sobrecarga de Luto Profissional	73
5.2.	Predição da Qualidade de Vida profissional	75
5.2.1.	Predição da dimensão Satisfação por Compaixão pela Sobrecarga de Luto Profissional	75
5.2.2.	Predição da dimensão Burnout pela Sobrecarga de Luto Profissional	77
5.2.3.	Predição da dimensão Stress Traumático Secundário pela Sobrecarga de Luto Profissional	79
V.	Discussão dos Resultados.....	81
VI.	Limitações e Forças	86
VII.	Conclusão	87
VIII.	Bibliografia	90
IX.	Anexos	100

Índice de Figuras

Figura 1 Distribuição etária da amostra, n=99	48
Figura 2 Representatividade das especialidades hospitalares e não hospitalares, n=99	48
Figura 3 Representatividade das especialidades médicas e cirúrgicas.....	49
Figura 4 Frequência de contacto com doentes em fim de vida, n=76.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1	Fatores que dificultam a gestão da morte dos doentes.....	10
Tabela 2	Impacto da exposição à morte	18
Tabela 3	Práticas de follow-up e barreiras à sua implementação	26
Tabela 4	Barreiras à abordagem do luto.....	27
Tabela 5	Estratégias de coping.....	30
Tabela 6	Estratégias individuais de coping	33
Tabela 7	Escala de Sobrecarga de Luto profissional e Fatores	40
Tabela 8	Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte e dimensões	42
Tabela 9	Escala de Qualidade de Vida Profissional e dimensões.....	44
Tabela 10	Caracterização da amostra (n=99).....	50
Tabela 11	Caraterização do contexto em que são prestados cuidados em fim de vida (n=76) ..	51
Tabela 12	Caraterização do tipo de formação em cuidados paliativos (n=21).....	52
Tabela 13	Caracterização dos motivos para não solicitar apoio em luto (n=21).....	53
Tabela 14	Testes de normalidade da amostra	54
Tabela 15	Comparação entre homens e mulheres para cada uma das variáveis.....	55
Tabela 16	Comparação entre homens e mulheres na Escala de Sobrecarga de Luto Profissional	55
Tabela 17	Comparação entre homens e mulheres na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte	55
Tabela 18	Comparação entre homens e mulheres na escala de Qualidade de Vida Profissional	56
Tabela 19	Comparação por estado perante a especialidade na escala de Sobrecarga de Luto Profissional.....	56
Tabela 20	Comparação para estado perante a especialidade na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte.....	56
Tabela 21	Comparação para estado perante a especialidade na escala de Qualidade de Vida Profissional.....	57
Tabela 22	Comparação por tipo de especialidade na escala de Sobrecarga de Luto Profissional	57
Tabela 23	Comparação por tipo de especialidade na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte	57
Tabela 24	Comparação por tipo de especialidade na escala de Qualidade de Vida Profissional	58
Tabela 25	Comparação entre especialidades hospitalares e MGF para cada uma das variáveis	58
Tabela 26	Comparação para especialidades hospitalares e MGF na escala de Sobrecarga de Luto Profissional	59
Tabela 27	Comparação para especialidades hospitalares e MGF na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte.....	59
Tabela 28	Comparação para especialidades hospitalares e MGF na escala de Qualidade de Vida Profissional.....	59
Tabela 29	Comparação para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida para a escala de Sobrecarga de Luto Profissional.....	60
Tabela 30	Comparação para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida para a escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte.....	60

Tabela 31 Comparação para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida para a escala de Qualidade de Vida Profissional	61
Tabela 32 Matriz de correlações das dimensões das escalas	63
Tabela 33 Modelo de Predição da dimensão Medo da Morte pela Sobrecarga de Luto Profissional	66
Tabela 34 Modelo de Predição da dimensão Evitamento da morte pela Sobrecarga de Luto Profissional	68
Tabela 35 Modelo de Predição da dimensão Aceitação Neutral pela Sobrecarga de Luto Profissional	70
Tabela 36 Modelo de Predição da dimensão Aceitação como Aproximação pela Sobrecarga de Luto Profissional	72
Tabela 37 Modelo de Predição da dimensão Aceitação como Escape pela Sobrecarga de Luto Profissional	74
Tabela 38 Modelo de Predição da dimensão Satisfação por Compaixão pela Sobrecarga de Luto Profissional	76
Tabela 39 Modelo de Predição da dimensão Burnout pela Sobrecarga de Luto Profissional	78
Tabela 40 Modelo de Predição da dimensão Stress Traumático Secundário pela Sobrecarga de Luto Profissional	80

Abreviaturas e Siglas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition
ICD-11	International Classification of Diseases, 11 th Revision
MGF	Medicina Geral e Familiar
QSDE	Questionário sociodemográfico e experiencial
SLP	Sobrecarga de Lupo Profissional
SPSS®	Statistical Package for Social Sciences

Prefácio

Como Oncologista lido diariamente com o doloroso processo que cada doente enfrenta perante um diagnóstico de cancro, altamente estigmatizante, e frequentemente com a ameaça da vida, nas situações em que a ciência já nada tem a oferecer em termos curativos.

É com a convicção e o sentimento por experiência própria, que reconheço que os médicos também sofrem e fazem o luto dos seus doentes.

Apesar de Oncologista, e, talvez por isso, e pelo meu interesse particular nos cuidados de suporte e paliativos a doentes oncológicos, e a sua integração precoce e contínua ao longo de todo o seguimento da doença oncológica, manifesto a minha preocupação neste tema, mas também saliento a escassez de literatura que suporte a abordagem do luto em outras especialidades médicas.

O reconhecimento da existência de luto profissional deverá constituir um incentivo para que cada médico desenvolva as competências necessárias a minimizar os seus efeitos.

Todos os dias lutamos por ser melhores. Cada doente no seu processo de doença e de morte, conjuntamente com a sua família são uma oportunidade de crescimento pessoal e uma oportunidade de intervir de forma adequada na sua vida.

O nosso percurso profissional é construído com o trabalho clínico, mas também com a formação contínua quer nos aspetos do tratamento da doença oncológica quer nos aspetos humanos. Todas as aprendizagens de estratégias comunicacionais, de empatia e de partilha são sempre desejáveis.

O espaço da consulta constitui uma oportunidade única de desenvolver continuamente as técnicas de comunicação, mostrar a nossa disponibilidade, atender o doente com empatia, procurar a sua dignidade e partilhar a relação particular médico-doente.

Más notícias e momentos difíceis são inevitáveis. Também são parte da nossa responsabilidade clínica. O momento da transmissão dessa notícia é habitualmente preparado com rigor, procurando que as pessoas importantes estejam presentes, procurando fazê-lo de acordo com o que o doente espera e tentando utilizar uma linguagem perceptível. Não anular a esperança, dar espaço à manifestação emocional, mantendo-me disponível enquanto demonstro a minha empatia, são as minhas prioridades.

Há situações duras... algumas mais do que outras... por vezes identifico-me com os doentes.

As mortes mais difíceis são aquelas que acontecem a doentes jovens, a doentes com quem estabeleci laços emocionais, a doentes com que me identifico ou que identifico com alguém que me é próximo, com filhos pequenos. Descobri recentemente uma outra dificuldade no luto de um doente: não cumprir um pedido do doente. Embora tenha acontecido de forma não intencional, esse facto é verdadeiramente esmagador. Outro espectro de mortes difíceis são aquelas inesperadas, em doentes em intenção curativa, que morrem na sequência de complicações do tratamento. Nestes casos a culpa invade-me e procedo à revisão cognitiva e exaustiva do caso, com o objetivo de prevenir eventos semelhantes.

A discussão dos casos com os colegas e com os outros profissionais que interviram no caso é importante e reconciliadora.

Ouvir uma família enlutada não é fácil, mas também é parte do meu trabalho enquanto médica assistente daquele doente. Nem sempre sei o que dizer... a experiência tem-me mostrado que na maioria das vezes o mais importante é ouvir, mais do que falar... e no final deixar a porta aberta para quando precisarem. Inicialmente surpreendia-me que algumas famílias viessem, depois percebi que para elas, como para mim esse era o momento de encerramento de alguns capítulos. Nem sempre sei o que fazer, o que dizer, ... na medicina como na vida nem tudo pode ser protocolado. Ao início surpreendia-me que me agradecessem, não só por ter cuidado do familiar, ter dedicado o meu empenho profissional, mas também me agradecessem por aqueles momentos póstumos...

Hoje sou oncologista e adoro o que faço. Sinto que o meu papel vai muito além da prescrição farmacológica e isso é reconfortante. Saber que o meu papel humano é reconhecido é tão importante como o reconhecimento dos meus conhecimentos técnicos. Nenhum doente me é indiferente, nem nenhum sentimento insignificante. Fortalece-me saber que cada situação me ensina e me faz crescer e saber reconhecer que há momentos que também eu tenho de parar, avaliar sempre as situações, melhorar sempre e saber que sofrer a morte de alguém que cruzou a nossa vida é um processo normal. Encontrar estratégias de prevenção de que esse facto tenha um impacto negativo na nossa vida profissional e pessoal faz igualmente parte das nossas responsabilidades.

Este trabalho constituiu verdadeiramente uma oportunidade de aprendizagem e reflexão. Terminoo com a certeza de que contribuiu extensamente para melhorar a médica que pretendo ser.

I. Introdução

1. A morte e o luto

A morte constitui um acontecimento biológico da evolução natural do processo de vida de todos os seres vivos, incluindo os seres humanos.

A morte é um acontecimento inevitável e universal que desencadeia sentimentos de perda nos sobreviventes que se relacionaram com o falecido. O luto é um processo de reação a uma perda com significado pessoal profundo. A morte é talvez a instância em que a perda é mais evidente, mas muitas outras perdas desencadeiam lutos, e o processo de morrer, em si, pode representar várias perdas, quer para o doente quer para os familiares e, portanto, vários lutos. O processo de luto é inerente ao processo de morte. (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016)

O significado do processo de morte é elaborado culturalmente, variando ao longo dos tempos numa sociedade, e variando entre sociedades diferentes. Dentro de uma mesma sociedade, a percepção pessoal de cada indivíduo do processo de morte e de luto é individual e altera-se ao longo do tempo. (Barbosa et al., 2016)

A vivência do luto e do processo de morte corresponde a um evento individual e pessoal. A forma como cada indivíduo vivencia um processo de luto depende da sua personalidade, da sua relação com o falecido, das suas crenças e valores culturais, religiosos e da sua espiritualidade, das suas capacidades adaptativas psíquicas e emocionais, da disponibilidade de estruturas de suporte, do seu contexto socio-cultural e económico, da sua percepção de ameaça à integridade pessoal e do processo de morte e evolução da doença que vivenciou com o falecido. (NCI, 2018)

Em Português o luto é definido como "dor causada pela morte ou pela perda de alguém ou por grande calamidade; pesar; tristeza. (Infopedia, 2018) Assim o luto surge em resposta a morte, a perda de algo ou alguma coisa com muito valor para o indivíduo ou uma alteração significativa na vida. (Cowles, 1996)(Irish, Lundquist, & Nelson, 1993)

Já em língua inglesa três termos são utilizados para definir luto: *grief*, *mourning* e *bereavement*. *Grief* é definido como o processo emocional/afetivo de reação à perda de alguém. O foco situa-se no processo intra-psíquico de cada indivíduo. *Bereavement* é definido como a situação objetiva que o indivíduo enfrenta após a perda de alguém por morte. É o conceito mais abrangente dos três e uma afirmação da realidade objetiva de uma situação de perda por morte. *Mourning* é definido como a exibição pública do luto, enfatizando a expressão externa ou pública do luto, sendo influenciado pelas crenças, práticas religiosas e contexto cultural. Existe claramente uma sobreposição dos termos *grief* e *mourning*, com influências bilaterais e sendo frequentemente difícil distinguir entre ambos, uma vez que expressão externa (*mourning*) da perturbação emocional (*grief*) pela perda de alguém por morte é influenciada por crenças, valores e costumes culturalmente determinados. (MS Stroebe, Hansson, Schut, & Stroebe, 2008)

O luto desempenha uma função normativa de despedida de quem parte enquanto se redefinem papéis e funções de quem sobrevive. Desempenha algumas tarefas fundamentais como a aceitação e compreensão da perda, adaptação criativa à vida e a aquisição de significado. (Barbosa et al., 2016)

A investigação tem-se focado na definição de alguns tipos de luto. A principal ênfase tem assentado na distinção entre luto normal e luto complicado, e definidos tipos de luto com foco nas características de diferentes tipos de disfunção. (MS Stroebe et al., 2008) (MS Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001) (G A Bonanno & Kaltman, 2001) (Jacobs, 1993)

Assiste-se a uma tentativa de identificar estes padrões pela revisão de suporte empírico disponível enquanto simultaneamente se procura evidência de que estas reações de luto são únicas e não apenas formas de depressão major, ansiedade ou stress pós-traumático. (George A Bonanno et al., 2007)

O luto normal acontece em 50 a 85% dos indivíduos após uma perda. Será limitado no tempo, iniciando-se logo após a perda e na maioria dos casos resolvendo-se até ao segundo ano após a morte. Sentimentos de tristeza e saudade são habituais e normativos nos primeiros meses após a perda. (Barbosa et al., 2016) As reações de luto normal são marcadas por uma evolução gradual com vista a aceitação da perda, e apesar do funcionamento diário poder ser bastante difícil, define-se uma intenção de manter e prosseguir com as atividades básicas diárias. O luto normal cursa com reações emocionais comuns como o embotamento emocional, choque, descrença, ansiedade pela angústia de separação, sintomas de depressão e / ou negação, que acontecem frequentemente imediatamente após a morte. (Jacobs, 1993) Muita perturbação emocional está associada a ansiedade de separação, resultando frequentemente em ansiedade, procura, preocupação e imagens intrusivas do falecido. (Jacobs, 1993) Esta perturbação pode ser acompanhada por choro, suspiros, sonhos, ilusões e até alucinações com o falecido, ou busca de objetos ou sítios associados com o falecido. Alguns indivíduos enlutados experienciam raiva, períodos significativos de tristeza, desespero, insónia, anorexia, fadiga, culpa, perda de interesse e desorganização das rotinas diárias. Muitas pessoas enlutadas vão sofrer de períodos limitados no tempo (20-30 minutos), mas de grande intensidade de perturbação designados por explosões ou dores de luto. Algumas vezes estas explosões perceptivelmente associam-se a memórias do falecido, outras vezes acontecem inesperadamente. (Jacobs, 1993) Ao longo do tempo a maioria dos indivíduos enlutados irá experimentar os sintomas com menos frequência, com duração mais curta e com menor intensidade.

Embora não exista um consenso absoluto do período de tempo necessário para recuperação do luto, maioria dos indivíduos que sofrem um luto normal irão sentir um atenuar dos sintomas dos 6 meses aos 2 anos após a perda. (NCI, 2018). Não é consensual a existência de uma finalização do luto.

Em 1999 Stroebe e Schut propuseram o Modelo Processual Duplo do Luto (*The Dual Process Model of Coping with Bereavement*). Este modelo identifica dois tipos de *stressors*, os orientados pela perda e os orientados pela restauração, e um processo de *coping* regulatório e dinâmico de oscilação, em que o indivíduo em luto por vezes se confronta e outras vezes evita as tarefas do luto. Este modelo propõe que o *coping* adaptativo é composto por um processo de confrontação-evitamento dos *stressors* de perda e de restauração. (Margaret S Stroebe & Schut, 1999)

O luto preparatório reconhece que o doente em processo de morte também sofre luto pela sucessão perdas que sofre. (L Granek, Barbera, Nakash, Cohen, & Krzyzanowska, 2017) Assim, corresponde ao processo pelo qual o doente terminal se prepara para a separação com o

mundo e com as pessoas com que se relaciona. Coexistem neste tipo de luto períodos de ruminação sobre o passado e sobre o futuro sem a sua presença. É frequentemente marcado por períodos de tristeza, dor e ansiedade. Podem acontecer alguns rituais de despedida e até os pedidos finais. (Parkes, 1998b)

O luto antecipatório consiste numa reação que ocorre em antecipação a uma perda. (Casarett, Kutner, & Abrahm, 2001) Corresponde ao processo completo pelo qual os sobreviventes sofrem reações cognitivas, afetivas, emocionais, culturais e sociais perante a possibilidade da morte. (Barbosa et al., 2016) (NCI, 2018) Compreende muitos dos sintomas de luto após a perda. O luto antecipatório permite aos membros da família ter tempo para gradualmente absorverem a realidade da morte. Permite tempo de resolução de assuntos inacabados com a pessoa em processo de morte. (NCI, 2018) O luto antecipatório não pode ser assumido apenas porque um aviso de um evento ameaçador da vida foi anunciado ou porque um tempo suficiente decorre entre o início da doença e a morte real. Um conceito distorcido é o de que o luto antecipatório é apenas o luto convencional que começa antes da morte. Outro conceito falacioso é o de que existe um volume determinado de luto a ser experienciado, implicando que a quantidade de luto experienciado antecipadamente diminui o luto remanescente, que necessitará ser sentido após a morte. (NCI, 2018)

O luto complicado corresponde a uma disfunção do processo de luto. Vários padrões de luto complicado foram já propostos. (G A Bonanno & Kaltman, 2001) (Jacobs, 1993) Embora o reconhecimento desses padrões e modelos teóricos de luto sejam importantes, a ênfase maior é a distinção entre reações de luto que podem enquadrar um luto normal e aquelas que indiciam um padrão complicado ou patológico e que necessitam de abordagem específica. (NCI, 2018)

Definem-se assim padrões fundamentais: (Parkes, 1998b) (Parkes, 1998a) (NCI, 2018) (Barbosa et al., 2016) (George A Bonanno, 2004)

- *Luto inibido ou ausente*: padrão no qual os indivíduos demonstram pouca evidência da perturbação de separação, procura, anseio e outras características do luto normal. A situação mais típica deste padrão são as relações ambivalentes;
- *Luto retardado/atrasado*: padrão no qual as características do luto normal ocorrem mais tardiamente;
- *Luto crónico/dependente*: padrão em que os sintomas de luto se fazem sentir durante um período prolongado, superior aos dois anos típicos do luto normal;
- *Luto distorcido/exagerado*: padrão caracterizado por sintomas extremamente intensos ou atípicos;
- *Luto indizível*: padrão em que o indivíduo não pode expressar publicamente a sua perda por não aceitação social ou outros constrangimentos que o impeçam de manifestar a sua dor.

Em algumas circunstâncias o luto pode tornar-se patológico, anormal, traumático, complicado ou prolongado. (Prigerson & Jacobs, 2001) Ao longo das décadas tem havido alguma discussão sobre a existência e conceptualização de luto patológico e no seu reconhecimento como perturbação mental. Perante a aceitação da sua existência mantém-se o debate relativamente ao seu enquadramento no foro da psicopatologia, a sua classificação e os seus critérios diagnósticos. (Barbosa et al., 2016) Este processo evoluiu aliado à preocupação de não

ênfatisar o luto como patologia, mas antes distinguir contextos de luto e critérios que permitam estabelecer os limites da normalidade. Assim o luto complicado assenta em saúde e tristeza intensas e prolongadas pela ausência do falecido aliados a uma disfunção de vários aspetos da vida e que respondem a intervenções terapêuticas específicas. (Barbosa et al., 2016)

Os critérios de diagnóstico para luto patológico foram evoluindo ao longo do tempo desde a década de 70 pelo grupo de Horowitz. Desenvolveram-se trabalhos que levaram à inclusão do luto patológico nas perturbações de resposta ao stress. (M. J. Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993; M. J. Horowitz et al., 1997) (M. J. Horowitz et al., 1997) (M. J. Horowitz et al., 1993)

Em 1995 o grupo de Prigerson publicou o Inventário de Luto Complicado que conduziria a uma reunião de consenso onde se estabeleceram os critérios de luto traumático, sendo fundamental a presença de luto por morte e a existência de ansiedade de separação. Estes critérios foram posteriormente revistos para integrar sintomas de traumatização e têm vindo a ser designados de critérios de luto complicado. (Prigerson & Jacobs, 2001)

Ao longo das duas últimas décadas foram sendo estabelecidos esforços de inclusão do luto complicado no DSM-5 e no ICD-11. (Barbosa et al., 2016) Assim no ICD-11 foi contemplada a *Perturbação de Luto Prolongada* inserida em *Perturbações Especificamente associadas com stress*. Na última revisão da DSM-5 foi incluída a *Perturbação de Luto Complexo Persistente* na secção "*Outras perturbações relacionadas com trauma e stressores*".

Alguns fatores de risco têm sido associados com o luto complicado. (Margaret Susan Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006) Os fatores de risco para desenvolver luto complicado organizam-se em seis categorias fundamentais: situacionais, relacionadas com as circunstâncias da perda; pessoais, relacionadas com as características do enlutado e da sua vulnerabilidade pessoal; características da pessoa que se perde; natureza da relação com o falecido; aspetos familiares e sociais e o tipo de relação estabelecida com os cuidados de saúde. (Barbosa et al., 2016)

Indivíduos que sofrem luto prolongado estão mais suscetíveis a depressão, suicídio, abuso de substâncias e comportamentos não saudáveis, doenças médicas (câncer, doenças cardiovasculares), diminuição da capacidade funcional interpessoal, social e ocupacional e perturbações do sono. (Prigerson et al., 1997) (Prigerson et al., 1999) (Latham & Prigerson, 2004) (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004)

O luto pode estar associado com um risco aumentado de mortalidade, sobretudo nas primeiras semanas e meses após a morte. Está relacionado com decréscimos na saúde física, sintomas de doença, maior utilização de serviços de saúde e risco de psico-patologia. (Margaret Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007)

No processo terapêutico do luto é importante avaliar criteriosamente as dimensões da perda e os fatores de risco de luto complicado. Assim, na avaliação é necessário ter em consideração tanto as perdas primárias como as secundárias. (Barbosa et al., 2016)

Entre os autores existe controvérsia relativamente a abordagem terapêutica e a sua pertinência no luto normal. A maioria dos indivíduos enlutados experienciam reações dolorosas e frequentemente muito perturbadoras a nível emocional, físico e social. Contudo, a maioria dos investigadores concorda que grande parte dos enlutados se adaptam ao longo do

tempo, e sem qualquer necessidade de intervenção profissional, tipicamente entre os seis meses e os dois anos após a perda. (NCI, 2018) Assim levanta-se a questão da sensatez de intervenção no luto normal. Havendo mesmo autores que a consideram prejudicial e potencialmente impeditiva da resolução harmoniosa do processo de luto. Os princípios fundamentais do acompanhamento do luto são "acompanhar" mais que tratar, ter contenção emocional, intervenções prudentes nos vários níveis (psicológico, social e farmacológico) e abordagem clínica individual e holística. (NCI, 2018)

A abordagem do luto consiste na utilização de um espectro de intervenções que vão desde a prevenção ao tratamento e à manutenção de longo termo. (NCI, 2018) As intervenções podem ser preventivas e consistir em intervenções universais para todas as pessoas na população, podem ser seletivas e dirigidas a pessoas com fatores de risco conhecidos, ou podem ser indicadas para pessoas a sofrer sintomas significantes. Os cuidados de manutenção de longo prazo são reservados para indivíduos a sofrerem luto crónico.

A intervenção pode desenvolver-se em três níveis: (NCI, 2018)

- *Apoio* - na maioria dos enlutados a sua rede de suporte familiar e de amigos será suficiente para concluir o processo de luto de forma adequada, sem necessidade de intervenção especializada ou profissional;
- *Aconselhamento* - em alguns casos, particularmente enlutados com fatores de risco para complicação do processo de luto, poderá haver necessidade de intervenções formais com recurso a conselheiros de luto, grupos de auto-ajuda e orientadores espirituais. É também um nível que permitirá a avaliação do desenrolar do processo e identificação de casos que necessitarão de intervenções mais especializadas;
- *Tratamento* - na minoria dos casos que evoluem para luto complicado ou patológico haverá necessidade de intervenção de equipas multidisciplinares com formação profissional específica em luto, nomeadamente psicólogos e psiquiatras.

As intervenções terapêuticas em situações de luto complicado ou patológico compreendem intervenções psicoterapêuticas e sociais (entre elas terapias interpessoais, cognitivo-comportamentais e tratamento de luto complicado) e os tratamentos farmacológicos (com recurso a anti-depressivos, ansiolíticos) ou uma combinação de ambos. (Maytal et al., 2007) (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005) (Boelen, de Keijser, van den Hout, & van den Bout, 2007)

2. Luto Profissional

Os profissionais de saúde estão expostos ao processo de morte e ao sofrimento dos doentes que cuidam. Para os médicos, qualquer que seja a especialidade, é inevitável o contacto com a morte e o luto, em algum momento da sua formação ou carreira. (Casarett et al., 2001) (Casarett et al., 2001) (Zerbe & Steinberg, 2000)

A morte de um doente significa uma variedade de perdas para o médico que podem passar por perdas pessoais até uma sensação de derrota profissional, que pode alterar o sentido de competência profissional. (Kutner & Kilbourn, 2009)

Cuidar de doentes em processo de morte obriga os profissionais a confrontarem-se com a sua própria mortalidade e a vivenciarem experiências pessoais de morte, de processos de morrer e de exposição a doença comprometedora da vida. (Kutner & Kilbourn, 2009)

Aceitar que a vida é transitória ajuda a enfrentar a própria mortalidade, incertezas da vida e aceitar as limitações pessoais e profissionais. (Zerbe & Steinberg, 2000)

As relações medico-doente, são relações profissionais, mas são também relações humanas e, nesse sentido, o envolvimento emocional é frequente e desejável.

Nas especialidades clínicas, os médicos estabelecem relações com os doentes que decorrem em vários contextos, diferentes frequências de assistência e que podem assumir graus de proximidade e intensidade variáveis. Em algumas situações o contacto com doentes em fim de vida é muito frequente, como na Oncologia e nos Cuidados Paliativos. Noutras especialidades a relação com o doente e a família é muitas vezes longa, atravessando várias etapas da vida, e o acompanhamento do doente é por vezes feito numa relação muito próxima, inclusivamente com visitas domiciliárias, como é o caso da Medicina Geral e Familiar. Noutras especialidades há um grande investimento na vida do doente, mas nem sempre é possível evitar a morte, como é o caso da Medicina Intensiva. Ou ainda a Pediatria, onde para além de lidar com a criança doente e as suas especificidades de luto e de comunicação, há ainda que lidar com o luto dos pais e familiares. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, & Barrera, 2015) Mas não só na Pediatria, em todas as situações de morte o médico fica confrontado com o luto dos familiares e cuidadores, e com o seu sofrimento de perda, e também este pode ser um fator de stress. (Ellison & Ptacek, 2002)

Médicos que cuidam doentes em final de vida estão frequentemente sobrecarregados com as más notícias recorrentes, ineficácia da terapêutica, sofrimento dos doentes, futilidade terapêutica e morte. Os fatores de perturbação relacionam-se fundamentalmente com a identificação com o sofrimento, a presença da morte e o medo de falhar. (Kutner & Kilbourn, 2009)

Esta exposição ao sofrimento humano e a todo o processo que envolve a morte e o morrer podem levar ao surgimento de sintomas físicos, psicossociais e emocionais com consequências na vida profissional e pessoal dos clínicos. (Redinbaugh, Schuerger, Weiss, Brufsky, & Arnold, 2001) (Sansó et al., 2015)

Contudo, estas experiências representam também uma oportunidade para o questionamento pessoal e existencial, e a sua integração de forma menos traumática poderá mesmo associar-

se a um processo de crescimento pessoal. (Tedeschi & Calhoun, 1996)

Vários fatores têm sido implicados no processo de luto profissional: características relativas ao médico, relativas ao doente, relativas à relação estabelecida, relativas à evolução da doença, circunstâncias da morte e relativas às organizações. (Sansó et al., 2015)

A forma como os profissionais médicos lidam com o processo de morte de um doente, como o abordam, como definem o prognóstico, as estratégias de intervenção e como comunicam vão influenciar determinantemente a maneira como os doentes irão viver os seus últimos meses, semanas e dias de vida, bem como a forma como os familiares vão viver o luto. (Alvarez-Del-Rio, Marvan, Santillan-Doherty, Delgadillo, & Onate-Ocana, 2013)

O suporte da equipa e colegas de trabalho e o acompanhamento especializado por profissionais competentes em luto poderá melhorar as estratégias de adaptação ao processo de morte dos doentes. (Artiss & Levine, 1973) (Parkes, 1998b)

Idealmente, em situações de doença avançada, o acompanhamento dos doentes é feito por equipas multidisciplinares e as decisões tomadas em equipa. Contudo, muitas outras situações apenas há intervenção do médico, sem hipótese de partilha de decisões e responsabilidades. Além de que ao médico compete a comunicação de diagnóstico e prognóstico, a discussão das propostas terapêuticas e a sua prescrição, e sobre esses aspetos tem de assumir a responsabilidade. É também ao médico que compete a verificação e certificação de óbito.

Embora nas últimas décadas tenham progressivamente entrado na formação académica médica as questões relacionadas com o cuidar em fim de vida, o lugar da autonomia do doente, a defesa da dignidade e a primazia de não maleficiência em situações em que a medicina não tem demonstrado benefício, muitos currículos ainda não abordam este tema em profundidade, e muitos clínicos no ativo não tiveram acesso a este tipo de formação.

A formação dos médicos em cuidados a doentes com situações clínicas ameaçadoras da vida permite a aquisição de competências técnicas e humanas para lidar com os impactos desta atividade. Esta formação necessita ter aspetos gerais e específicos de acordo com os contextos de cuidados prestados. Permite o ganho de confiança e a aquisição da consciência dos efeitos. O desenvolvimento de mecanismos de *coping* e a verificação de auto-cuidados são essenciais para que os profissionais, nomeadamente os médicos, possam elaborar o luto dos seus doentes e evitem as consequências nefastas do contacto frequente com a morte. (Redinbaugh et al., 2001) (Sansó et al., 2015)

2.1. Modelos de Luto Profissional

A investigação da reação profissional ao tratamento de doentes traumatizados, levou ao reconhecimento desta atividade como um risco para stress traumático secundário e fadiga de compaixão, sobretudo naqueles profissionais com grande capacidade de empatia ou que tendem a identificar-se com os seus doentes. Assim surgiu também o reconhecimento de que profissionais expostos a morte e ao processo de morte experienciam luto. (Papadatou, 2000)

Vários autores que se dedicaram ao estudo do luto e em particular ao luto profissional, reconhecem que o luto profissional tem características específicas que não enquadram as características propostas nem os modelos do luto pela perda de um familiar ou pessoa amada,

mas antes derivam de uma exposição diária ao sofrimento, dor e morte como parte da sua atividade profissional. (Papadatou, 2000)

Um modelo de luto profissional proposto por Papadatou sugere que os profissionais de saúde flutuam entre dois tipos de respostas às mortes dos doentes: experiência das reações de luto (foco nas experiências de perda – sentimentos de raiva, culpa, alívio, necessidade de choro, participação em funerais, reconhecimento e satisfação com o seu papel profissional de contributo nos cuidados prestados) e no evitamento das reações de luto (afastamento – contenção de emoções, compartimentalização de emoções, distanciamento dos cuidados, do doente e da família, centrar-se em tarefas práticas, desumanização dos cuidados). Esta autora sugere que esta flutuação é necessária, adaptativa e saudável, permitindo ao profissional atribuir sentido à morte dos doentes individuais e transcender estas perdas com investimento na vida e na forma de viver, nas relações, nos projetos profissionais e nas intervenções clínicas. A ausência desta flutuação leva a um efeito incapacitante do papel de cuidador profissional que, ou fica completamente absorvido e envolvido nas experiências, ou sistematicamente as reprime e afasta. (Papadatou, 2000)

Este modelo aproxima-se ao modelo de luto de Stroebe na identificação de dois polos de fatores de stress à perda de alguém significativo. Em 1979 também Horowitz tinha proposto um modelo de alternância entre episódios de pensamentos intrusivos e períodos de evitamento em indivíduos expostos a eventos de vida graves com síndromes de resposta ao stress. (M. Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) (Margaret S Stroebe & Schut, 1999)

Um outro modelo de luto profissional dá ênfase ao papel das relações na disponibilização de cuidados de saúde compassivos. Este modelo sugere que os profissionais de saúde sofrem luto uma vez que se ligam emocionalmente e estabelecem relações com os doentes e as famílias. Os cuidados centrados na relação e centrados no doente implicam que as interações humanas entre cuidadores e doentes não é apenas benéfica para os doentes, mas também para os profissionais, podendo ser uma fonte de sentido profissional. Assim este investimento dos profissionais nos cuidados, nos doentes e nas famílias pode também levar às experiências de luto e às suas consequências. A semelhança destes dois modelos assenta na oscilação entre aproximação-afastamento. (Papadatou, 2000)

2.2.Fatores que tornam a morte difícil de gerir

Alguns fatores podem tornar a morte dos doentes e o processo de luto profissional mais difícil para os médicos.

Vários estudos em profissionais a trabalhar com doentes oncológicos e paliativos têm ajudado a estruturar os fatores para lutos difíceis. (L Granek et al., 2017) (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, & Barrera, 2015) (Leeat Granek, Krzyzanowska, Tozer, & Mazzotta, 2012) (Leeat Granek, Ben-David, Shapira, Bar-Sela, & Ariad, 2017) (Leeat Granek, 2012) (Kutner & Kilbourn, 2009) (Sansó et al., 2015)

As particularidades das mortes na infância, acrescem alguns fatores de peso emocional nos cuidadores profissionais. Entre estes fatores encontra-se o sentimento de injustiça de que nenhuma criança deve sofrer e morrer (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, & Barrera, 2015), o sentimento de que a morte de uma criança é uma inversão da natural sucessão dos

acontecimentos, o sentido biológico de proteção dos pais e a integração destes no processo de decisão, as expectativas de que os avanços científicos sejam capazes de evitar todas as mortes e a expectativa dos médicos de que as crianças recuperem totalmente. (Williams, 2010)

Tabela 1 Fatores que dificultam a gestão da morte dos doentes

Categoria	Definição
Relação médico-doente	Proximidade / ligação emocional com o doente (existência de relacionamento social, pessoal) Acompanhamento longo do doente
Fatores do doente	Doentes jovens Crianças Opção por tratamentos não convencionais com maus resultados Expectativas desajustadas / Não aceitação do prognóstico Revolta
Resultados de doença	Parar tratamento ativo Incapacidade de aceder a fármacos / ensaios clínicos Tratamentos excessivos Tratamentos invasivos Processos caóticos e prolongados
Fatores relacionados com o cuidador	Família não preparada para a morte Família com expectativas irrealistas do prognóstico e tratamento Interferência da família com a trajetória de tratamento Família que culpabiliza o médico pela morte do doente Famílias conflituosas com a equipa Família agressiva com o médico Impacto negativo da morte na família (filhos) Relação de proximidade do médico com a família
Fatores institucionais	Não reconhecimento nem aceitação da expressão de luto ou emoções Desacordo com colegas relativamente aos cuidados Obrigações profissionais conflitantes

Luto nos Médicos

Fatores relacionados com o médico	Constrangimentos temporais
	Múltiplas admissões em curtos períodos de tempo
	Hospitalizações prolongadas
	Incerteza e ambiguidade sobre o prognóstico
	Objetivos incertos ou ambivalentes dos cuidados
	Médico sente que não investiu o máximo de si
	Sentimento de culpa com alguma decisão
	Co-existência de problemas pessoais
	Fases de vida vulneráveis
	Problemas psicológicos (depressão, perturbações de humor, abuso de substâncias...)
	Processo de luto atual ou não resolvido
	Estilo de vinculação do médico
	Ausência de formação em cuidados de fim de vida e luto
	Identificação com o doente (fazer lembrar-se de si próprio – profissão, idade, personalidade,...)
	Fazer lembrar-se de um membro da família ou amigo do médico
	Doente com filhos com menos de 18 anos
	Experiências pessoais e profissionais prévias
Circunstâncias da Morte	Doente a sofrer dor no momento da morte
	Morte com sofrimento e com descontrolo sintomático
	Morte inesperada
	Morte por complicações do tratamento e não pela doença
Doente que não conseguiu despedir-se dos seus familiares	

Decisões em contexto de abordagem multidisciplinar podem aliviar o peso do sofrimento emocional com as mortes de doentes. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, & Barrera, 2015)

Alguns dos fatores que tornam as mortes dos doentes particularmente difíceis podem ser abordados com a intervenção precoce de cuidados paliativos, melhorando o controlo sintomático, a comunicação com a família e até o trabalho da autonomia do doente e a sua expressão de diretivas antecipadas de vontade e as suas preferências em fases avançadas de doença. Para além de permitir também a partilha de decisões entre profissionais. (Temel et al., 2010) (Kassam, Skiadaresis, Alexander, & Wolfe, 2015) (Zimmermann et al., 2014) (Ferrell et al., 2017) (Schrijvers & Cherny, 2014) (McDonald et al., 2017) (Dickens, 2010)

Havendo mesmo trabalhos a demonstrar que a intervenção precoce de cuidados paliativos pode associar-se a ganhos nos *outcomes* de doença oncológica. (Temel et al., 2010) (Bakitas et al., 2015)

Algumas intervenções terapêuticas podem acarretar stress emocional nos profissionais. A sedação paliativa contínua é um recurso utilizado como forma última de controlo sintomático quando todas as outras estratégias falham e o doente se encontra em grande descontrolo, sofrimento e angústia. A sua utilização pode ter impactos emocionais nos profissionais e nos familiares dos doentes, sobretudo quando existe um sentimento de responsabilidade moral e que se relaciona com a proximidade emocional, física, causal e decisional. (Raus et al., 2014)

2.3. Manifestações e Reações de Luto Profissional

O luto profissional é uma experiência pessoal única que compreende expressões físicas, emocionais e sociais. (Leeat Granek, Ben-David, Shapira, et al., 2017)

Os médicos e outros profissionais de saúde passam por processos de luto com sentimentos e reações que podem assemelhar-se aos que os doentes e famílias sentem. (Zerbe & Steinberg, 2000)

A forma como os médicos reagem à morte dos seus doentes é influenciada pela cultura em que o médico trabalha, mas também por aquela em que cresceu ou onde fez os seus estudos. Assim também as reações à morte, a sua aceitação e as manifestações de luto sofrem influências culturais e religiosas. (Kamei, 2003)

Embora o processo de luto seja individual, é frequentemente reconhecido, validado e expresso no contexto da equipa. Para além de constituir um processo de interação social, esta partilha coletiva dá aos profissionais a permissão de sofrerem o luto. (Papadatou, 2000)

Algumas unidades podem mesmo estabelecer regras dentro da equipa que ajudam a validar as manifestações de luto profissional e também a criar algumas normas comportamentais, bem como o suporte da equipa. (Papadatou, 2000)

As suas manifestações podem organizar-se em sintomas de diferentes tipos: (Leeat Granek, Ben-David, Shapira, et al., 2017) (Zerbe & Steinberg, 2000) (Kutner & Kilbourn, 2009) (Papadatou, 2000)

- *Comportamentais*: choro, alterações do sono;
- *Cognitivos*: ruminação, auto-questionamento, perda de auto-confiança / dúvida da sua competência, reações dissociativas (sensação de irrealidade), insegurança, impotência, pensamentos intrusivos;
- *Emocionais*: tristeza, ansiedade, desespero, frustração, culpa, alívio, irritabilidade, exaustão, esgotamento, medo; perda de sentido pessoal e profissional, *burnout*, despersonalização;
- *Físicos*: desconforto/aperto torácico, cansaço, desconforto físico, cansaço.

O sexo feminino tende a manifestar mais reações negativas perante a morte que o sexo masculino, o mesmo se verificando também para o *distress* emocional e o *burnout*. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016)

Os sentimentos de alívio, surgem mais frequentemente em processos de doença longos, com grande sofrimento associado. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, & Barrera, 2015) Em oncologia pediátrica o choro, pensamentos recorrentes sobre a criança e as suas condições da morte são resposta frequentes. (Alvarez-Del-Rio et al., 2013) (Papadatou, Bellali, Papazoglou, & Petraki, 2002)

Em algumas circunstâncias existe uma necessidade de contenção das emoções pelos profissionais. Esta contenção faz-se através de um processo de controlo consciente dos sentimentos perturbadores. A limitação das manifestações de luto profissional prendem-se frequentemente com a necessidade de evitar sobrecarregar as famílias ou os doentes com mais sofrimento. (Alvarez-Del-Rio et al., 2013) Pode também ser motivada pela ética do serviço que impede a expressão de algum tipo de emoções, mas também por necessidade de evitar sentir-se oprimido pelas várias mortes, pelo re-experienciar de vivências das mortes e para evitar confrontar-se com a sua própria mortalidade e vulnerabilidade. (Papadatou et al., 2002)

O sentimento de culpa pode surgir em vários contextos como a culpa do mensageiro, a culpa de não ter conseguido curar o doente, a culpa por causar dor, a culpa por esquecimento de algum doente que morreu aos seus cuidados, e a culpa de continuar com a sua vida quando no hospital um doente está a morrer/morreu (culpa do sobrevivente). Fatores como não tratar doentes diretamente e / ou frequentemente tratar doentes em fim de vida podem contribuir para diminuir a culpa do médico associada com a morte do doente. (Alvarez-Del-Rio et al., 2013)

O auto-questionamento consiste num processo de avaliação de atitudes tomadas na verificação de que foram cumpridos os pressupostos de atuação, avaliando as intervenções e procurando falhas. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015)

No modelo de Papadatou sobre o processo de luto em profissionais de saúde, a morte é percebida como perdas agrupadas por categorias: perda da relação de proximidade, perda devida a identificação com a dor da família, perda dos objetivos e das expectativas e papéis como profissionais cuidadores, perda de um sistema de crenças pessoais e assunções sobre a vida, perdas passadas não resolvidas e perdas futuras antecipadas, confronto com a própria mortalidade. (Papadatou, 2000)

Embora classicamente o luto seja reconhecido apenas quando ocorre a morte efetiva, podendo manifestar-se de imediato ou até vários dias após a morte, um profissional médico pode iniciar os sentimentos do luto profissional quando toma conhecimento de uma situação incurável no seu doente (ao tomar conhecimento de resultados de exames, na discussão clínica de um caso em que toma conhecimentos da progressão de doença ou recidiva e por isso de situação incurável,...). Este é um luto antecipatório, mas também preparatório para o processo de transmissão de informação de diagnóstico e prognóstico. (Leeat Granek, Ben-David, Shapira, et al., 2017) E esta antecipação do desfecho inexorável pode ser mesmo descrito como a parte mais stressante do processo. (Fanos, 2007)

Nem todos os profissionais expressam o luto imediatamente após a perda do doente, alguns como que adiam essa expressão para não comprometer as suas responsabilidades profissionais. (Papadatou, 2000)

O luto pode durar de alguns momentos a anos. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015) Habitualmente as manifestações de luto decorrem em curtos períodos de tempo. Ocasionalmente podem ser mais longas e durar alguns meses, sobretudo quando houve grande investimento nas relações. (Papadatou, 2000) A cronicidade do luto e o luto antecipatório podem tornar-se muito penosos porque o médico sente o luto repetidamente pela família. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015)

O luto em oncologia é frequente, seja ele desencadeado pela ausência física do doente ou por um conceito mais abstrato de perda de uma luta que se travou conjuntamente. (Shayne & Quill, 2012)

Em Oncologistas parece haver uma correlação positiva significativa entre as reações de luto e o *distress* emocional em profissionais que igualmente manifestaram elevado nível de *burnout*. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016)

Algumas diferenças sobressaem no luto de oncologistas pediátricos e de oncologistas de adultos, nomeadamente a oncologia pediátrica relata uma maior variedade de sentimentos de culpa enquanto na oncologia de adultos a culpa se centra sobretudo na incapacidade de curar. Os oncologistas pediátricos relatam processos de luto antecipatórios crónicos e o luto tende a ter um impacto de longo termo. A crescer a tudo isto os cuidados a crianças com cancro envolvem cuidados prolongados e com interações múltiplas, frequentes e intensas com a criança doente e com vários familiares, mas também com vários elementos da equipa. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015) (Leeat Granek, Tozer, Mazzotta, Ramjaun, & Krzyzanowska, 2012)

Num estudo em Oncologia Pediátrica, quando aplicadas escalas de atitudes perante a morte e o luto, a maioria dos médicos afirma que se liga aos seus doentes e que frequentemente pensa nos seus doentes mesmo quando não está a trabalhar. Cerca de 20% consideram que apesar de terem dado todos os cuidados apropriados, quando o doente morre sofrem um sentimento de falhanço e preocupam-se que os pais se sintam furiosos ou insatisfeitos se forem contactados. Outros 20% admitem sentir-se ansiosos quando têm de falar com os membros da família de crianças falecidas, e cerca de metade admite que se sente emocionalmente esgotado por cuidar de crianças a morrer e as suas famílias. (Jensen, Weng, & Spraker-Perlman, 2017)

Estudos em obstetras demonstraram que estes especialistas sofrem luto perante um nado morto ou a morte fetal de gravidezes que acompanham, sendo que mais de metade assume ter sentido luto intenso. Outras emoções e sentimentos também declarados embora de forma menos intensa incluem o auto-questionamento, a culpa e o medo de ação legal. Neste mesmo estudo a idade acima de 51 anos apresentava maior probabilidade de apresentar depressão. Obstetras a praticar individualmente apresentaram maior probabilidade de referir luto e depressão. Menor experiência com nados mortos associou-se a presença de luto e com maior intensidade, mas também a depressão e auto-questionamento. (Farrow, Goldenberg, Fretts, & Schulkin, 2013) Um outro estudo anterior em Obstetras tinha também revelado que o nascimento de nados mortos ou mortes fetais representam um elevado peso emocional a nível pessoal. Cerca de um terço assumia sentir culpa quando nenhuma causa era identificada e quase metade temia ações disciplinares ou legais na ausência de causa identificada para o sucedido. Cerca de 8% considerava abandonar a prática de obstetrícia devido a mortes peri-

natais. (Gold, Kuznia, & Hayward, 2008). Médicos que consideraram ter recebido treino e estratégias de *coping* adequadas apresentaram menor probabilidade de sentimentos de culpa ou de considerarem abandonar a especialidade. (Gold et al., 2008)

Num estudo com médicos de família a metáfora da *jornada com a morte* surgiu como um tema recorrente. Nesta jornada os médicos de família intervêm em cinco momentos distintos: quando o médico toma conhecimento de uma situação ameaçadora da vida (cursa com sentimentos de tristeza, culpa, choque e aceitação), comunicação do diagnóstico, garantir a continuidade do seguimento, mesmo quando faz a referência a outros especialistas, o momento da morte (onde podem aparecer sentimentos de tristeza, frustração, mas também alívio), seguimento dos familiares enlutados. Nesta jornada os clínicos podem sofrer as várias perdas do doente e terem manifestações de luto. (Sofía C. Zambrano & Barton, 2011)

Alguns sinais e sintomas podem servir de alerta para a existência de um fenómeno de luto profissional complicado e desencadear as atitudes para reagir. Entre os sinais encontra-se o evitamento do doente e da família, incapacidade de comunicação com outros profissionais acerca do doente, comentários depreciativos acerca do doente, incapacidade de abordar detalhes do cuidado ao doente, sinais físicos de stress ou tensão quando está com o doente ou a família, contactos com o doente mais frequentes do que clinicamente necessários. Algumas das emoções que podem surgir e podem ser sinal de um problema são a raiva para com o doente ou a família, sentir-se obrigado ou incomodado pelo doente ou família, sentimento de desprezo pelo doente ou família, pensamentos intrusivos com o doente ou família, sentimento de fracasso ou culpa, sentimento de obrigação pessoal de salvar o doente, crença de que as queixas são tentativas de manipulação para ter atenção, sentir-se frequentemente vítima das exigências da prática clínica. (Meier D.E., Back A.I., 2001)

2.4. Riscos do luto profissional

A exposição à morte e ao sofrimento dos doentes pode ter impacto na qualidade de vida profissional e pessoal, com efeitos positivos e negativos. Estes efeitos podem fazer-se sentir a nível cognitivo, emocional e físico. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2017) (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) (Leeat Granek, Ariad, Shapira, Bar-Sela, & Ben-David, 2016)

Os médicos sofrem luto pelos seus doentes, e devem ter a maturidade suficiente para o reconhecer e pedir ajuda ou procurar estratégias para lidar com estas situações. (Parkes, 1998b)

Para acompanhar os doentes em processo de morte, o médico tem de ter a capacidade de partilhar as suas perdas e permanecer junto do doente para abordar a complexidade das suas emoções e reações. Por vezes torna-se um processo duro onde o médico se pode sentir culpado ou responsável e até envergonhado por não conseguir parar o processo ou não conseguir controlar a situação. (Parkes, 1998b)

Os médicos estão permanentemente expostos a todo o tipo de sofrimento e de perdas de um doente em processo de morte: desconforto físico, perturbação da funcionalidade motora e cognitiva, perda da identidade profissional e até pessoal, alteração dos papéis familiares e sociais, perda de autonomia e independência, perda de imagem corporal, perda de poder e de

força, perdas financeiras, perda de auto-estima, perda do respeito dos outros, perda do futuro, sofrimento espiritual e emocional. (Parkes, 1998b) (Parkes, 1998a) (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Igualmente a família passa frequentemente por sofrer com as perdas do doente e no final vai sofrer a perda do doente. (L Granek et al., 2017)

A vulnerabilidade clínica manifesta-se na sensação de impotência perante o curso da vida e a inevitabilidade da morte, na incerteza do prognóstico, na necessidade de informar e confortar doente e familiares. (Jansen, Ruths, Malterud, & Schaufel, 2016)

Os clínicos habitualmente não são ensinados a reconhecer e a abordar as reações e emoções que a exposição a este sofrimento existencial do doente em processo de morte pode desencadear no profissional. (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Embora a experiência da perda seja frequentemente dolorosa e emocionalmente pesada, pode também permitir uma oportunidade de crescimento pessoal e reconciliação. (Zerbe & Steinberg, 2000) bem como contribuir para dar uma nova perspetiva da vida, aumentar a motivação e constituir um incentivo para estudar e melhorar a prática clínica. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) Algumas recompensas podem ser encontradas pelos médicos no cuidado a doentes pediátricos oncológicos, como a efetividade de controlo sintomático, sobretudo da dor e conforto físico, a relação emocional estabelecida com a criança e com os pais e o reconhecimento do seu trabalho e empenho pelos familiares. A maioria dos médicos procura estar presente no momento da morte. (Papadatou et al., 2002)

Demonstrar empatia e compaixão é papel do médico, que, frequentemente, partilha o conhecimento da doença, mas também de alguns aspetos confidenciais que o tornam o único com capacidade de abordar e apoiar estes assuntos com o doente. (Parkes, 1998b) (Parkes, 1998a)

Nos doentes, o luto profissional tem impacto nas decisões clínicas e terapêuticas, por vezes desajustadas, no afastamento afetivo e indiferença para com os doentes em processo de morte, na diminuição da qualidade dos cuidados e na satisfação dos profissionais e dos doentes e familiares. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) (Kutner & Kilbourn, 2009)

Perante o sofrimento dos seus doentes, os médicos sentem angústia, e esta exposição constitui um fator de stress. Se estas emoções não forem abordadas adequadamente, ou se se ignorarem os riscos desta exposição, pode comprometer-se o bem-estar pessoal e profissional dos médicos. Daí decorrem os riscos de isolamento profissional, embotamento emocional, *burnout*, angústia moral, depressão, perda de sentido profissional, perda de clareza dos objetivos da medicina, cinismo, desesperança, desamparo, frustração, raiva com o sistema, perda de sentido dos doentes como seres humanos, fadiga de compaixão e diminuição de eficácia no trabalho. (Sanchez-Reilly et al., 2013) (Kutner & Kilbourn, 2009) (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016)

Profissionais que cuidam doentes com doenças ameaçadoras da vida ou causadoras de grande sofrimento estão perante riscos mais elevados atendendo a natureza e intensidade do stress clínico dos seus doentes. Além disso, confrontam-se frequentemente com uma carga laboral elevada e crescente que ultrapassa a capacidade de resposta, enquanto em simultâneo se deparam com a resistência dos doentes e familiares, de colegas e outros profissionais da saúde e da própria cultura institucional. A criação de relações com os doentes e familiares, a

comunicação com colegas enquanto se abordam o prognóstico e a limitação da intervenção terapêutica são alvo de grande investimento intelectual e emocional. (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Maioria dos trabalhos sobre o luto profissional, o impacto pessoal e profissional da exposição crónica à morte de doentes, são realizados em profissionais a trabalhar em Oncologia ou Cuidados Paliativos, contudo todas as áreas da medicina se deparam com a morte de doentes e prestam atitudes paliativas. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2017) (Leeat Granek, Mazzotta, Tozer, & Krzyzanowska, 2013) (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015) (Leeat Granek, Tozer, et al., 2012) (Kutner & Kilbourn, 2009) (Meier D.E., Back A.I., 2001)

A escassez de estudos nas outras áreas médicas não significa a ausência ou inexistência de luto, seus riscos e complicações nas outras áreas médicas. É falacioso pensar que apenas doentes oncológicos necessitam cuidados de fim de vida, quando até é provavelmente esta a população de doentes em que é mais fácil estabelecer o prognóstico. É redutor não abordar neste contexto as doenças neurológicas degenerativas, bem como insuficiências de órgão (cardíacas, respiratórias, renais).

O *burnout* pode afetar negativamente os cuidados ao doente e o profissionalismo, aumenta os erros médicos e diminui a satisfação com o trabalho. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016) (Sanchez-Reilly et al., 2013) O *burnout* é uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal reduzida que pode acometer indivíduos a trabalhar em várias áreas profissionais que interajam com pessoas (profissionais de saúde e da educação, mas também profissionais das áreas de serviços, produção, gestão, atletas e alunos). (Marcelo da Silva Schuster, Dias, Grohmann, & Marquette, 2013) O *burnout* é uma das respostas/consequências possíveis a sucessão de perdas. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) O *burnout* é preocupante porque afeta significativamente o bem-estar de doentes e profissionais. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016) (Sanchez-Reilly et al., 2013)

O *burnout* tem vários fatores influenciadores e múltiplas causas. Mesmo em estudos em que o luto profissional se pode associar a *burnout*, é necessário distinguir as duas situações e ter em atenção que outros fatores também podem estar a contribuir para o *burnout*. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016) Para além da exposição frequente ao sofrimento humano e à morte, na profissão médica outras causas têm de ser equacionadas: excessiva carga horária; elevada carga laboral; reconhecimento centrado na produtividade; más condições laborais; baixo controlo sobre as decisões; baixa remuneração; sensação de injustiças; desagregação comunitária; ambiente laboral caótico e ineficiente; discordância da perceção de valores e de missão; dificuldade em balancear vida profissional e pessoal. (Kleiner & Wallace, 2017) (Rothenberger, 2017) (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016) A abordagem do *burnout* deve ser holística, procurando alcançar todos os domínios que estão a gerar a síndrome. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016)

Luto nos Médicos

Tabela 2 Impacto da exposição à morte

Impacto Pessoal	Impacto Profissional
Mudanças na personalidade (visão mais pessimista e subjugada da vida)	<i>Burnout</i> (sensação de esmagamento, isolamento, desgaste)
Ganho de perspetivas de vida (perceção mais clara do que é importante, estabelecimento de prioridades, maior gratidão e valorização pelo que tem, humildade, humanização, atenção e valorização de pequenos aspetos e momentos da vida quotidiana)	Aprendizagem com os doentes a tornar-se melhor médico (avaliação cognitiva das atitudes tomadas ao longo do processo, melhorar os cuidados numa próxima ocasião e inspiração pela forma como cada doente enfrenta o seu processo)
Normalização da morte (embora com cerca de 1/4 dos respondentes também a assumirem que poderá tornar a morte mais assustadora e mais triste)	Melhoria da visão holística do processo de doença e morte
Dessensibilização ao processo de morte	Maior ponderação na tomada de decisões (menos intensificação terapêutica no final de vida)
Enfraquecimento das relações sociais (irritabilidade, impaciência, isolamento e distanciamento físico e emocional)	Afastamento de doentes e familiares no final de vida
Desconexão de família e amigos	Motivação para o conhecimento e melhoria da prática
Perda de fé	Diminuição da qualidade dos cuidados
Compartimentalização / equilíbrio das fronteiras emocionais no trabalho e em casa	Incapacidade de identificação de valores da família e do doente que influenciam decisões
Cinismo, perda do sentido de ajuda, de esperança e frustração	Dificuldade em estabelecer objetivos de cuidados e a sua clareza, tornando-se por vezes incoerentes
Raiva contra o sistema de saúde e a prática médica	Aumento da utilização de recursos de saúde
Perda do reconhecimento do doente como ser humano	Utilização inapropriada de tecnologias de manutenção de vida
Risco de depressão	Futilidade terapêutica
Exaustão emocional	Perda de confiança do doente e da família nos profissionais e no sistema de saúde
Medo da morte	Aumento das complicações e do tempo de internamento
	Isolamento profissional
	Perda de sentido profissional e de missão

Em oncologia pediátrica, o luto com a perda de doentes e a carga emocional a ele associada representa uma parte substancial da prática clínica. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015) As mortes dos doentes podem ter um impacto duradouro e prolongado ao longo da vida do médico (sobretudo em Oncologia pediátrica). (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015)

Os Oncologistas pediátricos preocupam-se com o risco de *burnout* e a rotatividade no trabalho. As mortes frequentes dos doentes suscitam nos profissionais a necessidade de tentarem melhorar continuamente os cuidados aos doentes. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015) Algumas das dificuldades encontradas por profissionais a trabalhar em Oncologia Pediátrica prendem-se com os problemas com as condições de morte e o sentimento de impotência e desesperança e também dificuldades comunicacionais com a criança e os pais. Os principais fatores de stress ao cuidar de uma criança em fase terminal são o sofrimento e a dor da criança e as mortes inesperadas. (Papadatou et al., 2002)

A relação médico-doente em oncologia assenta em comunicação interpessoal e numa relação de confiança e gestão emocional dos médicos e dos doentes. O elevado risco de *burnout* em Oncologistas pode ser explicado pela dissonância / conflito emocional da expressão de empatia pela perda, tentando evitar a intrusão de sentimentos negativos de raiva, tristeza e frustração. (Kovacs, Kovacs, & Hegedus, 2010) Em oncologistas, a exposição crónica à morte pode levar a exaustão emocional e dificuldade em manter os limites emocionais entre a vida profissional e a vida pessoal. Alguns profissionais tendem a focar-se nos aspetos do tratamento ativo, distanciando-se dos doentes na fase terminal. Estas atitudes podem comprometer as relações médico - doente e os cuidados prestados. (Leeat Granek, Tozer, et al., 2012)

Rob Buckman alertou para a necessidade de os oncologistas reconhecerem o efeito devastador da falência terapêutica neles próprios para limitarem a futilidade terapêutica. (Morgans & Schapira, 2015)

Num estudo realizado por Granek com oncologistas, quanto maior a expressão de *burnout*, mais os oncologistas entendiam a expressão de emoções como uma fraqueza e falta de profissionalismo. Este trabalho levou também a concluir da existência de uma associação entre as atitudes negativas perante a morte e o *burnout* (dimensão de despersonalização). (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017)

O ser rotulado de mensageiro de condições ameaçadoras da vida funciona como fator de *distress* em Oncologia, contudo constitui uma tarefa inevitável da especialidade. (Stenmarker, Hallberg, Palmerus, & Marky, 2010)

Quando estudados grupos de médicos com exposições frequentes aos processos de morte dos doentes, alguns temas emergem recorrentemente e definem a forma como os clínicos sentem o impacto das mortes: acontecimentos traumáticos e marcantes (estão representados em memórias muito vivas, facilmente acessíveis e com descrições exaustivas); o sentimento de responsabilidade e expectativas exageradas e desajustadas das capacidades do médico; questionamento relativo a competência e decisões tomadas (terão causado lesão, ou levado à morte?); experiências intensas (sobretudo quando o médico se identifica de alguma forma com os intervenientes ou com a situação), contexto da exposição (circunstâncias e frequência), momentos decisivos (tempo cirúrgico, recidiva, a antecipação, a referenciação e os rituais póstumos); o envolvimento emocional (o tipo e manifestações). (S C Zambrano, Chur-Hansen, & Crawford, 2013) (Whitehead, 2014)

Um estudo com especialistas frequentemente expostos a morte dos doentes encontrou o envolvimento emocional como um tema recorrente. Este era mais frequente quando havia uma identificação pessoal com o doente, experiências de vida semelhantes, idade mais

avançada dos médicos ou conhecer o doente durante mais tempo. Os participantes reconheceram como aspetos positivos deste envolvimento emocional relações mais efetivas com expressão de emoções e efeitos benéficos a nível psicológico e profissional. Os participantes levantaram ainda os riscos deste envolvimento como a perda de objetividade nas decisões, ver o doente como amigo e ter mais dificuldade em aceitar a sua morte. Nesta ambivalência de comportamento alguns participantes procuravam algum distanciamento emocional para dar cobro a esta dicotomia. (Sofia Carolina Zambrano, Chur-Hansen, & Crawford, 2012)

Os riscos de trabalhar em cuidados paliativos com o volume de perdas e sofrimento humano é elevado, com *burnout*, fadiga de compaixão e perda de qualidade de cuidados. (Sansó et al., 2015) Contudo, muitos profissionais desta área relatam níveis elevados de satisfação e sentido no seu trabalho, afirmando que cuidar de doentes em fim de vida constitui uma experiência enriquecedora. Os níveis de *burnout* de profissionais de cuidados paliativos são consistentemente baixos quando comparados com outras especialidades. (Sansó et al., 2015) Uma das hipóteses pode ser o desenvolvimento de estratégias de *coping* efetivas. (Sansó et al., 2015).

Embora os paliativistas estejam permanentemente expostos a morte dos doentes têm demonstrado menos impactos negativos do que os oncologistas. Uma das razões pode ser a perceção diferencial do processo de morte entre as especialidades. Os Oncologistas encaram-na como um fracasso pessoal e profissional, enquanto os paliativistas percecionam como um estadio da vida significativa no qual podem intervir para ajudar doentes e famílias a lidar com o processo de morte conduzindo a uma sensação de sentido e crescimento pessoal. Além do mais em cuidados paliativos é valorizada a intervenção multidisciplinar no processo de morte e a abordagem do doente e da família. O foco é estabelecido em aliviar sintomas físicos e psicológicos enquanto se valoriza a autonomia e a dignidade. (Sinclair, 2011) (Leeat Granek, Tozer, et al., 2012) (Pereira, Fonseca, & Carvalho, 2011) (Sofia C. Zambrano, Chur-Hansen, & Crawford, 2014) Em Oncologia o foco centra-se na abordagem terapêutica da doença e em *outcomes* relativos a sobrevivências.

A discrepância entre a atitude dos paliativistas que é a de presença junto da pessoa em processo de morte e a conexão empática e emocional, e o modo de ação protocolado e automático de outras especialidades, que perante um doente em crise desencadeiam uma série de ações e atitudes, poderá ajudar a explicar estes achados diferenciais. (Whitehead, 2014)

Frequentemente os paliativistas não demonstram preocupações com o envolvimento emocional nem optam pelo distanciamento como forma de prevenção. (Sofia Carolina Zambrano et al., 2012)

O desconforto emocional que alguns médicos sentem podem também relacionar-se com a ausência de formação em abordagem sintomática. (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Alguns médicos reportam a ambivalência de sentimentos que experienciaram perante situações arrastadas de grande sofrimento, em que por um lado sentiram compaixão alternando com uma sensação de alívio. (Jansen et al., 2016)

Frequentemente os clínicos deparam-se com o desafio de equilibrar o compromisso de atender aos pedidos de doentes e famílias com a conduta profissional e a tentativa de evicção de futilidade terapêutica. (Jansen et al., 2016)

Os médicos reportam ainda a falta de *feedback* como um fator de incerteza da qualidade e eficácia das suas atitudes em fim de vida. (Forster & Hafiz, 2015)

Os médicos em formação em oncologia pediátrica identificaram três tipos de desafios e dificuldades em lidar com a morte dos doentes: estruturais, pessoais e relacionais. Entre os desafios estruturais encontra-se o trabalho de enfermagem com exposição constante à morte dos doentes, o estabelecimento de proximidade com os doentes e a dificuldade de manter *follow-up* das famílias após a morte. Frequentemente não eram informados da morte dos doentes o que não lhes permitia despedirem-se nem estarem presentes no funeral ou enviar cartão de condolências. Nos desafios pessoais foi identificado o sentimento de vulnerabilidade que os impedia de manifestar as suas emoções com medo de serem descredibilizados ou afetar a sua imagem profissional. Este sentimento conduziu com frequência a sentimentos de isolamento e solidão e a desejarem mais espaço de partilha. A in experiência para lidar com as suas emoções e dificuldade em determinar quais as emoções a partilhar com o doente e as famílias, bem como a gestão do luto foram outros desafios enunciados. Nos aspetos relacionais foram enunciados o desafio das rotações que torna o tempo das relações muito flutuante e incerto, e a falta de modelos e observação de reações de *coping* nos seniores. (Leeat Granek, Bartels, Barrera, & Scheinmann, 2015) Este estudo alerta para a necessidade de termos atenção aos internos e ajudar a acompanhar o seu processo de aprendizagem também na área do luto.

Relatos de médicos de família demonstram como o seu envolvimento emocional ao longo de todo o processo de doença os pode afetar. Nomeadamente e também na morte de crianças, quando muitas vezes já acompanhavam o casal antes da gravidez, assistiram o nascimento e crescimento da criança e depois se defrontam com o processo de doença incurável e o sofrimento do doente e dos familiares, e após a morte persistem no seguimento da família e do seu luto. (Goertzen, 1993) Também nos doentes adultos o envolvimento dos médicos de família não é menos intenso. Conhecem os doentes ao longo de vários anos, de vários eventos de vida e depois deparam-se por vezes sendo os próprios médicos de família a estabelecer o diagnóstico e a dar a primeira má notícia e depois acompanham todo o processo de doença e continuam a acompanhar os familiares no luto, depois da morte do doente. (Goertzen, 1993)

Para avaliar alguns dos impactos do luto em profissionais, foram desenvolvidos alguns instrumentos com recurso a escalas validadas: *Coping with Death Scale* (Bugen, 1981), *Self-Competence in Death Work Scale* (Chan, Tin, & Wong, 2015), *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), *Hospice Clinician Grief Inventory* (Cote, Kirkova, & Walsh, 2008), *Death Attitude Profile-Revised* (Gesser, Wong, & Reker, 1988), *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5*. (Stamm, 2010)

2.5.O Papel da Comunicação

Uma fonte de desconforto emocional dos médicos é a ausência de competências comunicacionais. (Sanchez-Reilly et al., 2013)

As competências comunicacionais integram uma dimensão de qualidade dos cuidados e estão associadas a maior satisfação com os cuidados, melhores resultados, menor ansiedade, melhor adesão ao tratamento e melhores cuidados no fim de vida. (Leeat Granek, Krzyzanowska, Tozer, & Mazzotta, 2013)

As discussões de assuntos sobre o fim de vida e as diretivas antecipadas de vontade, embora devam ser abordadas de forma integrada ao longo do seguimento do doente e a partir do momento de diagnóstico de doença incurável, são frequentemente proteladas pelos profissionais até o doente se encontrar em fase terminal. Tal protelar deve-se a fatores relacionados com o doente, mas também com o profissional. Cerca de um terço dos oncologistas fala com o doente sobre o prognóstico no momento do diagnóstico de uma situação incurável, mas apenas 5-15% vão abordar questões relativas a preferência de cuidados em fases avançadas, como a integração em *hospice*, o local de morte e a ordem de não reanimação. Cerca de dois terços dos profissionais só discute a preferência pelo local de morte e a integração em *hospice* quando não há mais opções de tratamentos ativos. Mais de 40% só discutem a decisão de não reanimação quando o doente está hospitalizado. Um terço apenas discute o prognóstico se o doente ou a família o solicitarem. (Mori et al., 2015) (L Granek et al., 2017)

Estudos com uma população médica mais abrangente, mostrou que em cerca de um terço dos doentes o prognóstico só é abordado quando o doente desenvolve sintomas, se esgotam as opções terapêuticas ativas, se o doente estiver hospitalizado ou apenas se o doente ou a família o solicitarem. As diretivas antecipadas de vontade como a integração em *hospice*, a decisão de não reanimação e o local de morte só é abordado após o doente desenvolver sintomas de doença em mais de 70% dos doentes. Médicos que cuidam mais doentes terminais, cirurgiões e oncologistas, médicos mais jovens e do género masculino, apresentaram maior probabilidade de discutir o prognóstico mais precocemente. (Keating et al., 2010)

Num estudo Mexicano sobre a visão dos médicos sobre a morte, a maioria dos profissionais prefere informar os seus doentes sobre a morte, mas quase 30% sentem-se incapazes de falar do assunto com os doentes. Os participantes com menos de 6 anos de prática médica, sem experiência pessoal formativa ou formação académica em morte, ou sem experiência em tratar doentes terminais tinham menor probabilidade de comunicar a proximidade da morte com os seus doentes. (Alvarez-Del-Rio et al., 2013)

Médicos de lares salientam a importância da preparação dos doentes e das famílias para os cuidados de fim de vida. (Jansen et al., 2016)

A transmissão de más notícias é geradora de sofrimento e ansiedade nos médicos antes mesmo de as comunicarem aos doentes. A existência de estratégias, facilita este processo. O clínico tem de perceber que os sentimentos de desesperança, culpa, tristeza e desapontamento nos doentes e familiares, são experiências incontornáveis. O próprio clínico as vai sentir também. Tem de as reconhecer e integrar como dados úteis para poder

estabelecer uma relação terapêutica e apoiar doentes e familiares. Na transmissão de más notícias, o médico tem de manter a capacidade de empatia. As estratégias para comunicação de más notícias ajudam quer o doente a adaptar-se a uma nova realidade quer o médico a controlar a sua ansiedade e tristeza e sentimentos de culpa e de fracasso. Quando estas conversas correm de forma adequada, os doentes e famílias expressam maior satisfação com os cuidados e os profissionais sofrem menos com o luto. As estratégias comunicacionais devem ser planeadas antecipadamente, com a mesma atenção, detalhe e rigor que é aplicado na prescrição farmacológica. Incluem atenção dada a pormenores como o local, os profissionais que devem estar presentes, os familiares e pessoas significativas que devem ser envolvidas, avaliação do nível de compreensão do doente e adaptação do discurso, perceção do nível de detalhe do diagnóstico e do prognóstico que cada doente quer aceder. Várias ferramentas e mnemónicas foram desenvolvidas no sentido de ajudar o Oncologista a direcionar a consulta e a apoiar a comunicação, cobrindo todos os aspetos essenciais. Um dos métodos publicados para esta abordagem consiste no protocolo SPIKES (*Setting* – Preparar a consulta / conversa; *Perception* – Avaliar a perceção do doente; *Invitation* – Dirigir o doente para pedir mais esclarecimentos/clarificações; *Knowledge* – Disponibilizar conhecimento e informações ao doente; *Empathy* – Abordar as emoções do doente com respostas empáticas; *Strategy and summary* – Criar um plano de ação), que elabora uma sequência de domínios que permitem dar atenção aos aspetos ambientais da conversa, mas também aos relativos ao doente e ao médico e no final elaborar um plano. (Morgans & Schapira, 2015) (Baile, 2000)

Nas estratégias comunicacionais é importante ressaltar o papel fundamental das competências de escuta efetiva e compaixão, que podem ser ensinadas e ajudar os médicos a lidar de forma mais confortável com a morte e a perda, enquanto ajudam o doente a integrar o diagnóstico e prognóstico e a lidar com a sua angústia, reconhecendo no médico um suporte. (Zerbe & Steinberg, 2000)

Entre as barreiras identificadas à comunicação em final de vida identificadas pelos Oncologistas estas podem ser organizadas entre as que dependem de fatores dos doentes, as que dependem de fatores do médico e as que dependem de fatores institucionais. Entre os fatores dependentes do clínico, encontram-se as dificuldades em, simultaneamente oferecer tratamento oncológico dirigido a doença e cuidados paliativos, desconforto em falar da morte e do processo de morrer pela perceção de que o assunto se torna doloroso para doentes e familiares mas também para o médico, responsabilidades e dinâmicas da equipa por vezes com comportamentos dissonantes entre diferentes elementos, foco na manutenção de tratamento e na cura, falta de experiência e de competências comunicacionais, ausência de mentor e de observação direta destas conversas e abordagens, dificuldade de responder a questões de doentes e familiares, dificuldade em estimar prognóstico. Nos fatores dependentes do doente encontram-se a relutância dos doentes e das famílias em abordar o tema da morte, doentes não preparados para falar de prognóstico e de morte, barreiras linguísticas, doentes jovens. Nas barreiras institucionais encontram-se o estigma que envolve os cuidados paliativos, ausência de protocolos para as questões relativas aos cuidados de fim de vida, escassez de treino e de ferramentas de comunicação sobre fim de vida. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2013) (Mori et al., 2015)

Em Oncologia algumas estratégias para uma comunicação mais eficaz no fim de vida englobam: encarar como uma responsabilidade da prática clínica; ter uma comunicação aberta

e honesta sobre o fim de vida; iniciar as conversas precocemente e voltar ao assunto regularmente; clarificar objetivos do tratamento em cada fase; equilibrar esperança e realidade na comunicação de más notícias; manter sempre uma atitude empática; absorver algumas sugestões dos doentes sobre o nível de informação a disponibilizar. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2013)

Em Cuidados Intensivos, constituem barreiras de comunicação e de decisões centradas no doente e na família no final de vida, a falta de competências e treino em comunicação, atitudes relativamente a morte em cuidados intensivos (relutância em abandonar algumas técnicas e não instituir atitudes terapêuticas), foco em parâmetros clínicos (abstendo-se de discutir com o doente ou a família as preferências) e falta de confiança nos seus próprios julgamentos sobre a real condição do doente (dificuldade em estabelecer prognóstico e excessivas expectativas da eficácia de tratamento). (Visser, Deliens, & Houttekier, 2014)

Em MGF a comunicação efetiva entre médicos e doentes é facilitada pela relação medico-doente de longa data, envolvimento do médico, disponibilidade, permitir a discussão de qualquer tema, ser honesto e amigável, ouvir atentamente e tomar em conta as opiniões do doente, tomar a iniciativa de falar de opções de fim de vida, não ocultar informação, negociação de opções de cuidados paliativos, estar disponível para falar do diagnóstico e do prognóstico, preparação para a morte, ter em consideração os aspetos psicológicos, sociais e espirituais dos doentes bem como as suas preferências em fim de vida. Entre as barreiras para uma comunicação efetiva encontram-se a falta de disponibilidade do médico e a ambivalência ou fuga do médico em falar do prognóstico. (Slort et al., 2011)

Embora a preparação em estratégias de comunicação com os doentes seja fundamental para as competências clínicas de um médico, a forma como a informação é recebida pelo doente e interpretada pode sofrer variações significativas e distorções causadas pela negação, por crenças, por esperança e por medo. Algumas das reações do doente podem passar pela desconfiança, tristeza, mas também agressividade com o profissional portador das notícias. Ao médico compete saber abordar cada uma destas reações, contendo-as ou facilitando-as. (Alvarez-Del-Rio et al., 2013)

2.6.Responsabilidade do luto e follow-up no luto

Os médicos têm de estar preparados para cuidar pessoas em luto. (Forster & Hafiz, 2015) A maioria dos médicos considera que os cuidados no luto são uma componente da qualidade dos cuidados de saúde prestados. (Jensen et al., 2017)

O follow-up de famílias enlutadas é considerado como um aspeto de boa prática clínica. (Leeat Granek, Barrera, Scheinemann, & Bartels, 2015)

A satisfação dos cuidadores com os cuidados de saúde prestados vai além dos cuidados em vida e abrange também os cuidados no luto. (Jensen et al., 2017) (Back et al., 2009)

As famílias enlutadas habitualmente apreciam que os profissionais os suportem, validem os seus sentimentos e partilhem com eles rituais de despedida e demonstrem também que reconhecem na perda, a dor e, que eles próprios também se despedem do doente que parte, e sofrem luto. (Zerbe & Steinberg, 2000) Embora a maioria dos trabalhos aponte para que os

familiares enlutados apreciem e sintam satisfação com as práticas de follow-up, alguns estudos demonstram um baixo envolvimento de alguns profissionais nestas práticas. Estando esta participação dependente das visões e missão institucionais, do funcionamento da equipa, mas também de fatores pessoais dos médicos. (Chau, Zimmermann, Ma, Taback, & Krzyzanowska, 2009)

Os cuidados no luto podem ter um significado profundo para os familiares enquanto desempenham um papel importante no bem-estar do médico e na satisfação com o trabalho. A maioria dos familiares deseja ter apoio no luto. Para as famílias enlutadas a demonstração de compreensão por parte do médico fornece conforto e significa uma abordagem mais humanística. (T Gilewski, 2012)

Cerca de 60% dos médicos assumem que participar em iniciativas de luto (funeral, interagir com as famílias enlutadas) ajuda a encerrar o processo e diminuir o stress emocional pessoal. (Jensen et al., 2017)

O luto parental está associado a problemas de saúde mental e física e diminuição do bem-estar psicossocial. O apoio médico no luto desempenha um papel fundamental. Embora não haja estudo de correlação de como a forma de compaixão e empatia manifestada pelos médicos influenciam os *outcomes* de saúde e evolução de processo de luto dos pais, estes manifestam que sentem gratidão quando os médicos que cuidaram os filhos demonstram de forma personalizada o seu pesar pela perda da criança com a família sob a forma de cartões de condolências, presença em cerimónias ou encontros com os pais. Na ausência de seguimento no luto, os familiares expressam sentimentos de abandono e diminuição da satisfação com os cuidados. (Jensen et al., 2017)

As práticas de follow-up podem adquirir várias formas desde a presença no funeral ou cerimónias memoriais, a visita à família, o telefonema, o envio de cartas de condolências, o agendamento de consultas formais de follow-up. (T Gilewski, 2012)

Na prática clínica da oncologia de adultos, o *follow-up* do luto é feito de forma individual e esporádica, mas na prática da oncologia pediátrica é frequente. (Leeat Granek, Barrera, Scheinmann, & Bartels, 2015)

Em Oncologia pediátrica a maioria das práticas passam por telefonemas, e-mail ou cartão de condolências, presença em funerais e visitas, presença em eventos memoriais na comunidade, marcações de consulta com os pais, presença em memoriais do hospital ou do departamento. (Leeat Granek, Barrera, Scheinmann, & Bartels, 2015)

Num estudo em oncologistas e radioncologistas americanos as práticas mais frequentes foram a realização de chamada telefónica, o envio de carta de condolências e a participação num encontro com a família. (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012)

Um estudo sobre as práticas de luto de oncologistas em Israel, concluiu que estes profissionais raramente participam em funerais, e apenas 30% participa de forma ocasional em encontros presenciais (funerais, cerimónias memoriais, visitas), contudo é mais provável fazê-lo quando estabelecem maior ligação com os doentes. Cerca de 45% participa de forma regular ou ocasional em contactos indiretos (telefonemas, e-mail e cartas de condolências). (Corn et al., 2010)

Luto nos Médicos

Um estudo em Oncologistas e paliativistas sugere que os paliativistas se envolvem mais frequentemente em práticas de *follow-up* de luto. (Chau et al., 2009)

Tabela 3 Práticas de *follow-up* e barreiras à sua implementação

Práticas de <i>follow-up</i>	Barreiras
Participar no funeral	Falta de tempo
Participar em cerimónias memoriais	Falta de recursos
Fazer um telefonema à família	Perceção de não fazer parte da sua responsabilidade profissional
Visitar as famílias	Sentir-se desconfortável
Escrever carta de condolências	Sentimento de culpa
Enviar e-mail	Desconhecimento da valência
Marcar uma consulta/encontro com a família	Medo de <i>burnout</i>
Agendamentos regulares	Necessidade de manter as barreiras emocionais e profissionais
Referenciação a consulta de luto/grupo de apoio/conselheiro de luto/programa de luto	Não saber o que dizer / como abordar o tema
Facilitar o acesso de familiares ao contacto	Falta de serviços especializados de apoio no luto
Estar disponível para atender familiares	

Um trabalho com médicos de família relatou que estes profissionais se envolvem em estratégias de *follow-up* que envolvem o contacto com a família através de telefonema, visita ou carta de condolências. (Saunderson & Ridsdale, 1999)

A existência de programas de cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica, aumenta a probabilidade de existência de cuidados de luto às famílias de crianças. O treino específico em comunicação em luto e o apoio de outros profissionais poderia melhorar os cuidados no luto e 50% dos participantes mostrou interesse em ter formação formal em escrita de cartas de condolências. (Jensen et al., 2017)

Os principais obstáculos a implementação de acompanhamento no luto dos familiares consistem em dificuldades logísticas, emocionais e práticas. (Leeat Granek, Barrera, Scheinmann, & Bartels, 2015) Os principais motivos evocados por profissionais para não participarem em programas de luto prendem-se com falta de tempo e de recursos, falta de conhecimentos e de competências de comunicação, falta de formação em luto, medo de *burnout* e necessidade de manter as fronteiras profissionais. (Jensen et al., 2017)

A inexistência ou o desconhecimento por parte dos profissionais de programas de luto organizados e estabelecidos institucionalmente podem também constituir uma barreira a prática de *follow-up* no luto. (Jensen et al., 2017)

2.7. Barreiras para a abordagem do luto

Aspetos culturais, institucionais e pessoais podem limitar a expressão do luto profissional e constituírem barreiras à sua abordagem.

Uma teoria relativamente ao luto profissional em oncologia sugeriu que há uma cultura de não demonstrar nem expressar emoções, pela possibilidade de ser considerada uma fraqueza, de não conseguir lidar com a morte do doente ou não possuir estratégias de *coping*. Identificaram-se ainda diferenças de género, com as mulheres a expressarem as suas emoções mais livremente. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2012)

Chorar e demonstrar emoções perante o sofrimento e a morte tem sido encarado como fraqueza e até incompetência. Contudo os doentes e familiares apreciam perceber que o médico demonstra compaixão. (Pruthi & Goel, 2014)

Em algumas especialidades, para além de uma carga assistencial elevada, aliada a um forte sentido de responsabilidade de cuidar dos doentes, verifica-se a existência de uma carga emocional elevada. A falta de tempo e de estruturas de suporte, para além do estigma social associado a manifestações emocionais por parte dos profissionais e o receio de que o mesmo seja visto como fraqueza ou incapacidade para desempenhar o seu papel, afasta o médico de abordar este assunto. (Forster & Hafiz, 2015)

Dificuldades comunicacionais e de cooperação dentro da equipa, podem também constituir obstáculos para a abordagem do luto. (Papadatou et al., 2002)

Barreiras e desafios para lidar com a morte de doentes incluem dificuldades no acesso a suporte social, associados com o género e a expressão de emoções e a manutenção de barreiras emocionais. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2012)

Tabela 4 Barreiras à abordagem do luto

Categoria	Barreira / Desafio
Amigos e familiares	Medo de sobrecarregar os familiares e amigos com as histórias tristes de morte Sensação que amigos e familiares não serão capazes de perceber o luto que estão a sentir
Colegas	Receio de ser entendido como fracasso ou estigma Não querer mostrar vulnerabilidade aos colegas com quem trabalha Não querer sobrecarregar colegas que já estão a sofrer o seu próprio luto Considerar inapropriado a expressão de emoções
Género	Culturalmente os homens não devem expressar emoções nem chorar

Criação de fronteiras emocionais	Dificuldade em estabelecer compartimentalização de emoções
Questões culturais	Estigma social de demonstrar emoções
	Cultura da cura
	Ser percebido como fraqueza
	Estigma de género
	Estigma da morte

2.8. Estratégias de abordagem do luto profissional

O luto profissional é uma experiência complexa com vários fatores intervenientes e com impactos pessoais e profissionais relevantes, em que intervenções adequadas podem prevenir os seus efeitos nefastos. Reconhecer a existência de um processo de luto profissional desencadeado pelo acompanhamento de doentes em processo de morte, pela exposição à morte e pelo acompanhamento de famílias enlutadas, enquanto se educa e treina os profissionais em estratégias de identificação e de *coping* deve ser uma preocupação institucional. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, et al., 2015)

Os médicos tendem a não refletir sobre o seu papel de cuidadores, a desvalorizar as suas perdas e a desdramatizar a morte. Não reconhecem nem avaliam a implicação das perdas pessoais no trabalho, nem vice-versa. Não dedicam tempo a elaborar as perdas, não resolvem alguns lutos, nem elaboram formas individualizadas de despedida. (Sansó et al., 2015) (Forster & Hafiz, 2015) Contudo, é essencial que profissionais médicos expostos a grande peso emocional no cuidar, como aqueles que cuidam de doentes com doenças ameaçadoras da vida e associadas com grande sofrimento, reconheçam e verifiquem estratégias de auto-cuidados para resistirem aos vários desafios. (Breen, O'Connor, Hewitt, & Lobb, 2014) (Zerbe & Steinberg, 2000) É importante estabelecer alguns cuidados para evitar o desgaste dos profissionais e limitar as implicações físicas e psicossociais com reflexão nas atividades profissionais, mas também pessoais e no estado de saúde do médico. (Sansó et al., 2015)

Os auto-cuidados e os mecanismos de alerta e defesa correspondem a todas as atividades que são desempenhadas independentemente por cada indivíduo para promover e manter o bem-estar pessoal. (Sanchez-Reilly et al., 2013) Os auto-cuidados são importantes, não só para proteção dos efeitos nefastos da morte dos doentes sobre os profissionais, mas também para se proteger e viver com todos os desafios da profissão médica, nomeadamente as longas horas de trabalho, privação de sono, o equilíbrio com responsabilidades pessoais e familiares, as exigências de qualidade de cuidados, a necessidade de atualização de conhecimentos, os desafios comunicacionais, encontrar sentido no trabalho, pressão académica e institucional. Neste processo salienta-se a necessidade de identificar valores e a sua priorização, otimizar a definição do sentido e a satisfação no trabalho, desenvolver atitudes que promovam o bem-estar pessoal. (T. D. Shanafelt, 2005) (T. Shanafelt, Chung, White, & Lyckholm, 2006)

Profissionais que trabalham em cargos com elevado envolvimento emocional e elevada carga laboral têm o desafio permanente de manter energia e restaurá-la continuamente. Procurar

um equilíbrio entre as expectativas do que se pretende fazer e a realidade do que é possível fazer pode ser um ponto de partida. (Penson, Dignan, Canellos, Picard, & Lynch, 2000)

Para lidar com as mortes de doentes e o seu luto, os médicos necessitam tomar consciência das suas emoções, encontrar um equilíbrio entre a partilha das emoções com os doentes, colocar as emoções em perspetiva e respeitar as emoções dos doentes e dos familiares. (Sofia Carolina Zambrano et al., 2012)

Uma meta-análise sobre estratégias de *coping* e resiliência identificou três categorias de fatores que influenciam o processo: (Gillman et al., 2015)

- *Fatores inatos de coping e resiliência*: motivação para a especialização, compromisso de prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade; adoção de uma perspetiva positiva; estabelecer conexões conscientes com os doentes; reconhecimento do trabalho; sentir satisfação com o trabalho;
- *Estratégias de coping pessoais*: manter equilíbrio da vida pessoal com a profissional; prestar atenção ao auto-cuidado; processar emoções geradas pelos encontros profissionais; reconhecer e admitir a morte; aplicar ensinamentos adquiridos com a maturidade e a experiência;
- *Estratégias institucionais de promoção de coping e resiliência*: suporte informal através de relações da equipa e atividades sociais; suporte formal para a partilha de experiências e conexões com benefícios profissionais a longo prazo.

As estratégias de *coping* com a morte dos doentes passam por processos cognitivos, comportamentais, relacionais, profissionais e espirituais. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) (Leeat Granek, Mazzotta, et al., 2013) (Leeat Granek, Mazzotta, Tozer, & Krzyzanowska, 2012) (Keene, Hutton, Hall, & Rushton, 2010) (Kutner & Kilbourn, 2009) (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Várias são as respostas que a literatura enuncia para estratégias em como os médicos lidam com o processo de morte dos seus doentes. Estas ações passam quer por estratégias cognitivas de ensino estruturado de como lidar com este assunto a apoio especializado na área. Muitos profissionais referem que o suporte da equipa com quem trabalham e o apoio de familiares e amigos é importante na sua trajetória de luto profissional. Períodos de afastamento do trabalho clínico podem também constituir uma estratégia de *coping*. Enquanto alguns profissionais vêm no processo de morte do doente uma necessidade maior de estar presente e apoiar a família e dedicar-se mais ao controlo sintomático físico e emocional do doente, outros consideram a necessidade de algum distanciamento emocional da situação ou até o assumir de cuidados por outros colegas da equipa. (Jansen et al., 2016) (Leeat Granek, Barrera, Scheinemann, & Bartels, 2016) A dedicação a investigação em algumas circunstâncias funciona como oportunidade de afastamento temporário do trabalho clínico e como possibilidade de avanços que permitam melhorar os cuidados. (Leeat Granek, Barrera, et al., 2016) Alguns profissionais evocam também a necessidade de compartimentalização das emoções pessoais e profissionais, o desenvolvimento de uma filosofia de vida e a dedicação a atividades de apoio social, como estratégias importantes no seu processo de luto. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) (Jansen et al., 2016) A compartimentalização permite aos médicos desempenhar o seu papel cuidador ao doente, e abordar os seus sentimentos relativos à perda em outras instâncias e avaliar o seu impacto. (Forster & Hafiz, 2015)

As crenças espirituais podem desempenhar um importante papel no *coping*, permitindo a reavaliação do propósito da vida, das premissas do mundo, das questões existenciais. (Forster & Hafiz, 2015)

O envolvimento em atividades recreativas e o apoio psicológico formal são também mecanismos evocados por alguns profissionais. (Breen et al., 2014)

Tabela 5 Estratégias de coping

Categoria	Estratégia
Estratégias Pedagógicas (Treino, informação, educação)	<p>Aulas de como lidar com a morte dos doentes</p> <p>Ensinar a identificar e a lidar com os sentimentos de perda</p> <p>Seminários interativos de como lidar com a morte dos doentes</p> <p>Educação sobre estratégias de coping com a morte dos doentes durante o internato ou cursos</p> <p>Fichas técnicas de como lidar com a morte de doentes</p> <p>Formação de internos</p>
Apoio Emocional	<p>Validação de emoções como o luto pela morte de doentes como parte do trabalho em oncologia</p> <p>Sessões formais, individuais com psicólogo ou profissional de saúde mental</p>
Apoio de pares	<p>Fóruns online de partilha de experiências sobre a morte de doentes com outros oncologistas</p> <p>Fóruns ao vivo de partilha de experiências de perda de doentes com outros profissionais de saúde (enfermeiros, assistentes sociais,...)</p> <p>Um mentor solidário e orientador</p> <p>Sessões de grupo de esclarecimento sobre a perda de doentes</p> <p>Reuniões de morbi-mortalidade</p> <p>Sessões de partilha / esclarecimento de luto</p> <p>Partilha pessoal de experiências com outros profissionais de saúde da equipa (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos)</p> <p>Normalização da morte</p> <p>Programas residenciais</p> <p>Foco nos aspetos positivos e nos sucessos da prática de clínica (morte sem dor, tranquila,...)</p>
Tempo fora do trabalho	<p>Férias</p> <p>Licenças sabáticas</p> <p>Exercício físico e hobbies</p> <p>Passar tempo com amigos e familiares</p>

Luto nos Médicos

	Dedicar tempo à espiritualidade, religião e fé
	Praticar técnicas de meditação e mindfulness
	Entretenimento (leitura, cinema, lazer,...)
	Elaborar o sentido da vida
Investigação e ensino	Dedicar-se a investigação
	Ensino de alunos
Suporte social e Profissional	Partilha de experiências com amigos e familiares
	Partilha de experiências com outros profissionais de saúde (oncologistas, psicólogos, assistentes sociais,...)
Investimento clínico	Apoiar as famílias e doentes
	Garantir o controlo sintomático
	Focar-se no trabalho
	Despedir-se do doente
Afastamento	Afastamento dos cuidados de doente e família no final de vida delegando noutro colega
	Compartimentalização consciente das emoções profissionais e pessoais
Interação com as famílias	Presença em funerais e cerimónias memoriais
	Encontros com as famílias
	Consulta de follow-up de luto
	Chamada telefónica para a família
	Elaboração de cartão de condolências
	Seminários memoriais para famílias e profissionais

Nas estratégias cognitivas, as atividades de formação desempenham papéis importantes. Alguns estudos sugeriram que sessões de esclarecimento, retiros para workshops, sessões educacionais em estratégias de *coping* e programas internos podem conferir alguma ajuda, segundo a opinião dos participantes. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) Num estudo Mexicano sobre a visão dos médicos sobre a morte, a grande maioria reconhece que os médicos deveriam dispor de momentos próprios para refletir sobre questões relacionadas com a morte, como seminários e workshops. (Alvarez-Del-Rio et al., 2013) Contudo, estudos em que o *burnout*, a perceção de stress e luto foram avaliados antes e após a intervenção não mostraram diferenças significativas. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) Igualmente, intervenções focadas em fatores pessoais como prática de *mindfulness*, ensino de competências psicossociais, promoção de auto-avaliação e técnicas de redução de stress, embora sejam apontadas pelos participantes como vantajosas, os resultados dos estudos de intervenção não têm mostrado melhoria da qualidade de vida, stress, sintomas de depressão, satisfação no trabalho ou bem-estar global dos clínicos. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016) (Eagle, Creel, & Alexandrov, 2012)

Assim, defende-se uma abordagem holística, abrangendo todos os stressors da atividade clínica e não apenas ser focadas num único fator. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016) (Eagle et al., 2012)

Com a evidência crescente da influência negativa das mortes dos doentes nos médicos, observaram-se algumas tentativas institucionais de incorporar intervenção de ajuda para os profissionais de oncologia, entre os quais grupos e fóruns de apoio para partilhar experiências. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) As organizações devem participar e ser parte ativa e responsável pela abordagem do *burnout* e das consequências do luto profissional e ajudar a apoiar os profissionais nos desafios do seu trabalho. (Panagioti et al., 2017) (Leeat Granek, Barrera, et al., 2016) Torna-se um desafio encontrar estratégias que possam ser culturalmente e individualmente sensíveis para cada médico em particular. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) Deve haver alguma abrangência de estratégias, já que é improvável que as mesmas estratégias sejam úteis ou se adequem a todos os profissionais. (L Granek et al., 2017)

Estratégias para aumentar a adesão dos profissionais e diminuir o estigma associado a participar em programas de luto, passam por Incluir intervenções como parte da rotina clínica, ou de carácter obrigatório. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017)

Estratégias que legitimem, validem e reconheçam a expressão de emoções para com a perda de doentes podem ser úteis para diminuir incidência de *burnout* e melhorar o bem-estar pessoal e profissional dos médicos. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017)

As estratégias de auto-cuidado pessoal têm início no reconhecimento das múltiplas dimensões do indivíduo, e que devem ser abordadas para garantir uma boa vida. As estratégias de auto-cuidado incluem a priorização de proximidade com amigos e família, manutenção de estilo de vida saudável, incluindo sono adequado, exercício físico regular e tempo de férias, envolver-se em atividades recreativas e hobbies, praticar *mindfulness* e meditação, procurar desenvolvimento espiritual. O instrumento da roda de bem-estar refere-se a seis tipos de bem-estar: física, intelectual, emocional, espiritual, social e ocupacional. Permite que cada indivíduo reflecta sobre o equilíbrio da vida atual e dos auto-cuidados. (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Nas estratégias de auto-cuidado profissional vamos encontrar estratégias individuais e estratégias de equipa. Nas estratégias de auto-cuidado profissional individual encontra-se a avaliação regular dos vários aspetos da vida laboral, desenvolvimento de rede de trabalho de pares e de mentores, procurar oportunidades de envolvimento institucional, melhorar competências comunicacionais e de gestão, melhorar a auto-consciência para estabelecer limites, dedicar-se a escrita refetiva, aprender a estar confortáveis com a sua própria mortalidade, estabelecer o seu nível de ligação aos doentes em processo de morte e aos seus familiares (para uma atitude empática e respeitadora). As estratégias profissionais de equipa assentam em estruturas e procedimentos que contribuam para o bem-estar da equipa e entre elas encontram-se a melhoria das competências dos elementos para empatizarem uns com os outros, estruturas, procedimentos e políticas que guiem as reuniões da equipa, e a partilha de fontes de sentido pessoal e profissional. (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Tabela 6 Estratégias individuais de coping

Pessoais	Profissionais
Adotar um estilo de vida saudável, com sono adequado em tempo e qualidade, exercício físico regular e tempo dedicado a férias	Avaliar regularmente e regular áreas da vida laboral: carga laboral, recompensas, comunidade, justiça, valores
Ter atividades recreativas, hobbies para promover o equilíbrio entre vida pessoal e profissional	Criação de uma rede de pares e colegas de trabalho e manter-se conectado numa base regular
Praticar <i>mindfulness</i> e meditação	Desenvolver competências de empatia com os outros
Praticar escrita reflexiva	Melhorar competências comunicacionais e de gestão com formações adicionais
Promover o desenvolvimento espiritual de forma a encontrar maior sentido nas relações profissionais e pessoais	Praticar estratégias de <i>coping</i> baseadas em sentido e partilhar fontes de sentido pessoais e profissionais e incorporá-las na vida diária
Priorizar as relações pessoais de proximidade com a família e amigos	Procurar oportunidades de envolvimento com atividades organizacionais congruentes com os interesses próprios do profissional. Recorrer a estruturas, políticas e procedimentos protocolados/formalizados para servirem de guia para as reuniões e também para decisão em situações complexas Esforçar-se por ter maior auto-consciência, partilhar sentimentos e responsabilidades e estabelecer os limites para evitar sobrecarga laboral Evitar a despersonalização com distanciamento emocional e cognitivo do trabalho Equilibrar empatia e compaixão com objetividade

Algumas barreiras para acesso a estratégias de auto-cuidado como a falta de recursos no local de trabalho, a falta de disponibilidade temporal e os custos associados com este apoio têm sido enunciadas. (Breen et al., 2014)

Os modelos de gestão conjunta dos doentes entre Oncologistas e Paliativistas são uma oportunidade de partilhar a carga emocional dos cuidados clínicos, permitindo aos doentes aceder a diferentes profissionais com experiências em áreas diversas do controlo sintomático e da abordagem terapêutica, quando estas equipas integram profissionais de várias especialidades médicas e disciplinas da saúde. (Morgans & Schapira, 2015) Além disso, o trabalho em equipas multidisciplinares permite a expressão de sentimentos e a sua validação no meio profissional, enquanto acede a apoio de pares.

Equipas que tratam doentes em situações terminais devem ter momentos definidos para partilha e reflexão das perdas. (Sansó et al., 2015) Embora a partilha de experiências dentro da equipa possa ser um mecanismo de *coping*, pode em algumas situações exacerbar os sentimentos de choque e devastação da experiência. (Forster & Hafiz, 2015) Reuniões de morbi-mortalidade podem também ser úteis neste contexto. Pretendem rever alguns

outcomes difíceis de alguns doentes, aprender com os erros e evitar a culpabilização pessoal, contudo podem magnificar a questão da competência. (Whitehead, 2014)

Treino psicossocial (comunicação, empatia e abordagem do sofrimento) podem ter um carácter protetor de *burnout* em oncologistas. Um estudo na China que comparou oncologistas que assumem também o papel de suporte psico-oncológico dos seus doentes com oncologistas que não fazem esta abordagem (sem formação específica na área) sugeriu que este tipo de formação e esta atuação em "*dual role*" pode ter um papel protetor do *burnout* (sobretudo no domínio da despersonalização), ao dotar de maior significado a atuação do médico. (He, Pang, Zhang, Fielding, & Tang, 2017)

Na literatura encontramos vários relatos pessoais de médicos de como o luto dos doentes os afeta e também dos mecanismos que encontram para lidar com essas perdas. Um relato de um médico de família conta como escrever obituários o ajudam a refletir sobre as atitudes tomadas, a fazer uma crítica e a fazer o luto da perda dos doentes. Ao escrever estes obituários e distribuí-los por colegas e estudantes, o médico espera ajudar a ensinar compaixão e humildade. (Goldstein, 2006)

Um estudo com paliativistas espanhóis concluiu que a auto-consciência (capacidade de cada indivíduo prestar atenção às suas próprias experiências da vida diária) e auto-cuidado (físico, psíquico e social) se relacionaram positivamente com competência de *coping* com a morte e satisfação por compaixão, enquanto que se relacionaram negativamente com a fadiga de compaixão e o *burnout*. (Sansó et al., 2015)

No estudo de Zambrano em paliativistas, emergiram três domínios associados com as experiências e mecanismos de *coping* destes profissionais, que podem ajudar a compreender a tendência para estes profissionais habitualmente demonstrarem menos efeitos nefastos: (Sofia C. Zambrano et al., 2014)

- *Estar com os doentes em processo de morte* – estabelecer relações de proximidade intensas demonstrando empatia e humanidade; estar presente e mostrar disponibilidade; participar nos funerais como forma de encerrar a relação com o falecido, permitindo ainda mostrar aos familiares que o contacto com o sistema de saúde não termina e criando uma oportunidade de follow-up do luto; transmissão de más notícias com recurso a estratégias comunicacionais; disponibilização de tempo, abordando outros temas para além da doença.
- *Ser afetado pela morte e pelo processo de morrer* – reações emocionais de tristeza ou até choro, habitualmente de curta duração, algumas vezes alívio e menos frequentemente de culpa, por vezes revividas perante situações semelhantes; identificação com os doentes levando a maior alerta e reconhecimento; lembrar a própria mortalidade, encontrar recompensas fazendo a diferença para doentes e familiares, oferecendo controlo sintomático, acesso privilegiado à vida dos doentes e à possibilidade de honrar o encontro clínico para além da natureza física da doença, abordando igualmente os aspetos psicossociais e espirituais e a capacidade de contribuir para uma morte serena; ser admirado pelo seu trabalho mas também sofrer risco de isolamento para não sobrecarregar os contactos sociais com o peso do seu trabalho.
- *Adaptar-se ao impacto da morte e do processo de morrer* – encontrar sentido procurando explicações biológicas e justificações em estatísticas de esperança de vida e vivendo a sua

vida procurando crescimento pessoal e sem remorsos; apoio profissional dos pares permitindo sentir satisfação com a partilha do impacto emocional dos seus trabalhos; *coping* focado nas emoções mas com estabelecimento de fronteiras e de alerta para mecanismos de auto-proteção para não comprometer os cuidados nem o bem estar dos profissionais; *coping* focado nos problemas para limitar o impacto negativo do peso da trabalho na sua vida pessoal e profissional, encontrando o equilíbrio entre estes dois aspetos da vida.

Vários estudos avaliaram as preferências de oncologistas em estratégias de *coping* com a morte de doentes. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) (L Granek et al., 2017) (Leeat Granek, Barrera, et al., 2016) (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) Num estudo, mais de 50% dos inquiridos assinalaram como estratégias preferenciais a validação de emoções como o luto pela morte de doentes como parte do trabalho em Oncologia, férias, educação sobre estratégias de *coping* com a morte de doentes durante o internato ou cursos, tempo de sabática e seminários interativos de como lidar com a morte dos doentes. (Leeat Granek, Barrera, et al., 2016) Outros estudos reforçaram a necessidade de alterar a perceção de morte do doente como um fracasso, para uma perceção de algo inevitável que faz parte do trabalho em Oncologia. Outros temas recorrentes foram a necessidade de formação em como lidar com as respostas emocionais à perda dos doentes, permitir a libertação do peso emocional das perdas no local de trabalho com os seus pares, criando ambientes mais abertos, recetivos e tolerantes à expressão emocional. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016)

Um estudo em obstetras enunciou algumas estratégias encontradas para *coping* após uma morte perinatal. As mais frequentemente realizadas foram as conversas informais com os colegas em quase 90% dos inquiridos, seguida pelas conversas com amigos e familiares, enquanto metade dos participantes assumia dedicar-se a exercício e hobbies, revisão formal dos casos ou envolvimento em práticas religiosas. (Gold et al., 2008)

Uma meta-análise sobre estratégias de intervenção de redução de ansiedade e do *burnout* em médicos e estudantes de medicina apontou para uma associação entre as práticas de intervenções cognitivas, comportamentais e *mindfulness* na redução de sintomas de ansiedade, e intervenções com educação psicológica, comunicação interpessoal e *mindfulness* associadas a redução de *burnout*. (Regehr, Glancy, Pitts, & LeBlanc, 2014)

As Schwartz Center Rounds foram iniciadas nos estados Unidos nos anos 90 e têm sofrido um processo de expansão, também para alguns centros clínicos na Europa. Consistem em reunião de profissionais de saúde de uma organização onde são incentivadas a partilha de experiências profissionais focadas nos aspetos sociais, psicológicos e emocionais com que o profissional lidou com a situação. O seu objetivo é promover os cuidados compassivos, focando-se na dimensão humana das relações entre doentes e profissionais. Decorrem num ambiente seguro e confidencial e a discussão é guiada por um facilitador treinado, em que os profissionais escutam e partilham as suas experiências. (Farr & Barker, 2017) (Robert et al., 2017)

Os Grupos Balint são uma metodologia de intervenção, normalmente moderada por um médico ou por um psicólogo que facilitam o processo de partilha de experiências com o objetivo de melhorar a relação com os doentes enquanto se controla o envolvimento pessoal, se melhoram as competências comunicacionais e se reforçam as relações médico-doente. O envolvimento em Grupos Balint de partilha de experiências pode ser benéfico a ajudar os

médicos a trabalhar vários aspetos da relação médico-doente, nomeadamente a abordagem do fim de vida e do luto. (Bar-Sela, Lulav-Grinwald, & Mitnik, 2012) Este tipo de intervenção tem mostrado alguns resultados em internos de Hemato-oncologia com melhoria do conforto em lidar com os estados emocionais dos doentes e na discussão de aspetos psicossociais. (Sekeres et al., 2003)

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos programas de formação que visam abordar as necessidades dos profissionais de saúde de desenvolver conhecimentos, competências e práticas nos aspetos psicossociais, éticos e espirituais a doentes em final de vida. (Rushton et al., 2009)

A ausência de formação pré ou pós-graduada faz com que muitos profissionais aprendam com a experiência. (Forster & Hafiz, 2015) Os currículos médicos devem ser capazes de abordar todas as dimensões do cuidar incluindo o envolvimento emocional e as suas expressões, enquanto são ensinadas igualmente estratégias de comunicação e de *coping*. (Pruthi & Goel, 2014) Nos Estados Unidos a oferta de formação pré-graduada em cuidados de fim de vida aumentou de 1975 a 2010, sob a forma de aulas ou cursos de curta duração a serem oferecidos em 100% das escolas e atingindo toda a população escolar. Cerca de 60% dos alunos passaram em *Hospices*. Os temas mais frequentemente abordados foram a comunicação com doentes e familiares de doentes em processo de morte, atitudes perante a morte e morrer, diretivas antecipadas de vontade, luto, aspetos psicológicos de morrer e controlo sintomático e abordagem da dor. A formação multidisciplinar acontece em cerca de 76% dos cursos. (George E. Dickinson, 2011) No Reino Unido desde 2000 que a totalidade das escolas médicas tem formação pré-graduada em morrer, morte e luto. As metodologias passam essencialmente por seminários, discussão em pequenos grupos, aulas e discussão de casos clínicos. A formação é multidisciplinar e em todos os casos tem participação de especialistas em Cuidados Paliativos. Em 92% dos programas há uma rotação em *hospice*. Os temas abrangidos passam pelos mesmos já enunciados para os cursos nos Estados Unidos. (G. E. Dickinson, 2002) (Field & Wee, 2002)

A formação pré-graduada em cuidados paliativos permite aos jovens médicos sentirem-se emocionalmente mais preparados para lidar com doentes em processo de morte. (Crawford & Zambrano, 2015)

Para além de treinar os médicos no tratamento das doenças, os programas de internato devem também contemplar a responsabilidade de ajudar os internos a preparem-se para todos os desafios da vida clínica, incluindo a comunicação, o lidar com doentes em fim de vida, discussão de stresses, troca de experiências com outros internos e equilíbrio de vida pessoal e profissional. (T. D. Shanafelt, 2005)

Este tipo de programas são particularmente importantes em especialidades onde os cuidados de doentes em fim de vida são frequentes. (Shayne & Quill, 2012) (Epner & Baile, 2014) (Schiffman et al., 2008) Contudo, em qualquer especialidade médica a exposição à morte é uma inevitabilidade devendo procurar abranger todas as especialidades fomentando o seu envolvimento em formação em cuidados de fim de vida. (Marchand & Kushner, 2004) (Teresa Gilewski, 2001)

O reconhecimento da multidisciplinariedade da abordagem da morte e do processo de morrer, incentivou a criação também de algumas formações pré-graduadas com interação de

estudantes de diferentes ramos profissionais (ex medicina e serviço social). (McIlwaine, Scarlett, Venters, & Ker, 2007)

Os programas de formação baseiam-se em sessões plenárias e em workshops, com recurso a vídeos, discussão de casos clínicos, role-play, doentes simulados, vídeos, visitas a *hospices*, encontros interprofissionais. Atividades de reflexão e métodos contemplativos (baseado no desenvolvimento de *mindfulness* e atenção recetiva, permitindo abordar o poder da presença, cultivando a compaixão, reconhecendo o luto). (Teresa Gilewski, 2001) (Rosenbaum, Lobas, & Ferguson, 2005) (Rushton et al., 2009) (McIlwaine et al., 2007) São abordados os temas das formas de morrer e das formas como os doentes gostariam de morrer, aspetos legais dos cuidados em fim de vida, os conceitos de sofrimento e palição, descrições de cuidados em *hospice*, diretivas antecipadas de vontade, comunicação de más notícias, controlo sintomático, suicídio medicamente assistido, tratamento da ansiedade, depressão e queixas físicas, futilidade médica, evitar e abandonar tratamentos, doença súbita, objetivos dos cuidados e as últimas horas de vida.(Teresa Gilewski, 2001)

Para além de ensinar competências técnicas e comunicacionais, estes programas visam também desenvolver a auto-reflexão (desenvolvimento de consciência dos seus próprios sentimentos, atitudes e expectativas relativas a morte e a perda), auto-consciência e introspeção para o seu próprio processo psicológico e emocional, com atenção ao reconhecimento *burnout* em si e nos outros e a criação de plano de auto-cuidado. (Rosenbaum et al., 2005) (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Assim, a morte é uma realidade incontornável nos cuidados de saúde. Ter profissionais aptos a lidar com esta realidade deve ser uma missão das instituições de saúde, mas também das escolas médicas que fazem a formação pré-graduada. Esta problemática deve ser abordada de forma contínua, integradora e adaptada a cada grupo profissional e a cada indivíduo, devendo haver estratégias que possam abranger todos os profissionais e outras que possam ser personalizadas. Aos profissionais cabe igualmente a responsabilidade de envolvimento nestas estratégias com vista a melhorar o seu bem-estar e as suas competências pessoais e profissionais.

II. Objetivos e questões de investigação

O estudo teve como finalidade caracterizar o luto, as atitudes perante a morte e a qualidade de vida profissional numa amostra de médicos e relacioná-las com fatores sócio-demográficos, profissionais e pessoais.

As principais questões de investigação que se me colocaram foram:

- Haverá diferenças da expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional entre médicos internos e médicos especialistas?
- E entre médicos frequentemente expostos ao processo de morte dos doentes e médicos menos expostos?
- E entre médicos de Medicina Geral e Familiar e as especialidades hospitalares?
- E entre médicos que trabalham em Cuidados Paliativos e médicos que não trabalham?
- Entre médicos que receberam formação específica em cuidados de fim de vida e médicos que não receberam?

Objetivos:

- Caracterizar a expressão de luto profissional, as atitudes perante a morte e a qualidade de vida profissional numa amostra de médicos
- Avaliar a influência de características socio-demográficas na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional nos médicos
- Avaliar a influência de dados pessoais e profissionais na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional nos médicos

III. Métodos

Tendo em consideração a problemática do luto profissional e o atual desconhecimento da sua prevalência entre a comunidade médica, propôs-se a realização de um trabalho de investigação que caracterizasse uma população médica de especialidades diversas atuando e servindo a população de uma área geográfica específica

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. O estudo foi aplicado através de um questionário *on-line* dirigido aos médicos do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, ACeS Gaia e ACeS Espinho / Gaia. O preenchimento foi anónimo e voluntário.

O preenchimento e submissão final do questionário, foi assumido como correspondendo a dádiva de consentimento para participação.

1. População de Estudo

A população de estudo é constituída pelos médicos a exercer funções durante o período de estudo no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho, EPE e nos Agrupamentos de Centros de Saúde de Gaia e Espinho / Gaia.

2. Instrumentos

Foi elaborado um questionário para preenchimento *on-line*, através da ferramenta *Google Forms*. O questionário foi organizado em seis secções. (Anexo 1)

Na primeira secção faz-se a explicação do trabalho e dos seus objetivos e enquadramento ético.

Na segunda secção desenvolveu-se um questionário sociodemográfico e experiencial (QSDE) constituído por um conjunto de questões com vista a caracterização sociodemográfica, pessoal e profissional.

Na terceira secção foi aplicada a escala de Sobrecarga de Luto Profissional. (G. M. da Gama, Barbosa, & Vieira, 2011) (G. Gama, 2013)

Esta escala é uma versão portuguesa adaptada a partir das escalas “*Development of a Short Form Inventory*” (Marwit & Meuser, 2005) e do “*Hospice Clinician Grief Inventory*” (Cote et al., 2008).

Consiste em 15 itens cada um avaliado com uma escala de Likert ordinal em cinco categorias: 1 – Discordo fortemente; 2 – Discordo; 3 – Concordo um pouco; 4 – Concordo; 5 – Concordo fortemente.

Desta escala extraem-se quatro fatores: “Confinamento atormentado”, “Esforço emocional no cuidar”, “Perda nostálgica”, “Partilha incompreendida”.

O fator 1 designa-se *Confinamento atormentado* e integra os itens 2, 5, 6, 10, 12, 13, 14. Este fator refere-se a situações em que o profissional de saúde, exposto a perdas múltiplas cumulativas, manifesta uma restrição na sua vida pessoal, limitando os contactos com a família

e os outros, não se dando tempo a si próprio, com preocupações frequentes sobre as perdas de doentes que estiveram ao seu cuidado e sentimento de ter a vida encarcerada, sem liberdade devido às responsabilidades e exigências profissionais.

O fator 2 designa-se *Esforço emocional no cuidar*, e integra os itens 8, 9 e 15. Este fator refere-se à dor mental ou às dificuldades emocionais sentidas que ocorrem no cuidar destes doentes em fase terminal comparativamente com outros tipos de doentes.

O fator 3 designa-se *Perda nostálgica* e integra os itens 1 e 4. Refere-se aos sentimentos de ausência, saudade e/ou vazio relativo aos doentes falecidos.

O fator 4 designa-se *Partilha incompreendida* e integra os itens 3, 7 e 11. Refere-se à dificuldade ou impossibilidade de validação ou legitimação dos sentimentos experimentados pelo profissional na sequência da morte dos seus doentes, por familiares, amigos e colegas. (G. M. da Gama et al., 2011)

Tabela 7 Escala de Sobrecarga de Luto profissional e Fatores

Itens	Afirmações	Confinamento atormentado	Esforço emocional no cuidar	Perda nostálgica	Partilha incompreendida
1	Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos			X	
2	Sinto que estou a perder a minha liberdade	X			
3	Não tenho ninguém com quem conversar				X
4	Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente			X	
5	Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	X			
6	Lidar com a morte e a agonia assemelha -se a uma perda dupla... perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	X			
7	Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar				X
8	Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal		X		
9	Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes		X		
10	Tenho insónias, porque estou preocupado com o que está a acontecer aos meus doentes e como actuarei no dia seguinte	X			
11	As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar				X
12	Sinto-me tão frustrado que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	X			

13	Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço	X
14	Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	X
15	É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	X

Na quarta secção foi aplicada a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte. (Loureiro, 2010)

Esta escala é uma versão portuguesa adaptada a partir da escala "*Death Attitude Profile-Revised*". (Wong, Reker, & Gesser, 1994), revista a partir da versão original da "*Death Attitude Profile*" (Gesser et al., 1988)

Consiste em 32 itens, cada um avaliado por uma escala de Likert ordinal em sete categorias: 1 – Discordo muitíssimo; 2 – Discordo; 3 – Discordo moderadamente; 4 – Nem concordo nem discordo; 5 – Concordo moderadamente; 6 – Concordo; 7 – Concordo muitíssimo.

Os itens cobrem cinco dimensões: "*Medo da morte*", "*Evitamento da morte*", "*Aceitação neutral / Neutralidade*", "*Aceitação como aproximação*", "*Aceitação como escape*".

Os autores definem três tipos de «aceitação».

A *aceitação neutral* ou *neutralidade* compreende a morte como uma parte integral da vida. A morte não é temida nem desejada, simplesmente se aceita como um facto inevitável e imutável da vida.

A *aceitação como aproximação* implica acreditar numa vida feliz depois da morte, como o *modo religioso* em que as crenças religiosas e a religiosidade incluem a noção de que a morte pode trazer a paz e a harmonia. A morte constitui uma passagem. Uma hipótese deste tipo de aceitação é que reduz a ansiedade provocada pela perspectiva da morte.

A *aceitação como escape* parte do pressuposto que quando se vive em certas circunstâncias que acarretam dor e sofrimento para o indivíduo, a morte torna-se numa alternativa para o término do sofrimento. O medo de viver sob determinadas condições pode ser maior que o medo da morte. Quando os indivíduos vivem situações de dor e sofrimento intenso, a morte parece tornar-se como o único escape.

O *medo da morte* constitui uma dimensão que assenta num pressuposto comumente aceite de que o medo da morte é universal e a sua ausência pode refletir a negação da morte. O medo da morte não é um construto unitário e encerra em si diferentes razões para o medo: perda do próprio, medo do desconhecido para além da morte, medo da dor e do sofrimento, sensação de perda de oportunidade para redenção e salvação, preocupação com os sobreviventes.

O *evitamento* de pensar na morte corresponde a uma atitude negativa relativamente à morte, contudo os indivíduos podem manter uma atitude positiva para com a vida, não pensando na morte. (Wong et al., 1994)

Luto nos Médicos

Tabela 8 Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte e dimensões

Itens	Afirmações	Aceitação Neutral	Aceitação como aproximação	Aceitação como escape	Medo da Morte	Evitamento
1	A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.				X	
2	Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade.				X	
3	Evito pensamentos acerca da morte a todo o custo.					X
4	Acredito que irei para o Céu depois de morrer.		X			
5	A morte porá fim a todos os meus problemas.			X		
6	A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.	X				
7	Perturba-me o facto da morte ser irreversível.				X	
8	A morte é uma passagem para um local de satisfação plena.		X			
9	A morte permite escapar deste mundo terrível.			X		
10	Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los.					X
11	A morte é a libertação da dor e do sofrimento.			X		
12	Tento sempre não pensar na morte.					X
13	Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo.		X			
14	A morte é um aspecto natural da vida.	X				
15	A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna.		X			
16	A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa.		X			
17	Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos.	X				
18	Tenho um intenso medo da morte.				X	
19	Evito por completo pensar na morte.					X
20	O tema da vida depois da morte perturba-me bastante.				X	

Luto nos Médicos

21	O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me.			X
22	Aguardo com expectativa a reunião com os que amei, depois da morte.		X	
23	Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno.			X
24	A morte é simplesmente uma parte do processo da vida.	X		
25	Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.		X	
26	Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte.			X
27	A morte oferece a maravilhosa libertação da alma.		X	
28	Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte.		X	
29	Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida.			X
30	A morte não é boa nem má.		X	
31	Aguardo com expectativa a vida depois da morte.		X	
32	A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me.			X

Na quinta secção foi aplicada a escala de Qualidade de vida profissional (PROQOL5), Satisfação e Fadiga de Compaixão. (Carvalho, 2011)

Esta escala foi adaptada para português a partir da escala "*Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5*". (Stamm, 2010) Esta escala é a versão mais atual que foi melhorada e aperfeiçoada ao longo do tempo. A escala inicial de Charles Figley *Compassion Fatigue Self Test* avaliava em 40 itens os dois aspetos negativos da exposição a trabalho com pessoas com eventos stressantes de vida: o *burnout* e o stress pós-traumático. A partir desta desenvolveu-se a escala *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* que já incluía a categoria positiva da satisfação por compaixão, mas utilizava 66 itens. A atual versão é uma simplificação para 30 itens, na tentativa de melhorar as características psicométricas da escala.

Consiste em 30 itens, cada um avaliado por uma escala de Likert ordinal em cinco categorias: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Por vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Muito frequentemente.

Desta escala emergem três dimensões: "Satisfação por compaixão", "*Burnout*" e "Stress Traumático Secundário".

A qualidade de vida profissional é aquela que um indivíduo sente e que deriva do seu trabalho como cuidador. Esta qualidade incorpora aspetos positivos – satisfação por compaixão – e aspetos negativos – fadiga de compaixão.

A *satisfação por compaixão* refere-se ao prazer que o indivíduo retira de fazer bem o seu trabalho ajudando os outros. O profissional pode experimentar sentimentos positivos que advêm por se fazer parte de algo construtivo no local de trabalho ou de um bem maior ao nível da sociedade. Esta dimensão atua como um fator protetor dos eventos stressantes no trabalho.

Os aspetos negativos são explicados através do conceito de *fadiga por compaixão* que inclui duas dimensões: o *Stress Traumático Secundário* e o *Burnout*. O *Stress Traumático Secundário* diz respeito ao sentimento negativo resultante do medo ou do trauma relacionado com o trabalho, resultantes da exposição secundária a pessoas que experienciaram eventos traumáticos ou extremamente stressantes, manifestando-se por sentimentos de medo, dificuldades no sono, intrusão de imagens relativas às experiências traumáticas dos doentes ou pelo evitamento de tudo aquilo que faz lembrar tais experiências. O *Burnout*, manifestado por sentimentos de ira, frustração, tristeza, descontentamento, exaustão e depressão, relacionados com o sentimento de desesperança ou dificuldades em desempenhar as suas funções ou o seu trabalho eficientemente. Estes efeitos negativos têm habitualmente um início gradual. Podem refletir o sentimento de que os esforços do próprio não têm qualquer efeito / são inúteis, ou podem associar-se a excesso de trabalho ou a um ambiente laboral com pouco suporte. Estes dados sugerem que a *fadiga por compaixão* é o resultado da exposição prolongada ao *Stress Traumático Secundário*, derivado do contacto com os doentes, mas também será facilitada pelas questões não relacionais, derivadas do ambiente de trabalho.

Assim emergem duas propriedades das dimensões *burnout* e *stress traumático secundário*: a primeira é que estes dois fenómenos são distintos apesar de terem uma orientação comum e de partilharem alguns aspetos de stress; e a segunda é que ambos são opostos ao fenómeno de satisfação por compaixão.

Cada dimensão é avaliada por 10 itens. O somatório para cada subescala realiza-se através da soma da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes. Para realizar o somatório da subescala do *Burnout*, deve-se reverter a pontuação dos itens 1,4,15,17 e 29.

Tabela 9 Escala de Qualidade de Vida Profissional e dimensões

Itens	Afirmações	Satisfação por Compaixão	<i>Burnout</i>	Stress Traumático Secundário
1	Eu sou feliz		X	
2	Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.			X
3	Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros	X		
4	Eu sinto-me ligado(a) aos outros.		X	
5	Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.			X
6	Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.	X		
7	Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.			X
8	Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo.		X	

Luto nos Médicos

9	Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.			X
10	Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).		X	
11	Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido “nervoso(a)” por variadas coisas.			X
12	Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).	X		
13	Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio.			X
14	Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.			X
15	Eu tenho crenças que me sustentam.		X	
16	Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.	X		
17	Eu sou a pessoa que sempre quis ser.		X	
18	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).	X		
19	Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).		X	
20	Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.	X		
21	Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador.		X	
22	Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.	X		
23	Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei.			X
24	Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.	X		
25	Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.			X
26	Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.		X	
27	Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador.	X		
28	Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.			X
29	Eu sou uma pessoa muito carinhosa		X	
30	Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.	X		

Na sexta secção foi feito o agradecimento pela participação e garantia de divulgação dos resultados ao Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE e aso ACeS Gaia e Espinho/Gaia.

3. Autorizações

Para a utilização das escalas, foram contactados por e-mail os autores das versões portuguesas com informação sobre o trabalho em desenvolvimento e os seus objetivos. Todos os autores consentiram na utilização das escalas. (Anexos 2, 3 e 4)

O projeto foi avaliado e autorizado em Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa de 22 de março de 2016. (Anexo 5)

O trabalho recebeu apreciação positiva pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade de Lisboa em 6 de Fevereiro de 2018. (Anexo 6)

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE em 29 de junho de 2017. (Anexo 7)

A Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte deu o seu parecer favorável em 6 de fevereiro de 2018, após os pareceres positivos dos Conselhos Clínicos dos ACeS Gaia e Espinho/Gaia. (Anexos 8, 9 e 10)

4. Divulgação

A divulgação do *link* para preenchimento do questionário foi realizada através do Gabinete de Comunicação do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE e dos serviços administrativos do ACeS Gaia e Espinho/Gaia. Recorreu-se ao envio de e-mails com texto explicativo do trabalho e seus objetivos, solicitando a participação voluntária e anónima dos profissionais médicos, através de acesso a um *link* disponibilizado no e-mail. Foi também criado um *link* para preenchimento e acesso direto ao questionário no Portal Interno do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE. A autora principal recorreu também a contactos pessoais presenciais e por e-mail para incentivo da participação no preenchimento do inquérito e sua divulgação. Semanalmente foram enviados e-mails a relembrar o trabalho e a solicitar participação. O preenchimento do questionário esteve disponível entre 21 de maio e 2 de julho de 2018.

5. Análise dos Dados

O tratamento estatístico dos dados foi feito através do programa SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 24.

Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação) bem como técnicas inferenciais, análise bivariada, com teste de t de *student* para amostras independentes e teste de qui quadrado na comparação de frequência entre variáveis nominais.

A secção de análises preliminares testou os pressupostos de normalidade e averiguou se a amostra segue uma distribuição normal. De acordo com Kline (2010), considera-se que uma determinada variável não possui desvios severos à normalidade se os seus valores de assimetria forem inferiores a |3| e os de curtose a |10|. Para além da assimetria e curtose foi também calculado para cada variável o seu Alfa de Cronbach. Este parâmetro descreve a consistência interna de uma determinada dimensão, que varia entre 0 e 1 e se interpreta da seguinte forma:

Luto nos Médicos

Valor do Alfa	Consistência interna
> .9	Muito boa
0.8 – 0.9	Boa
0.7 – 0.8	Razoável
0.6 – 0.7	Fraca
< .6	Muito fraca

Os testes de chi-quadrado permitem averiguar a existência de diferenças na proporção do número de participantes que se encontra em cada categoria (por exemplo, a proporção de homens e de mulheres em cada especialidade médica).

Os testes *t* de *student* para amostras independentes (isto é, cada participante apenas pode pertencer a um dos grupos: exemplo, ou é homem ou mulher) foram utilizados para testar a existência de diferenças significativas relativamente a uma determinada dimensão (por exemplo, comparar os níveis de *burnout* entre os médicos especialistas e internos).

Os modelos de regressão hierárquica foram utilizados para testar a capacidade preditiva das dimensões da Escala de Sobrecarga de Luto face às dimensões da Escala de Perfil de Atitudes acerca da morte e da Escala de Qualidade de Vida Profissional.

Diz-se que um resultado é significativo sempre que o seu *p* for igual ou inferior a .050 (e marginalmente significativo sempre que o seu *p* for superior a 0.050 mas inferior a .100). *p* indica a probabilidade de um determinado resultado se dever ao acaso (por exemplo: quando se diz que existe uma diferença significativa do sexo na idade é de .002, isto significa que existe apenas 2% de probabilidade de o facto das mulheres serem mais velhas que os homens se dever ao acaso).

IV. Resultados

1. Dados sociodemográficos da amostra

O *link* para o questionário foi enviado para cerca de 1260 médicos, obtendo-se 99 respostas válidas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 7.85%.

Tratou-se de uma amostra representada maioritariamente por mulheres (n=66) e com uma mediana de idades de 43 anos ($DP = 12$; min. = 25, max. = 67).

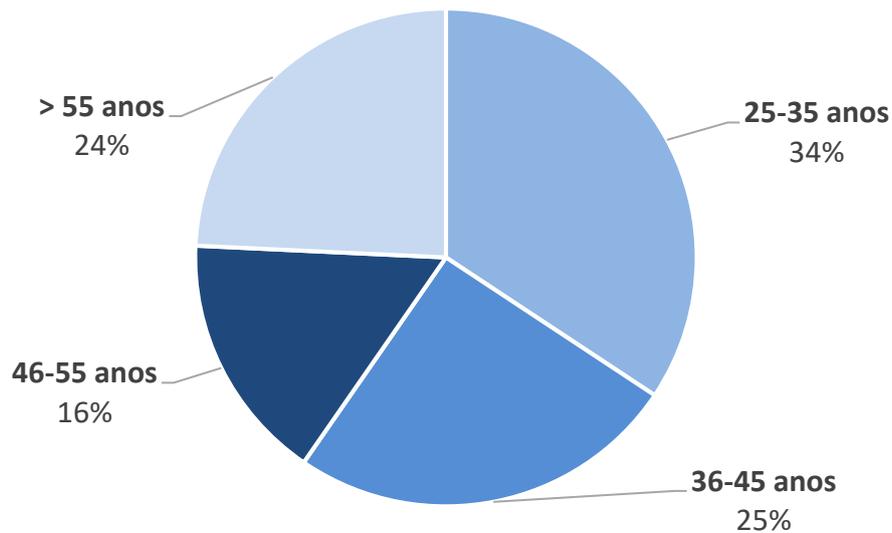


Figura 1 Distribuição etária da amostra, n=99

A participação das especialidades não hospitalares representou 29 % (n=29) da amostra, sendo que um quarto da amostra é constituído por médicos de Medicina Geral e Familiar (n=26). As especialidades hospitalares representaram 68% da amostra (n=67).

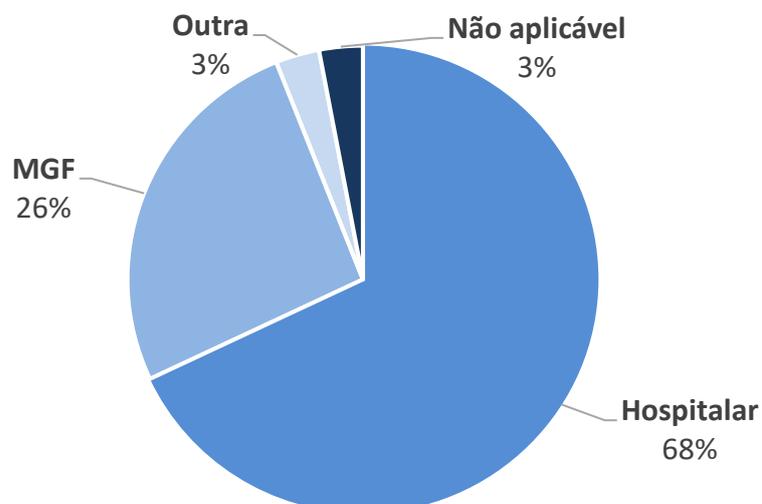


Figura 2 Representatividade das especialidades hospitalares e não hospitalares, n=99

Mais de 80% dos médicos participantes eram especialistas (n=80), e a maioria a exercer especialidades médicas (n=71).

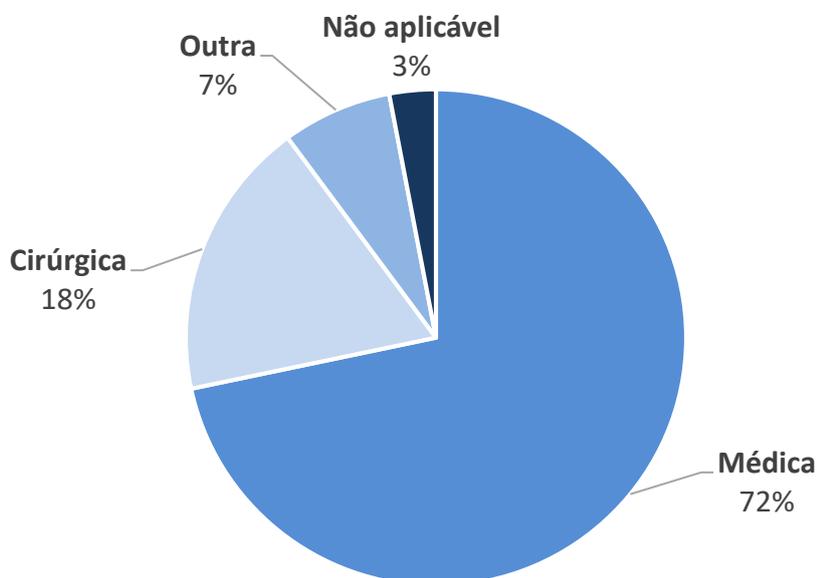


Figura 3 Representatividade das especialidades médicas e cirúrgicas

Mais de 70% dos participantes exerce a profissão há mais de 10 anos (n=72). Cerca de metade (n=53) trabalha em urgência/emergência e apenas uma minoria (n=3) trabalha em cuidados intensivos.

A tabela 10 apresenta a caracterização da amostra em termos sociodemográficos.

A perda de familiar ou pessoa muito significativa já foi sofrida por 88 dos participantes, sendo que em 73 dos participantes esse acontecimento ocorreu há mais de um ano e apenas 8 o sofreram há menos de 6 meses.

Luto nos Médicos

Tabela 10 Caracterização da amostra (n=99)

Variável	N	%
Género		
Feminino	66	67%
Masculino	33	33%
Idade Mediana (min-max)	43 (25-67)	
Estado perante a especialidade		
Especialista	80	80%
Interno		
Formação Específica	16	16%
Ano comum	2	2%
Não especificado	1	1%
Especialidade		
Médica	71	72%
Anestesia	2	2%
Dermato-Venerologia	1	1%
Doenças Infecciosas	1	1%
Endocrinologia e Nutrição	1	1%
Gastrenterologia	1	1%
Hematologia Clínica	1	1%
Imunoalergologia	3	3%
Medicina Física e de Reabilitação	1	1%
Medicina Geral e Familiar	26	26%
Medicina Intensiva	1	1%
Medicina Interna	11	11%
Nefrologia	2	2%
Oncologia Médica	4	4%
Pediatria	4	4%
Pneumologia	5	5%
Psiquiatria	6	6%
Reumatologia	1	1%
Cirúrgica	18	18%
Cirurgia Geral	11	11%
Ginecologia/obstetrícia	3	3%
Neurocirurgia	2	2%
Otorrinolaringologia	1	1%
Urologia	1	1%
Outras		
Anatomia Patológica	1	1%
Saúde Pública	3	3%
Neurorradiologia	2	2%
Radiologia	1	1%
Não especificado	3	3%
Tempo de atividade mediano, anos (min-máx)	18 (1-45)	
Trabalhar em urgência / emergência	53	53%
Trabalhar em Cuidados intensivos	3	3%
Sofreu a perda de um familiar ou pessoa muito significativa	88	89%

2. Cuidados em Fim de Vida

Mais de três quartos da amostra presta cuidados a doentes em fim de vida (n=76, 77%). Contudo, 42% da amostra afirma não se sentir competente para cuidar doentes em fim de vida, acompanhar a sua morte e comunicar com os familiares. Vinte e sete médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida (35%) referem não se sentir competentes para cuidar doentes em fim de vida, acompanhar a sua morte e comunicar com os familiares. Apenas 19 dos participantes que prestam cuidados a doentes em fim de vida (25%) recebeu formação em Cuidados Paliativos. Os contextos em que os cuidados em fim de vida são prestados encontram-se listados na tabela seguinte.

Tabela 11 Caracterização do contexto em que são prestados cuidados em fim de vida (n=76)

Contexto (n=75)	N	%
Internamento	36	36
Domicílio	22	22
Urgência/Emergência	14	14
Consulta	11	11
Externa/Hospital de dia		
Outros (terapêuticas endoscópicas, Juntas Médicas)	2	2
Não especificado	1	1

Metade dos participantes que contacta com doentes em fim de vida fá-lo com uma regularidade que varia entre uma a cinco vezes por semana. O gráfico seguinte mostra que mais de metade dos participantes que contactam com doentes em final de vida o faz com elevada frequência (diariamente, semanalmente ou mensalmente).

Luto nos Médicos

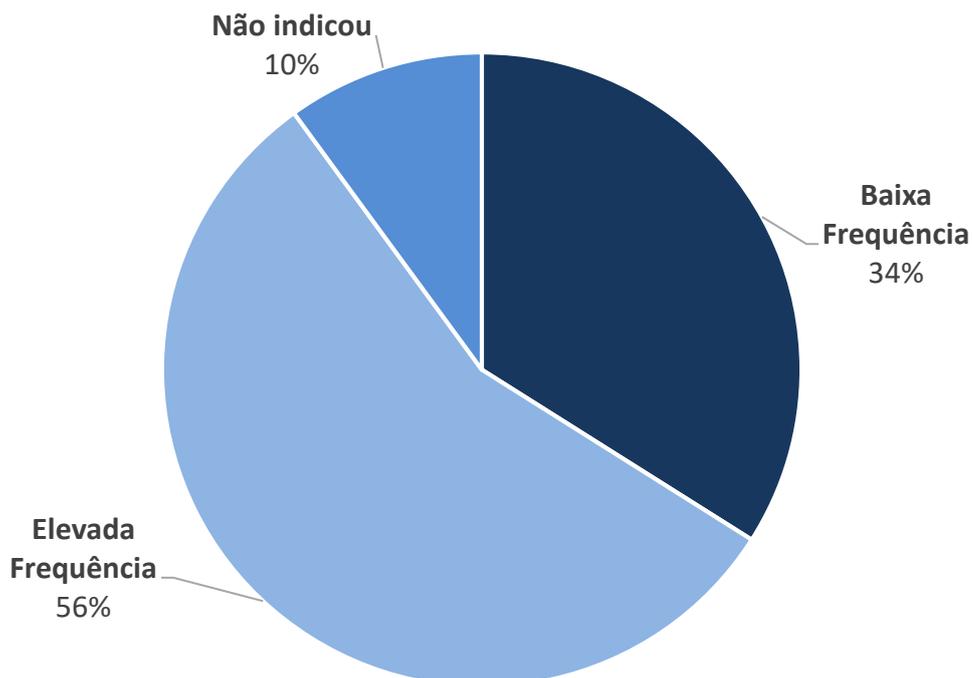


Figura 4 Frequência de contacto com doentes em fim de vida, n=76

Apenas 6 (6%) inquiridos trabalham em equipas de cuidados paliativos (4 em equipas de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos, um em consulta externa / hospital de dia e um em domicílio e consulta externa).

Apenas 21% ($n = 21$) dos médicos inquiridos referiu ter recebido formação específica em Cuidados Paliativos. Destes, 81% ($n = 17$) recebeu esta formação num momento Pós-Graduado e 19% ($n = 4$) Pré-Graduado.

O tipo de formação específica em Cuidados Paliativos, encontra-se listada na tabela seguinte.

Tabela 12 Caracterização do tipo de formação em cuidados paliativos ($n=21$)

Tipo de Formação	N = 21	%
Curso Básico de Cuidados Paliativos	11	11
Formação integrada no programa da especialidade em serviço específico de cuidados paliativos	10	10
Pós-Graduação	5	5
Disciplina específica na faculdade	2	2

Apenas 8% ($n = 8$) dos médicos inquiridos recebeu Formação Específica em Luto. Destes, 4 participantes indicaram ter sido formação Pós-Graduada, e 1 indicou Pré-Graduada. Os restantes 3 participantes não indicaram o momento da formação específica em luto.

A existência de reuniões para a discussão de casos de doentes em fim de vida ou de doentes falecidos foi identificada por 23% dos médicos inquiridos ($n = 22$) (vs. 77% que referiu a não existência destas reuniões). Desses só em 69% dos casos essa discussão ocorre de forma calendarizada (semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente), sendo que nos restantes 31% esse tipo de reunião só acontece ocasionalmente ou por solicitação.

Noventa e quatro participantes (95%) considerariam pedir apoio especializado de cuidados paliativos perante um doente em fim de vida. Apenas três participantes indicou o motivo para não solicitar esse apoio: sem resposta em tempo útil; não vê vantagem/não acrescenta nada ao que faz habitualmente; Sem recursos no local onde trabalha.

Relativamente ao apoio especializado em luto, 79% ($n = 78$) dos participantes referiu que, perante um doente em situação de final de vida considerariam solicitar este apoio (vs. 21% que não consideraria pedir este apoio). A tabela que se segue mostra os motivos indicados pelos participantes para não considerarem pedir apoio especializado de luto (2 participantes não indicaram o motivo pelo qual não considerariam pedir apoio).

Tabela 13 Caracterização dos motivos para não solicitar apoio em luto ($n=21$)

Motivos	N	%
Sem recursos no local onde trabalha	10	10
Desconhecimento	4	4
Após a morte do doente a responsabilidade pelos familiares enlutados compete a outros profissionais	2	2
Sem resposta em tempo útil	1	1
Não vê vantagem/não acrescenta nada ao que faz habitualmente	1	1
Considera que expor a família a mais consultas após a morte do doente é gerador de mais angústia e sofrimento	1	1
Faz parte da intervenção de paliativos	1	1

3. Análises dos instrumentos

A tabela que se segue indica, para cada uma das dimensões, o número de itens, média, desvio padrão, curtose, assimetria e Alfa de Cronbach (α).

Tabela 14 Testes de normalidade da amostra

Escalas	Itens	M	DP	Curtose	Assimetria	α
Sobrecarga de Luto Profissional						
Confinamento Atormentado	7	17.43	3.32	.852	.374	.493*
Esforço Emocional no Cuidar	3	8.94	2.71	-.280	-.437	.734
Partilha Incompreendida	3	6.33	2.40	1.35	.752	.801
Perda Nostálgica	2	5.10	1.66	.415	.413	.601*
Perfil de Atitudes Acerca da Morte						
Medo da morte	7	3.10	0.93	-.118	.140	.818
Evitamento da morte	5	3.15	1.26	-.609	.294	.897
Aceitação Neutral	5	5.02	0.94	.009	-.448	.736
Aceitação por Aproximação	10	3.06	1.39	-1.25	-.075	.956
Aceitação por Escape	5	2.90	1.31	-.194	.511	.832
Qualidade de Vida Profissional, Satisfação e Fadiga de Compaixão						
Satisfação por Compaixão	10	36.34	5.01	.389	-.116	.821
<i>Burnout</i> Stress Traumático Secundário	10	23.78	6.09	.558	.507	.804
	10	24.41	5.40	-.040	.228	.786

* A dimensão Confinamento Atormentado e Perda Nostálgica apresentam valor de alfa de Cronbach fracos. No entanto, uma vez que são Escalas validadas para a população portuguesa, procedeu-se com a análise com os itens originais.

3.1. Comparações por géneros

Quando comparados para as diferentes características socio-demográficas e profissionais, proporcionalmente, o grupo “especialização médica” inclui mais Mulheres do que Homens (Mulheres = 73%, Homens = 27%), e o grupo “especialização cirúrgica” inclui mais Homens do que Mulheres (Mulheres = 39%, Homens = 61%). Proporcionalmente, há mais Mulheres com formação específica em Cuidados Paliativos em comparação com os Homens (Mulheres = 28%, Homens = 6%).

Luto nos Médicos

Tabela 15 Comparação entre homens e mulheres para cada uma das variáveis

Variável Sexo	χ^2	df	p
Idade	4.97	4	.174
Tempo de Atividade (≤ 10 anos vs > 10 anos)	2.06	1	.151
Estado perante a Especialidade (interno vs especialista)	3.14	2	.209
Especialidade (médica vs cirúrgica)	7.75	2	.021*
Prestar cuidados a doentes em fim de vida	.113	1	.736
Frequência de contato com doentes em fim de vida (Diariamente, semanalmente, mensalmente vs outros)	.252	1	.616
Sentir-se competente para cuidar um doente no fim de vida, acompanhar e comunicar	.186	1	.666
Ter formação em cuidados paliativos	6.80	1	.009*
Ter formação em luto	1.70	1	.192
Trabalhar em urgência/emergência	0.51	1	.476
Considerar solicitar a apoio de cuidados paliativos	0.11	1	.746
Considerar solicitar apoio especializado em luto"	2.45	1	.118
Existência de reunião para discussão de casos de doentes em fim de vida/falecidos	0.45	1	.501
Ter sofrido a perda de familiar ou pessoa muito significativa	2.51	1	.113

Quando comparados os géneros na escala de Sobrecarga de Luto Profissional não existem diferenças entre homens e mulheres para nenhum dos fatores.

Tabela 16 Comparação entre homens e mulheres na Escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Dimensões	t	df	p
Confinamento	-0.27	50.07	.788
Atormentado			
Esforço Emocional no Cuidar	0.39	97	.696
Partilha	0	97	1
Incompreendida			
Perda Nostálgica	0.04	97	.966

Já no que diz respeito à escala Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte, verifica-se um valor de *p* marginalmente significativo, no que diz respeito à dimensão Medo da Morte, com as mulheres tendencialmente a indicarem sentir mais medo da morte do que os homens (Homens: *M* = 2.84, *DP* = 1.01 ; Mulheres: *M* = 3.2, *DP* = 0.88).

Tabela 17 Comparação entre homens e mulheres na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

Dimensões	t	df	p
Medo da Morte	1.85	97	.068*
Evitamento da Morte	1.65	97	.102
Neutral	0.39	97	.697
Aproximação	1.36	54.4	.180
Escape	0.49	97	.628

Na Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL5), também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres para nenhuma das dimensões.

Tabela 18 Comparação entre homens e mulheres na escala de Qualidade de Vida Profissional

Dimensões	t	df	p
Satisfação	0.74	49.8	.461
Compaixão			
Burnout	-0.4	97	.694
Stress-Traumático	1.62	97	.108
Secundário			

3.2. Comparação por estado perante a especialidade

Os médicos especialistas apresentam valores significativamente mais elevados de perda nostálgica ($M = 5.26$, $DP = 1.73$) comparativamente com os médicos Internos ($M = 4.39$, $DP = 1.09$), $t(39.05) = 2.71$, $p = .010$.

Tabela 19 Comparação por estado perante a especialidade na escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Dimensões	t	df	p
Confinamento	0.12	96	.905
Atormentado			
Esforço	0.37	96	.711
Emocional no Cuidar			
Partilha	0.06	96	.956
Incompreendida			
Perda Nostálgica	2.71	39.05	.010*

Os médicos Internos apresentam valores mais elevados de medo da morte ($M = 3.38$, $DP = 0.68$) comparativamente com os médicos Especialistas ($M = 3.00$, $DP = 0.98$). Esta diferença é marginalmente significativa, $t(35.07) = -1.92$, $p = .063$.

Tabela 20 Comparação para estado perante a especialidade na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

Dimensões	t	df	p
Medo da Morte	-1.92	35.07	.063*
Evitamento da Morte	-0.33	96	.746
Neutral	-0.66	96	.512
Aproximação	0.71	96	.475
Escape	0.98	96	.329

Os médicos especialistas apresentam valores mais elevados na dimensão Satisfação por Compaixão ($M = 36.64$, $DP = 4.84$) comparativamente com os médicos Internos ($M = 34.44$, $DP = 5$; Especialistas). Esta diferença é marginalmente significativa, $t(96) = 1.73$, $p = .087$.

Tabela 21 Comparação para estado perante a especialidade na escala de Qualidade de Vida Profissional

Dimensões	t	df	p
Satisfação Compaixão	1.73	96	.087*
Burnout	0.46	96	.650
Stress- Traumático Secundário	-0.11	96	.911

3.3. Comparação por tipo de especialidade (“Cirúrgica” vs “Médica”)

Os médicos em Especialidade Cirúrgica apresentam maior esforço emocional no cuidar, ($M = 10.11$, $DP = 1.61$), em comparação com os médicos em Especialidade Médica ($M = 8.56$, $DP = 2.95$), $p=0.004$.

Os médicos em Especialidade Cirúrgica apresentam sentimentos mais elevados de partilha incompreendida ($M = 7.72$, $DP = 2.45$), em comparação com os médicos em Especialidade Médica ($M = 5.99$, $DP = 2.32$), $p=0.006$.

Os médicos em Especialidade Cirúrgica apresentam sentimentos mais elevados de perda nostálgica ($M = 6.00$, $DP = 2.00$), comparativamente com os médicos em Especialidade médica ($M = 4.99$, $DP = 1.55$), $p=0.022$.

Todas estas diferenças sendo estatisticamente significativas.

Tabela 22 Comparação por tipo de especialidade na escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Dimensões	t	df	p
Confinamento	-1.55	87	.124
Atormentado			
Esforço	-3	49.65	.004*
Emocional no Cuidar			
Partilha	-2.81	87	.006*
Incompreendida			
Perda Nostálgica	-2.33	87	.022*

Para as dimensões da escala Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte e para a Escala de Qualidade de vida profissional (PROQOL5) não existem diferenças significativas para nenhuma das dimensões entre especialidades cirúrgicas e especialidades médicas.

Tabela 23 Comparação por tipo de especialidade na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

Dimensões	t	df	p
Medo da Morte	0.44	87	.661
Evitamento da Morte	-0.35	87	.729
Neutral	0.723	21.62	.477
Aproximação	-0.35	87	.727
Escape	-0.89	87	.376

Tabela 24 Comparação por tipo de especialidade na escala de Qualidade de Vida Profissional

Dimensões	t	df	p
Satisfação	-0.55	87	.583
Compaixão			
Burnout	-0.93	87	.355
Stress-Traumático Secundário	-0.83	87	.410

3.4. Comparação entre Medicina Geral e Familiar e Especialidades Hospitalares

Quando comparados para as diferentes características socio-demográficas e profissionais, proporcionalmente, existem mais médicos em especialidades hospitalares a sentirem-se competentes para cuidar de um doente em fim de vida, em comparação com os médicos da MGF (Hospitalar = 67%, MGF = 46%). Valor de p marginalmente significativo ($p=0.062$).

As Especialidades Hospitalares incluem mais médicos a trabalhar em Urgência/Emergência comparativamente com a MGF (Hospitalar = 70%, MGF = 12%), $p<0.001$.

Proporcionalmente, nas Especialidades Hospitalares há mais médicos a referir a existência de reuniões frequentes para discussão de doentes e fim de vida, em comparação com a Medicina Geral Familiar (Hospitalar = 33%, MGF = 4%), $p=0.004$.

Tabela 25 Comparação entre especialidades hospitalares e MGF para cada uma das variáveis

Variável Especialidade Hospitalar vs. MGF	χ^2	df	p
Idade	1.90	3	.594
Tempo de Atividade (≤ 10 anos vs >10 anos)	0.01	1	.935
Estado perante a Especialidade (interno vs especialista)	1.53	1	.216
Prestar cuidados a doentes em fim de vida	1.07	1	.301
Frequência de contato com doentes em fim de vida (Diariamente, semanalmente, mensalmente vs outros)	2.37	1	.124
Sentir-se competente para cuidar um doente no fim de vida, acompanhar e comunicar	3.49	1	.062*
Ter formação em cuidados paliativos	1.38	1	.239
Ter formação em luto	0	1	.970
Trabalhar em urgência/emergência	25.86	1	< .001*
Considerar solicitar a apoio de cuidados paliativos	1.62	1	.203
Considerar solicitar apoio especializado em luto"	0.03	1	.858
Existência de reunião para discussão de casos de doentes em fim de vida/faledidos	8.46	1	.004*
Ter sofrido a perda de familiar ou pessoa muito significativa	0.14	1	.705

Relativamente à escala de Sobrecarga de Luto profissional não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre médicos de MGF e as especialidades hospitalares.

Luto nos Médicos

Tabela 26 Comparação para especialidades hospitalares e MGF na escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Dimensões	t	df	p
Confinamento	0.04	91	.966
Atormentado			
Esforço	0.9	91	.373
Emocional no			
Cuidar			
Partilha	0.81	91	.421
Incompreendida			
Perda Nostálgica	0.13	91	.901

No que se refere à escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte, os médicos na Especialidade Medicina Geral Familiar apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão Aceitação por Aproximação ($M = 3.58$, $DP = 1.22$), em comparação com os médicos em Especialidade Hospitalar ($M = 2.92$, $DP = 1.43$), $p = 0.030$.

Os médicos na Especialidade Medicina Geral Familiar apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão Aceitação como Aproximação e Aceitação como Escape ($M = 3.35$, $DP = 1.14$), em comparação com os médicos em Especialidade Hospitalar ($M = 2.75$, $DP = 1.36$), $p = 0.030$ e $p = 0.049$.

Tabela 27 Comparação para especialidades hospitalares e MGF na escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

Dimensões	t	df	p
Medo da Morte	0.1	91	.924
Evitamento da	0.47	91	.638
Morte			
Neutral	-0.5	91	.632
Aproximação	-2.23	53.1	.030*
Escape	-2	91	.049*

Na Escala de Qualidade de Vida Profissional (PROQOL5), os médicos na Especialidade Hospitalar apresentam valores mais elevados na dimensão Satisfação por Compaixão ($M = 37$, $DP = 4.65$), em comparação com os médicos na Especialidade de Medicina Geral Familiar ($M = 35.04$, $DP = 4.94$). Valor de p marginalmente significativo, $p = 0.076$.

Tabela 28 Comparação para especialidades hospitalares e MGF na escala de Qualidade de Vida Profissional

Dimensões	t	df	p
Satisfação por	1.8	91	.076*
Compaixão			
Burnout	-0.8	91	.430
Stress-	-0.5	91	.646
Traumático			
Secundário			

3.5. Comparação da prestação de cuidados a doentes em fim de vida

Médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão Confinamento Atormentado ($M = 17.91$, $DP = 3.14$), em comparação com os médicos que não prestam cuidados desse tipo de cuidados ($M = 15.87$, $DP = 3.5$), $p=0.009$.

Médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentam valores mais elevados na dimensão Partilha Incompreendida ($M = 6.59$, $DP = 2.48$), em comparação com os médicos que não prestam esses cuidados ($M = 5.48$, $DP = 1.88$). Valor de p marginalmente significativo, 0.050.

Médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentam valores mais elevados na dimensão Perda Nostálgica ($M = 5.26$, $DP = 1.69$), em comparação com os médicos que não prestam esse tipo de cuidados ($M = 4.57$, $DP = 1.44$). Valor de p marginalmente significativo, 0.077.

Tabela 29 Comparação para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida para a escala de Sobrecarga de Luto Profissional

Dimensões	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Confinamento Atormentado	-2.66	97	.009*
Esforço Emocional no Cuidar	0.03	97	.973
Partilha Incompreendida	-1.98	97	.050*
Perda Nostálgica	-1.8	97	.077*

Médicos que não prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentam valores mais elevados na dimensão Medo da Morte ($M = 3.37$, $DP = 0.77$), em comparação com os médicos que prestam esses cuidados ($M = 2.99$, $DP = 0.97$). Valor de p marginalmente significativo.

Médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentam valores mais elevados na dimensão Aproximação como Escape ($M = 3.02$, $DP = 1.34$), em comparação com os médicos que não prestam esse tipo de cuidados ($M = 2.48$, $DP = 1.14$). Valor de p marginalmente significativo, 0.080.

Tabela 30 Comparação para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida para a escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

Dimensões	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Medo da Morte	1.71	97	.091*
Evitamento da Morte	0.87	97	.387
Neutral	-1.05	97	.295
Aproximação	-1.27	97	.206
Escape	-1.77	97	.080*

Na escala de Qualidade de Vida Profissional não se observaram diferenças entre médicos que prestam e médicos que não prestam cuidados a doentes em fim de vida.

Tabela 31 Comparação para a prestação de cuidados a doentes em fim de vida para a escala de Qualidade de Vida Profissional

Dimensões	t	df	p
Satisfação	-1.28	97	.203
Compaixão			
Burnout	-1.4	97	.162
Stress-Traumático	-1.08	97	.282
Secundário			

4. Correlações entre as dimensões das escalas

Como é possível verificar na tabela seguinte, quando correlacionadas as diferentes dimensões das várias escalas, encontram-se várias correlações com significado estatístico.

4.1. Correlações positivas:

Quanto maiores os níveis de uma dimensão, maiores os níveis da outra dimensão em correlação e vice-versa.

Correlações positivas das dimensões da escala de Sobrecarga de Luto Profissional com as dimensões da escala de Perfil de Atitudes acerca da Morte:

- Confinamento atormentado e medo da morte
- Confinamento atormentado e evitamento da morte
- Confinamento atormentado e aceitação como escape

- Esforço emocional no cuidar e medo da morte
- Esforço emocional no cuidar e evitamento da morte
- Esforço emocional no cuidar e aceitação por aproximação
- Esforço emocional no cuidar e aceitação como escape

- Partilha incompreendida e evitamento da morte
- Partilha incompreendida e aceitação como escape

- Perda nostálgica e aceitação como escape

Correlações positivas das dimensões da escala de Sobrecarga de Luto Profissional com as dimensões da escala de Qualidade de Vida Profissional:

- Confinamento atormentado e *burnout*

- Confinamento atormentado e stress traumático secundário
- Esforço emocional no cuidar e stress traumático secundário
- Partilha incompreendida e *burnout*
- Partilha incompreendida e stress traumático secundário
- Perda nostálgica e *burnout*
- Perda nostálgica e stress traumático secundário

4.2. Correlações negativas:

Quanto maiores os níveis de uma dimensão, menores os níveis da outra dimensão em correlação, e vice-versa.

Correlações negativas das dimensões da escala de Sobrecarga de Luto Profissional com as dimensões da escala de Perfil de Atitudes acerca da Morte:

- Esforço emocional no cuidar e aceitação neutral

Correlações negativas das dimensões da escala de Sobrecarga de Luto Profissional com as dimensões da escala de Qualidade de Vida Profissional:

- Confinamento atormentado e satisfação por compaixão

Luto nos Médicos

Tabela 32 Matriz de correlações das dimensões das escalas

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Confinamento Atormentado												
2. Esforço Emocional no Cuidar	$r = .528$ $p < .001$											
3. Partilha Incompreendida	$r = .64$ $p < .001$	$r = .495$ $p < .001$										
4. Perda Nostálgica	$r = .463$ $p < .001$	$r = .433$ $p < .001$	$r = .552$ $p < .001$									
5. Medo da Morte	$r = .264$ $p = .008$	$r = .387$ $p < .001$	$r = .175$ $p = .083$	$r = .074$ $p = .467$								
6. Evitamento da Morte	$r = .288$ $p = .004$	$r = .470$ $p < .001$	$r = .262$ $p = .009$	$r = .111$ $p = .274$	$r = .78$ $p < .001$							
7. Neutral	$r = -.161$ $p = .111$	$r = -.347$ $p < .000$	$r = -.093$ $p = .361$	$r = -.047$ $p = .646$	$r = -.412$ $p < .001$	$r = -.423$ $p < .001$						
8. Aproximação	$r = .181$ $p = .073$	$r = .231$ $p = .022$	$r = .180$ $p = .075$	$r = .015$ $p = .884$	$r = .324$ $p = .001$	$r = .303$ $p = .002$	$r = -.025$ $p = .809$					
9. Escape	$r = .365$ $p < .001$	$r = .212$ $p = .036$	$r = .324$ $p = .001$	$r = .256$ $p = .011$	$r = .297$ $p = .003$	$r = .266$ $p = .008$	$r = .132$ $p = .193$	$r = .509$ $p < .001$				
10. Satisfação Compaixão	$r = -.235$ $p = .019$	$r = -.074$ $p = .469$	$r = -.078$ $p = .445$	$r = .033$ $p = .748$	$r = -.199$ $p = .048$	$r = -.113$ $p = .265$	$r = -.002$ $p = .981$	$r = -.077$ $p = .450$	$r = -.321$ $p = .001$			
11. Burnout	$r = .586$ $p < .001$	$r = .188$ $p = .062$	$r = .324$ $p = .001$	$r = .212$ $p = .035$	$r = .222$ $p = .027$	$r = .163$ $p = .107$	$r = -.088$ $p = .389$	$r = .026$ $p = .795$	$r = .284$ $p = .004$	$r = -.534$ $p < .001$		
12. Stress-Traumático Secundário	$r = .605$ $p < .001$	$r = .358$ $p < .001$	$r = .520$ $p < .001$	$r = .433$ $p < .001$	$r = .311$ $p = .002$	$r = .337$ $p = .001$	$r = -.224$ $p = .026$	$r = .300$ $p = .003$	$r = .375$ $p < .001$	$r = -.108$ $p = .287$	$r = .564$ $p < .001$	

5. Predição do Perfil de Atitudes acerca da Morte e da Qualidade de Vida Profissional pela Sobrecarga de Luto Profissional

Foi utilizada uma Regressão Hierárquica para testar se as dimensões da Escala de Sobrecarga de Luto são preditoras das dimensões do Perfil de Atitudes acerca da Morte e Qualidade de Vida Profissional.

No Bloco 1, como variáveis preditoras foram incluídas aquelas onde se verificam diferenças significativas para a variável dependente do respetivo modelo (testes *t* apresentadas anteriormente). Ou seja:

1. **Sexo** - Medo da morte.
2. **Especialista vs. Interno** - Medo da morte e Satisfação Compaixão.
3. **Prestar cuidados a doentes em fim de vida vs. Não prestar** - Medo da morte e Aceitação como Escape.
4. **Ter formação em cuidados paliativos vs. Não ter**- Evitamento da morte, Aceitação Neutral e Aceitação como Escape.
5. **Sentir-se competente para cuidar de doentes em fim de vida vs. Não se sentir competente** – Aceitação Neutral, Satisfação por Compaixão e Burnout.
6. **Especialidade Hospitalar vs. Medicina Geral Familiar** – Aceitação como Aproximação, Aceitação como Escape e Satisfação por Compaixão.

O modelo da variável dependente Stress-Traumático Secundário não inclui nenhuma destas variáveis, uma vez que não existem diferenças significativas.

As quatro dimensões da Escala de Sobrecarga de Luto (Confinamento Atormentado, Esforço Emocional no cuidar, Partilha Incompreendida, e Perda Nostálgica) foram incluídas em blocos separados, atendendo ao seu grau de correlação com a variável dependente em causa (ordem decrescente), blocos 2, 3, 4 e 5, respetivamente.

As tabelas que se seguem dizem respeito a cada uma das variáveis dependentes. Foram incluídas as diferentes dimensões do Perfil de Atitudes Acerca da Morte e Qualidade de Vida Profissional.

5.1. Predição do Perfil de Atitudes Acerca da Morte

5.1.1. Predição da dimensão Medo da Morte pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 24% da variabilidade na dimensão Medo da Morte. A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão Medo da Morte, sendo o único preditor significativo a dimensão Esforço Emocional no Cuidar. Valores mais elevados na dimensão Esforço Emocional no Cuidar predizem valores mais elevados na dimensão Medo da Morte.

A variável “Prestar Cuidados a doentes em fim de vida vs. Não prestar” e “Sexo” predizem a dimensão Medo da Morte, o que está de acordo com os resultados do teste t de *student* de amostras independentes. Valores de p marginalmente significativos.

Luto nos Médicos

Tabela 33 Modelo de Predição da dimensão Medo da Morte pela Sobrecarga de Luto Profissional

Medo da Morte																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Esforço Emocional no Cuidar				Bloco 3 Confinamento Atormentado				Bloco 4 Partilha Incompreendida				Bloco 5 Perda Nostálgica			
	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p
Sexo	-.32	.20	-.16	.113	-.28	.18	-.14	.127	-.30	.18	-.15	.105	-.30	.18	-.15	.106	-.31	.19	-.16	.099
Especialista vs. Interno	.24	.25	.10	.326	.29	.23	.12	.209	.26	.23	.11	.250	.27	.23	.11	.245	.22	.24	.09	.349
Prestar Cuidados vs. Não prestar	-.33	.22	-.15	.146	-.32	.21	-.14	.125	-.41	.22	-.19	.058	-.40	.22	-.18	.066	-.39	.22	-.18	.074
Esforço Emocional no Cuidar					.13	.03	.39	<.001	.10	.04	.30	.008	.11	.04	.32	.007	.12	.04	.33	.005
Confinamento Atormentado									.05	.03	.16	.160	.06	.04	.20	.134	.06	.04	.21	.117
Partilha Incompreendida													-.03	.05	-.07	.572	-.01	.05	-.03	.811
Perda Nostálgica																	-.06	.07	-.10	.406
Modelo	F (3,94) = 2.39 p = .074, R² = .07				F (4,93) = 6.49 p < .001, R² = .22				F (5,92) = 5.65 p < .001, R² = .24				F (6,91) = 4.73 p < .001, R² = .24				F (7,90) = 4.14 p = .001, R² = .24			

5.1.2. Predição da dimensão Evitamento da morte pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 26% da variabilidade na dimensão Evitamento da Morte.

A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão Evitamento da Morte, sendo o único preditor significativo a dimensão Esforço Emocional no Cuidar. Valores mais elevados na dimensão Esforço Emocional no Cuidar predizem valores mais elevados na dimensão Evitamento da Morte.

A variável “Ter formação em cuidados paliativos” prediz a dimensão Evitamento da Morte, o que está de acordo com os resultados do teste *t* de *student* de amostras independentes.

Luto nos Médicos

Tabela 34 Modelo de Predição da dimensão Evitamento da morte pela Sobrecarga de Luto Profissional

Evitamento da Morte																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Esforço Emocional no Cuidar				Bloco 3 Partilha Incompreendida				Bloco 4 Confinamento Atormentado				Bloco 5 Perda Nostálgica			
	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p
Ter formação em cuidados paliativos	-0.67	.30	-.22	.030	-.33	.28	-.11	.254	-.39	.30	-.13	.195	-.39	.30	-.13	.193	-.44	.30	-.14	.141
Esforço Emocional no Cuidar					.21	.04	.44	<.001	.19	.05	.40	.001	.18	.05	.38	.001	.19	.05	.41	.001
Partilha Incompreendida									.04	.06	.08	.465	.03	.07	.05	.669	.07	.07	.13	.330
Confinamento Atormentado													.02	.05	.05	.677	.03	.05	.07	.548
Perda Nostálgica																	-.14	.08	-.18	.102
Modelo	F (1,97) = 4.87 p = .030, R² = .05				F (2,96) = 14.45 p < .001, R² = .23				F (3,95) = 9.77 p < .001, R² = .24				F (4,94) = 7.31 p < .001, R² = .24				F (5,93) = 6.50 p < .001, R² = .26			

5.1.3. Predição da dimensão Aceitação Neutral pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 16% da variabilidade na dimensão Aceitação Neutral.

A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão Aceitação Neutral, sendo o único preditor significativo a dimensão Esforço Emocional no Cuidar. Valores mais elevados na dimensão Esforço Emocional no Cuidar predizem valores mais baixos na dimensão Aceitação Neutral.

Luto nos Médicos

Tabela 35 Modelo de Predição da dimensão Aceitação Neutral pela Sobrecarga de Luto Profissional

Aceitação Neutral																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Esforço Emocional no Cuidar				Bloco 3 Confinamento Atormentado				Bloco 4 Partilha Incompreendida				Bloco 5 Perda Nostálgica			
	B	SE	β	p																
Ter formação em cuidados paliativos	.42	.23	.18	.076	.25	.23	.11	.268	.25	.23	.11	.295	.22	.24	.10	.367	.25	.24	.11	.315
Sentir-se competente para cuidar de um doente em fim de vida vs. Não sentir	.25	.19	.13	.194	.19	.19	.10	.315	.19	.19	.10	.311	.18	.19	.10	.346	.15	.19	.08	.450
Esforço Emocional no Cuidar					-.11	.03	-.30	.003	-.11	.04	-.32	.009	-.12	.04	-.34	.008	-.12	.04	-.35	.006
Confinamento Atormentado									.01	.03	.02	.861	-.01	.04	-.02	.895	-.01	.04	-.03	.801
Partilha Incompreendida													.03	.05	.08	.574	.01	.06	.04	.806
Perda Nostálgica																	.06	.07	.10	.396
Modelo	F (2,96) = 3.04 p = .052, R² = .06				F (3,95) = 5.36 p = .002, R² = .15				F (4,94) = 3.99 p = .005, R² = .15				F (5,93) = 3.23 p = .010, R² = .15				F (6,92) = 2.81 p = .015, R² = .16			

5.1.4. Predição da dimensão Aceitação como Aproximação pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 17% da variabilidade na dimensão Aproximação. A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão Aproximação, sendo preditores significativos as dimensões Perda Nostálgica e Esforço Emocional no Cuidar. Valores mais elevados na dimensão Perda Nostálgica predizem valores mais baixos na dimensão Aceitação como Aproximação. Valores mais elevados na dimensão Esforço Emocional no Cuidar predizem valores mais elevados na dimensão Aceitação como Aproximação.

A variável Especialidade Hospitalar vs. MGF é preditora da dimensão Aceitação como Aproximação, o que está de acordo com os resultados *t*-teste de amostras independentes.

Luto nos Médicos

Tabela 36 Modelo de Predição da dimensão Aceitação como Aproximação pela Sobrecarga de Luto Profissional

Aceitação como Aproximação																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Perda Nostálgica				Bloco 3 Esforço Emocional no Cuidar				Bloco 4 Confinamento Atormentado				Bloco 5 Partilha Incompreendida			
	B	SE	β	p																
Hospitalar vs. MGF	.66	.32	.21	.041	.66	.32	.21	.042	.75	.31	.24	.017	.74	.31	.24	.019	.78	.31	.25	.012
Perda Nostálgica					-.01	.09	-.01	.933	-.13	.09	-.16	.154	-.17	.10	-.20	.092	-.23	.10	-.27	.031
Esforço Emocional no Cuidar									-.17	.06	.33	.003	.14	.06	.28	.024	.13	.06	.25	.042
Confinamento Atormentado													.06	.05	.13	.277	.01	.06	.03	.804
Partilha Incompreendida																	.13	.08	.23	.104
Modelo	F (1,91) = 4.31 p = .041, R² = .05				F (2,90) = 2.14 p = .124, R² = .05				F (3,89) = 4.55 p = .005, R² = .13				F (4,88) = 3.72 p = .008, R² = .15				F (5,87) = 3.76 p = .005, R² = .17			

5.1.5. Predição da dimensão Aceitação como Escape pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 23% da variabilidade na dimensão Aceitação como Escape.

A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão Aceitação como Escape, sendo o único preditor significativo a dimensão Confinamento Atormentado. No entanto, esta dimensão deixa de ser significativa quando se incluem as restantes dimensões da escala. A variável Especialidade Hospitalar vs. MGF é preditora da dimensão Escape, que está de acordo com os resultados do teste *t* de *student* para amostras independentes.

Luto nos Médicos

Tabela 37 Modelo de Predição da dimensão Aceitação como Escape pela Sobrecarga de Luto Profissional

Aceitação como Escape																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Confinamento Atormentado				Bloco 3 Partilha Incompreendida				Bloco 4 Perda Nostálgica				Bloco 5 Esforço Emocional no Cuidar			
	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p
Hospitalar vs. MGF	.50	.30	.17	.098	.53	.28	.18	.062	.59	.28	.20	.040	.58	.28	.20	.045	.58	.28	.20	.044
Prestar Cuidados vs. Não prestar	.45	.32	.14	.165	.15	.32	.05	.633	.14	.31	.04	.664	.13	.32	.04	.692	.16	.32	.05	.631
Formação em cuidados paliativos	.47	.32	.15	.148	.51	.31	.16	.099	.43	.31	.14	.163	.48	.31	.15	.132	.53	.33	.17	.111
Confinamento Atormentado					.14	.04	.35	.001	.09	.05	.23	.070	.09	.05	.22	.089	.08	.05	.20	.150
Partilha Incompreendida									.10	.07	.19	.133	.08	.08	.15	.292	.07	.08	.13	.367
Perda Nostálgica													.07	.09	.09	.477	.06	.10	.08	.537
Esforço Emocional no Cuidar																	.03	.06	.07	.587
Modelo	F (3,89) = 2.99 p = .035, R² = .09				F (4,88) = 5.73 p < .001, R² = .21				F (5,87) = 5.11 p < .001 R² = .23				F (6,86) = 4.32 p = .001, R² = .23				F (7,85) = 3.72 p = .001, R² = .23			

5.2. Predição da Qualidade de Vida profissional

5.2.1. Predição da dimensão Satisfação por Compaixão pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 17% da variabilidade na dimensão Satisfação por Compaixão.

A dimensão Confinamento Atormentado da Escala de Sobrecarga do Luto prediz a Satisfação por Compaixão. Valores mais elevados na dimensão Confinamento Atormentado predizem valores mais baixos na dimensão Satisfação por Compaixão.

Luto nos Médicos

Tabela 38 Modelo de Predição da dimensão Satisfação por Compaixão pela Sobrecarga de Luto Profissional

Satisfação Compaixão																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Confinamento Atormentado				Bloco 3 Partilha Incompreendida				Bloco 4 Perda Nostálgica				Bloco 5 Esforço Emocional no Cuidar			
	B	SE	β	p																
Especialista vs. Interno	-.192	1.38	-.14	.169	-2.03	1.35	-.15	.136	-2.03	1.35	-.15	.138	-1.75	1.38	-.13	.209	-1.71	1.39	-.13	.222
Hospitalar vs. MGF	-1.24	2.29	-.12	.338	-1.11	1.25	-.11	.376	-1.09	1.26	-.10	.391	-1.05	1.26	-.10	.408	-1.04	1.27	-.10	.417
Trabalha em urgência/emergência	.92	1.16	.10	.430	1.32	1.14	.14	.249	1.33	1.14	.14	.249	1.44	1.15	.15	.214	1.38	1.17	.14	.242
Sente-se competente para cuidar de um doente em fim de vida vs. Não sente	1.82	1.01	.19	.076	1.41	1	.14	.163	1.37	1.01	.14	.178	1.27	1.02	.13	.216	1.33	1.04	.14	.204
Confinamento Atormentado					-.35	.14	-.25	.015	-.38	.19	-.27	.046	-.42	.19	-.30	.032	-.44	.20	-.31	.032
Partilha Incompreendida									.06	.26	.03	.818	-.05	.28	-.03	.855	-.07	.29	-.03	.817
Perda Nostálgica													.36	.36	.13	.318	.34	.37	.12	.369
Esforço Emocional no Cuidar																	.07	.22	.04	.744
Modelo	F (4,88) = 2.28 p = .067, R² = .09				F (5,87) = 3.16 p = .011, R² = .15				F (6,86) = 2.61 p = .022, R² = .15				F (7,85) = 2.39 p = .028, R² = .16				F (8,84) = 2.08 p = .047, R² = .17			

5.2.2. Predição da dimensão Burnout pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 38% da variabilidade na dimensão *Burnout*.

A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão *Burnout*, sendo preditor significativo a dimensão Confinamento Atormentado. Valores mais elevados na dimensão Confinamento Atormentado predizem valores mais elevados na dimensão *Burnout*. A dimensão Esforço Emocional no Cuidar é preditor (valor de p marginalmente significativo). Valores mais elevados na dimensão Esforço Emocional no Cuidar predizem valores mais baixos na dimensão *Burnout*.

Luto nos Médicos

Tabela 39 Modelo de Predição da dimensão Burnout pela Sobrecarga de Luto Profissional

Burnout																				
Preditores	Bloco 1				Bloco 2 Confinamento Atormentado				Bloco 3 Partilha Incompreendida				Bloco 4 Perda Nostálgica				Bloco 5 Esforço Emocional no Cuidar			
	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p	B	SE	β	p
Sente-se competente para cuidar de um doente em fim de vida vs. Não sente	-2.21	1.22	-.18	.075	-1.09	1.02	-.09	.288	-1	1.03	-.08	.334	-.94	1.05	-.08	.374	-1.20	1.05	-.10	.256
Confinamento Atormentado					1.05	.15	.57	<.001	1.14	.20	.62	<.001	1.16	.21	.63	<.001	1.25	.21	.68	<.001
Partilha Incompreendida									-.19	.28	-.08	.487	-.15	.30	-.06	.616	-.06	.30	-.03	.832
Perda Nostálgica													-.15	.37	-.04	.689	-.02	.38	-.01	.950
Esforço Emocional no Cuidar																	-.38	.23	-.17	.099
Modelo	F (1,97) = 3.25 p = .075, R² = .03				F (2,96) = 26.03 p < .001, R² = .35				F (3,95) = 17.42 p < .001, R² = .36				F (4,94) = 12.99 p < .001, R² = .36				F (5,93) = 11.14 p < .001, R² = .38			

5.2.3. Predição da dimensão Stress Traumático Secundário pela Sobrecarga de Luto Profissional

O modelo de Regressão Hierárquica explica 41% da variabilidade na dimensão Stress Traumático Secundário.

A Escala de Sobrecarga de Luto prediz a dimensão Stress Traumático Secundário, sendo o único preditor significativo a dimensão Confinamento Atormentado. Valores mais elevados na dimensão Confinamento Atormentado predizem valores mais elevados na dimensão Stress Traumático Secundário.

Luto nos Médicos

Tabela 40 Modelo de Predição da dimensão Stress Traumático Secundário pela Sobrecarga de Luto Profissional

Stress Traumático Secundário																
	Bloco 1 Confinamento Atormentado				Bloco 2 Perda Nostálgica				Bloco 3 Partilha Incompreendida				Bloco 4 Esforço Emocional no Cuidar			
Preditores	B	SE	β	p												
Confinamento Atormentado	.98	.13	.61	<.001	.84	.15	.52	<.001	.71	.17	.44	<.001	.72	.18	.44	<.001
Perda Nostálgica					.63	.29	.19	.033	.46	.31	.14	.144	.47	.32	.15	.143
Partilha Incompreendida									.37	.25	.16	.147	.37	.26	.17	.145
Esforço Emocional no Cuidar													-.04	.20	-.02	.840
Modelo	F (1,97) = 56.04 p < .001, R² = .37				F (2,96) = 31.45 p < .001, R² = .40				F (3,95) = 21.93 p < .001, R² = .41				F (4,94) = 16.29 p < .001, R² = .41			

V. Discussão dos Resultados

Os estudos publicados abordaram o tema do luto em profissionais de saúde no global ou em categorias profissionais específicas, como os enfermeiros ou os médicos. Em Portugal alguns estudos foram conduzidos englobando várias categorias profissionais (Andrade, 2007) e outros abrangendo apenas enfermeiros (G. Gama, 2013) (Gomes, 2014), havendo uma certa lacuna na abordagem específica do processo de luto profissional médico e a sua relação com diferentes variáveis como a especialidade, a formação prévia, o nível de exposição à morte e as atitudes perante a morte.

Características sociodemográficas

A participação maioritária do sexo feminino, representando 67% da amostra, pode demonstrar mais interesse das mulheres por este tema, ou também ser um reflexo da representatividade dos géneros a trabalhar nestas três instituições (distribuição à qual não tive acesso).

A idade mediana dos participantes situou-se nos 43 anos, sendo que 66% da amostra tem 36 ou mais anos e 72% da amostra tem mais de 10 anos de experiência clínica, sendo o tempo mediano de atividade clínica de 18 anos. Neste sentido também a representatividade de especialistas foi mais elevada com 80% de participantes. Este aspeto pode denotar um maior interesse dos médicos especialistas e com mais anos de experiência por este tema, ou também uma maior sensibilidade. Esta questão leva-nos a equacionar se os programas do internato médico estão a focar estes aspetos e a formar especialistas com competências na área dos cuidados a doentes em processo de morte.

A representatividade maioritária das especialidades médicas com 72 de participantes poderá ser também um indiciador de maior interesse e sensibilidade destas especialidades para esta problemática, relacionadas com o contexto clínico da prática médica.

A participação de especialidades não hospitalares (MGF e Saúde Pública) foi de 29%, o que representa uma taxa de resposta de 12% (num total de 237 inquéritos enviados). Representa uma taxa de resposta ligeiramente superior ao total da amostra. Esta participação demonstra interesse dos profissionais neste tema e poderá representar a importância da abordagem holística e multidisciplinar que se pretende no cuidado a doentes em fases avançadas de vida, também com integração dos cuidados na comunidade e com envolvimento das famílias também. Um trabalho realizado na USF Espinho (uma das unidades do ACeS Espinho/Gaia incluído neste trabalho), mostrou que em 2012, 39% dos 123 óbitos de doentes daquela USF ocorreram no domicílio. (Beça, 2015) Esta deslocação da morte da instituição para o domicílio pressupõe um apoio da comunidade que só é possível com a congregação de esforços multidirecionais e multidisciplinares.

Contrariamente à maioria dos estudos que estudam a problemática do luto no contexto de oncologia ou de cuidados paliativos, nesta amostra estes profissionais representaram apenas 10% do total da amostra.

Cuidados em Fim de Vida

Nesta amostra só cerca de um quinto dos participantes recebeu formação em cuidados paliativos. Nos Estados Unidos e no Reino Unido a oferta formativa pré-Graduada em Cuidados Paliativos atinge os 100%. (George E. Dickinson, 2011) Contudo, esta não é a realidade da maioria dos países. (Sansó et al., 2015) Além do mais, o acesso a Cuidados Paliativos é ainda muito deficitário. A OMS estima que apenas 14% dos indivíduos que necessitam cuidados paliativos, têm acesso aos mesmos. A falta de formação e de conhecimento dos profissionais de saúde são uma barreira major a esse acesso.(WHO, 2018)

Não deixa de ser curioso que apesar de 77% dos participantes prestarem cuidados a doentes em fim de vida, apenas 42% se sintam competentes para o fazer (27 participantes que prestam cuidados a doentes em fim de vida, afirmam não se sentir competentes para o fazer), o que nos permite concluir que 35% não se sentem preparados para desempenhar esta função. Estas tarefas são desempenhadas pelos profissionais frequentemente, o que significa uma elevada exposição. Este trabalho não aferiu qual a limitação da competência que os profissionais sentem, se é o cuidar os doentes em fim de vida, se acompanhar a sua morte ou comunicar com os familiares. Contudo, este é a meu entender um ponto fundamental, já que as lacunas em qualquer destas tarefas podem conduzir a efeitos nefastos na qualidade de vida pessoal e profissional destes clínicos. (Leeat Granek, Ariad, et al., 2016) (Sanchez-Reilly et al., 2013)

Apesar da literatura apontar para que as reuniões de morbi-mortalidade ou destinadas a reflexão da parte mais humanista do cuidar, deverem acontecer de forma programada, nesta amostra menos de um quarto dos participantes referiu que tem reuniões para discussão de doentes em fim de vida ou falecidos, e destes 31% só acontecem de forma ocasional ou por pedido. (Farr & Barker, 2017) (Whitehead, 2014)

Maioria dos médicos, assume pedir apoio de Cuidados Paliativos perante um doente em fim de vida, o que suporta os dados da literatura referentes ao papel potencialmente benéfico da gestão conjunta deste tipo de doentes. (Morgans & Schapira, 2015)

Apenas 8% da amostra tem formação em luto. Vinte e um por cento dos inquiridos assumiu não solicitar apoio no luto perante um doente em final de vida. Entre os principais motivos assinalados encontra-se a falta de recursos e o desconhecimento. O estudo de Jensen refere também estes dois motivos como principais barreiras a follow-up de luto. (Jensen et al., 2017) Dois participantes consideram que o follow-up dos enlutados compete a outros profissionais. Alguns estudos apontam para que os clínicos considerem as práticas de follow-up uma medida de qualidade dos cuidados e de boa prática clínica. (Jensen et al., 2017) (Leeat Granek, Barrera, Scheinmann, & Bartels, 2015) (Jensen et al., 2017)

Pela parte dos familiares enlutados, o seu acompanhamento no luto, é um motivo de maior satisfação com os cuidados. (Back et al., 2009) (Zerbe & Steinberg, 2000)

Por outro lado, as práticas de follow-up podem também constituir uma estratégia de *coping* com a morte. (Jensen et al., 2017)

Análises dos Instrumentos

Na comparação por géneros, este estudo apenas demonstrou diferenças entre homens e mulheres na dimensão medo da morte, com as mulheres a expressarem mais medo da morte, apesar de não atingir significado estatístico. Num estudo de Granek em Oncologistas, o sexo feminino tendeu a mostrar mais reações negativas perante a morte que o género masculino. (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016)

Na comparação entre médicos especialistas e internos, encontra-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão perda nostálgica da escala de Sobrecarga de Luto Profissional, com os médicos especialistas a demonstrarem mais perda nostálgica. Já nas outras escalas, embora sem significado estatístico, os médicos internos tendem a demonstrar mais medo da morte na escala de Perfil de Atitudes acerca da Morte e os médicos especialistas tendem a demonstrar mais satisfação por compaixão na escala de Qualidade de Vida Profissional. Alguns estudos mostram a existência de algumas dificuldades dos internos em lidar com o processo de morte e a sua manifestação de necessidade de mais acompanhamento neste aspeto. (Leeat Granek, Bartels, Barrera, & Scheinemann, 2015) O reconhecimento e importância da formação de internos nesta área, sobretudo em especialidades de contato frequente com a morte, tem levado algumas instituições a desenvolverem programas específicos no sentido de aumentar as competências dos profissionais em formação. (Sanchez-Reilly et al., 2013) (Bar-Sela et al., 2012) (Sekeres et al., 2003)

Neste estudo, as especialidades cirúrgicas manifestaram mais esforço emocional no cuidar, mais partilha incompreendida e mais perda nostálgica que os profissionais de especialidades Médicas. No estudo de Zambrano os cirurgiões de mama tinham demonstrado preferência por não estabelecer relações emocionais profundas com os doentes. (Sofia Carolina Zambrano et al., 2012) Será este distanciamento emocional o responsável por alguns dos resultados desta escala?

Na comparação entre as especialidades hospitalares e os médicos de Medicina Geral e Familiar, existiu uma tendência não significativa para que os médicos hospitalares se sintam mais competentes a cuidar doentes em fim de vida. Como já discutido anteriormente, não foram aprofundados os temas que levariam a maior sentimento de competência no cuidado. Também a nível hospitalar existem significativamente mais reuniões de discussão de doentes em fim de vida ou falecidos. Neste aspeto diferencial entre médicos hospitalares e MGF uma das questões que se pode eventualmente equacionar é que o acesso mais fácil a diferentes especialidades pode contribuir para que os médicos hospitalares se sintam mais competentes, por um sentimento de abordagem multidisciplinar. Este pensamento é corroborado por estudos que demonstram que a abordagem multidisciplinar pode permitir a partilha da carga emocional dos cuidadores profissionais enquanto permite ao doente o acesso a várias estratégias do controlo sintomático e oportunidade de intervenções diferenciadas. (Leeat Granek, Bartels, Scheinemann, & Barrera, 2015) (Morgans & Schapira, 2015)

Os médicos na Especialidade Medicina Geral Familiar apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão Aceitação como Aproximação e Aceitação como Escape. Os médicos de família têm um acompanhamento contínuo ao longo da vida do indivíduo e intervêm em todos os momentos do diagnóstico e seguimento de qualquer doença ameaçadora da vida. (Sofia C. Zambrano & Barton, 2011) (Goertzen, 1993) Para além de que

estes profissionais dispõem de vários aspetos facilitadores da comunicação como o conhecimento de longa data do doente e o aprofundado conhecimento de aspetos psicológicos, espirituais e sociais daquele indivíduo e da sua família. (Slort et al., 2011) Estes profissionais necessitam estratégias para lidar com os lutos que sentem continuamente, fazendo várias vezes recurso a estratégias de follow-up. (Saunderson & Ridsdale, 1999)

Os profissionais em especialidades hospitalares demonstraram uma tendência a maior satisfação por compaixão. A literatura demonstra efeitos importantes da sobrecarga emocional do cuidado de doentes em fim de vida na qualidade de vida profissional. (Zerbe & Steinberg, 2000) Perceber e abordar os aspetos que podem levar a diminuição da satisfação profissional bem como implementar estratégias de *coping* efetivas são uma responsabilidade pessoal e institucional. (Panagioti et al., 2017)

Os médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentaram níveis significativamente mais elevados de confinamento atormentado do que os médicos que não prestam esses cuidados. Igualmente apresentaram uma tendência a níveis mais elevados de partilha incompreendida e perda nostálgica. A afetação destas três dimensões representa uma preocupação que deve desencadear mecanismos de avaliação de estratégias para limitar estes efeitos nefastos. Profissionais que cuidam doentes em fim de vida estão perante riscos mais elevados atendendo a natureza e intensidade do stress clínico dos seus doentes. (Sanchez-Reilly et al., 2013) (Meier D.E., Back A.I., 2001) A baixa representatividade de colegas a trabalhar em cuidados paliativos poderá justificar esta tendência a efeitos nefastos, já que a maioria dos estudos mostra que quando comparados com outras áreas médicas estes profissionais tendem a ter menos efeitos negativos. (Sinclair, 2011) (Sofia C. Zambrano et al., 2014) (Leeat Granek, 2012) (Pereira et al., 2011)

De salientar que neste trabalho os vários fatores da Sobrecarga de Luto Profissional apresentaram uma correlação positiva com dimensões negativas da escala de Perfil de Atitudes acerca da Morte, nomeadamente com o medo da morte e o evitamento da morte e com as dimensões negativas da escala de Qualidade de Vida Profissional nomeadamente o *Burnout* e Stress Traumático Secundário. Observaram-se correlações negativas entre algumas dimensões da Sobrecarga de Luto Profissional e atitudes menos negativas como a aceitação neutral ou a dimensão de satisfação por compaixão da qualidade de vida. Relativamente às dimensões do Perfil de atitudes acerca da morte, o medo da morte e o evitamento da morte correlacionaram-se positivamente com as dimensões de *burnout* e stress traumático secundário. Estes dados estão em concordância com estudos que apresentam correlações positivas entre as reações de luto e o *distress* emocional em profissionais que também manifestaram elevado nível de *burnout* . (Leeat Granek, Krzyzanowska, et al., 2016) Assim como estudos que concluíram a existência de uma associação entre as atitudes negativas perante a morte e o *burnout* . (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017) O estudo de Gama demonstrou também correlações positivas entre as dimensões de medo da morte e algumas dimensões da escala de *burnout* , nomeadamente a exaustão emocional e despersonalização. (G. Gama, 2013)

Modelos de Predição

Os modelos de regressão hierárquica encontraram predições que a literatura já fazia alusão, sobretudo ao relacionar atitudes negativas ou reações emocionais negativas com *burnout*. (Leeat Granek, Ben-David, Nakash, et al., 2017)

Assim, níveis mais elevados da dimensão esforço emocional no cuidar predizem níveis mais elevados na dimensão medo da morte, na dimensão evitamento da morte e níveis mais baixos da aceitação neutral. Níveis mais elevados de perda nostálgica predizem níveis mais baixos de aceitação como aproximação.

No que diz respeito a qualidade de vida Profissional, valores mais elevados na dimensão Confinamento Atormentado predizem valores mais baixos na dimensão Satisfação por Compaixão e valores mais elevados na dimensão Stress Traumático Secundário. Níveis mais elevados na dimensão Confinamento Atormentado predizem valores mais elevados na dimensão *Burnout*.

Estudos demonstraram que a capacidade de *coping*, a auto-consciência e os auto-cuidados são preditores de qualidade de vida profissional, relacionando-se positivamente com a satisfação por compaixão e negativamente com o *burnout* e fadiga de compaixão. (Sansó et al., 2015)

Nos modelos de predição encontram-se resultados interessantes que, no entanto, só podem ser validados para esta amostra, sendo a sua extrapolação muito limitada tendo em conta a representatividade baixa da população.

VI. Limitações e Forças

Forças

Este estudo utilizou uma metodologia quantitativa, numa área do conhecimento onde a maioria dos estudos é qualitativa.

Boa consistência interna da maioria das dimensões das escalas.

O estudo abrangeu diferentes especialidades médicas e não apenas as que classicamente têm mais contacto com doentes em fim de vida, e que se encontram representadas na maioria dos estudos publicados.

Avaliou um grupo de profissionais a servir a população de uma área geográfica e a mesma população, com acesso semelhante a cuidados.

Limitações

Uma das limitações deste estudo é que os participantes não foram selecionados de forma randomizada. Apenas médicos motivados responderam ao questionário, o que pode também corresponder a clínico que têm mais interesse neste tema.

Só avaliou profissionais a trabalhar numa área geográfica, que acedem a e-mail institucional e a internet. Ficou dependente da receção, abertura e leitura do e-mail pelos profissionais.

A taxa de resposta foi inferior a 10% o que não permite estabelecer inferências para como os profissionais a trabalhar nestas três organizações se comportam nas mesmas escalas, não sendo, portanto, o trabalho representativo desta população.

A amostra não é homogénea em termos de género (67% Feminino), estado perante a especialidade (81% Especialistas) e especialidade (72% Especialização Médica).

Abordou um tema complexo e sensível através de um questionário impessoal o que pode corresponder a uma forma excessivamente simplista de abordar o tema. Atendendo a individualidade da vivência e expressão do luto, abordar este tema de forma generalista poderá ser redutor.

Todas as dimensões apresentaram uma distribuição normal, de acordo com a assimetria e *curtose*. No entanto, a consistência interna das dimensões Confinamento Atormentado e Perda Nostálgica são fracas, de acordo com os valores de alfa de Cronbach, pelo que os resultados obtidos relativamente a esta escala devem ser interpretados com especial cautela.

É importante salientar o número elevado de variáveis incluídas nos modelos de Regressão Hierárquica, os quais podem colocar em causa a fiabilidade dos resultados reportados, nomeadamente devido a multicolinearidade (12 dimensões).

VII. Conclusão

O tema deste trabalho é pertinente no contexto médico pela escassez de estudos no domínio do luto em médicos e também por abordar um tema que muitas vezes os profissionais menosprezam: a forma como eles próprios vivenciam as experiências dolorosas dos seus doentes.

Este trabalho constituiu um estudo quantitativo, transversal acerca da expressão do luto e das suas relações com o perfil de atitudes acerca da morte e a qualidade de vida profissional.

A sua originalidade residiu em três aspetos fundamentais: metodologia quantitativa; aplicação a médicos de várias especialidades; aplicação a clínicos que atuam numa mesma área geográfica que serve uma população com acesso a igual nível de cuidados e população médica com acesso aos mesmos recursos.

A amostra foi constituída maioritariamente por médicos do género feminino (67%), especialistas (81%) de áreas médicas (72%) e com mais de 10 anos de trabalho (73%). Esta amostra foi constituída por uma elevada percentagem de médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida (77%), 56% dos quais o faz com elevada frequência. Um dos aspetos mais significativos desta caracterização profissional reside no fato de 42% da amostra afirmar não se sentir competente para cuidar doentes em fim de vida, acompanhar a sua morte e comunicar com os familiares, sendo que este grupo acomete 35% dos profissionais que cuidam doentes em fim de vida.

Apenas 23% da amostra refere ter reuniões para discussão de casos clínicos de doentes em processo de morte ou falecidos, sendo que em menos de 70% dos casos essas reuniões acontecem de forma regular e calendarizada.

De salientar que a quase totalidade da amostra (95%) se encontra sensibilizada para o papel que os Cuidados Paliativos podem desempenhar no apoio e acompanhamento dos doentes em final de vida.

Relativamente ao desempenho da amostra nas escalas de salientar que os médicos especialistas revelaram maior nível de perda nostálgica e satisfação por compaixão, enquanto os médicos internos demonstraram tendencialmente apresentar mais medo da morte. Estes resultados podem apontar para uma forma diferente de encarar a morte que se desenvolve também com a prática clínica e a experiência.

Na comparação entre especialidades médicas e cirúrgicas, apenas foram encontradas diferenças a nível da Sobrecarga de Luto Profissional, com as especialidades cirúrgicas a demonstrarem maior esforço emocional no cuidar, maior partilha incompreendida e maior perda nostálgica. O contexto clínico em que é feito o seguimento dos doentes e o tipo de abordagem pode aqui contribuir para este efeito diferencial.

Os médicos de MGF apresentaram maiores níveis de aceitação por aproximação e aceitação por escape, enquanto as especialidades hospitalares tendencialmente demonstraram maior satisfação por compaixão. O contexto em que os cuidados são prestados pode ajudar a elucidar estas diferenças que também podem apresentar o contributo do facto dos clínicos de MGF terem referido menor existência de consultas de discussão de doentes em processo de morte ou falecidos.

No que respeita a prestação de cuidados em fim de vida, um aspeto algo preocupante é o facto dos médicos que prestam cuidados a doentes em fim de vida apresentarem maior confinamento atormentado e tendencialmente maior partilha incompreendida e perda nostálgica. Este resultado de alguma forma poderá apresentar alguma influência da sensação de falta de competência para cuidar doentes em fim de vida que alguns clínicos afirmaram sentir, mas deve certamente ser alvo de uma abordagem mais exaustiva de forma a perceber que aspetos devem ser melhorados para melhorar o desempenho destes clínicos nestas dimensões da sobrecarga de luto profissional.

Nos modelos de correlações, gostaria de salientar, que como expectável se assistiu a existência de correlações positivas entre as dimensões da escala de sobrecarga de luto profissional com aspetos mais negativos das escalas de perfil de atitudes acerca da morte e qualidade de vida profissional, como o medo da morte, o evitamento da morte, o *burnout* e o stress traumático secundário. Por outro lado, assistiram-se a correlações negativas entre algumas dimensões da escala de sobrecarga de luto profissional e dimensões menos negativas das outras escalas como a aceitação neutral e a satisfação por compaixão.

Nos modelos preditivos, e apesar das suas limitações, parece-me interessante salientar que a dimensão Esforço Emocional no Cuidar, parece ser o fator preditivo mais relevante da escala de Sobrecarga de Luto Profissional para a dimensão Medo da Morte e Evitamento da Morte, com valores mais elevados de Esforço Emocional no Cuidar a predizerem valores mais elevados de Medo da morte e Evitamento da Morte. Já no que se refere à escala de Qualidade de Vida Profissional, a dimensão Confinamento Atormentado parece ser o fator preditivo mais relevante da escala de Sobrecarga de Luto Profissional para as três dimensões da escala. Contudo, neste caso, valores mais elevados de Confinamento Atormentado predizem valores mais baixos de satisfação por compaixão e valores mais elevados de *Burnout* e *Stress Traumático Secundário*.

Este estudo revela algum interesse pelo facto de ter trabalhado o tema do luto e a sua expressão e inter-relações com atitudes acerca da morte e qualidade de vida profissional. Evidenciou e caracterizou esta amostra de médicos no que se refere às várias dimensões das escalas encontrando alguns aspetos dignos de nota, como a sensação de falta de competência e desempenhos diferenciais entre médicos especialistas e internos, entre especialidades médicas e cirúrgicas, entre MGF e especialidades hospitalares e entre profissionais que prestam cuidados a doentes em fim de vida e os que não prestam.

Esta avaliação desencadeia uma necessidade de reflexão e possivelmente abre caminho para aprofundar e caracterizar melhor esta população médica no sentido de vir a melhorar estratégias de intervenção que visem aumentar os impactos positivos do luto nos clínicos. Essas estratégias podem passar por oferta formativa, por criação de reuniões de morbimortalidade e melhoria de estratégias de *coping*.

Num momento conturbado no nosso Sistema Nacional de Saúde, onde instituições e profissionais enfrentam tantos desafios diariamente com as suas condições laborais, pressões contratuais e financeiras, as questões sensíveis da abordagem da dimensão humana da relação médico-doente podem com alguma facilidade ser relegadas para segundo plano. Contudo, convém alertar para a importância dos efeitos que a exposição ao sofrimento humano e aos processos de morte podem ter nos profissionais, nomeadamente os médicos e como podem

também eles contribuir para agravar a sua qualidade de vida, bem como o seu desempenho pessoal e profissional. Não queria deixar de lembrar a importância que estratégias pessoais e institucionais podem desempenhar na prevenção de efeitos nefastos como o *burnout* e a exaustão.

VIII. Bibliografia

- Alvarez-Del-Rio, A., Marvan, M. L., Santillan-Doherty, P., Delgadillo, S., & Onate-Ocana, L. F. (2013). Facing death in clinical practice: a view from physicians in Mexico. *Archives of Medical Research*, 44(5), 394–400. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2013.05.005>
- Andrade, T. (2007). *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*. Universidade de Lisboa.
- Artiss, K. L., & Levine, A. S. (1973). Doctor-patient relation in severe illness. A seminar for oncology fellows. *The New England Journal of Medicine*, 288(23), 1210–1214. <https://doi.org/10.1056/NEJM197306072882305>
- Back, A. L., Young, J. P., McCown, E., Engelberg, R. A., Vig, E. K., Reinke, L. F., ... Curtis, J. R. (2009). Abandonment at the end of life from patient, caregiver, nurse, and physician perspectives: loss of continuity and lack of closure. *Archives of Internal Medicine*, 169(5), 474–479. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.583>
- Baile, W. F. (2000). SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., ... Ahles, T. A. (2015). Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(13), 1438–1445. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>
- Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., & Mitnik, I. (2012). “Balint group” meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *Journal of Cancer Education : The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 27(4), 786–789. <https://doi.org/10.1007/s13187-012-0407-3>
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª Edição). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Beça, H. P. (2015). *A morte na USF Espinho em 2012: Vivências Pessoais e Familiares*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277–284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705–734.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 342–351. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.342>
- Breen, L. J., O'Connor, M., Hewitt, L. Y., & Lobb, E. A. (2014). The “specter” of cancer: Exploring secondary trauma for health professionals providing cancer support and counseling. *Psychological*

- Services*, 11(1), 60–67. <https://doi.org/10.1037/a0034451>
- Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of Death Education. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 11(2), 175–183. <https://doi.org/10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK>
- Carvalho, P. R. C. (2011). *Estudo da Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala “Professional Quality of Life 5.”* Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Casarett, D., Kutner, J. S., & Abraham, J. (2001). Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Annals of Internal Medicine*, 134(3), 208–215.
- Chan, W. C. H., Tin, A. F., & Wong, K. L. Y. (2015). Coping with Existential and Emotional Challenges: Development and Validation of the Self-Competence in Death Work Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.012>
- Chau, N. G., Zimmermann, C., Ma, C., Taback, N., & Krzyzanowska, M. K. (2009). Bereavement practices of physicians in oncology and palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 169(10), 963–971. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.118>
- Corn, B. W., Shabtai, E., Merimsky, O., Inbar, M., Rosenbaum, E., Meirovitz, A., & Wexler, I. D. (2010). Do oncologists engage in bereavement practices? A survey of the Israeli Society of Clinical Oncology and Radiation Therapy (ISCORT). *The Oncologist*, 15(3), 317–326. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2009-0257>
- Cote, T., Kirkova, J., & Walsh, T. D. (2008). Evaluating the Grief Experience in Hospice Clinicians. *Journal of Palliative Medicine*, 11(2), 342–382. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9941>
- Cowles, K. V. (1996). Cultural perspectives of grief: An expanded concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 287–294. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02669.x>
- Crawford, G. B., & Zambrano, S. C. (2015). Junior doctors’ views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine. *Academic Medicine*, 90(3), 338–344. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000632>
- Dickens, D. S. (2010). Comparing pediatric deaths with and without hospice support. *Pediatric Blood & Cancer*, 54(5), 746–750. <https://doi.org/10.1002/pbc.22413>
- Dickinson, G. E. (2002). Teaching end-of-life issues: Current status in United Kingdom and United States medical schools. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19(3), 181–186. <https://doi.org/10.1177/104990910201900309>
- Dickinson, G. E. (2011). Thirty-five years of end-of-life issues in us medical schools. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 28(6), 412–417. <https://doi.org/10.1177/1049909110397608>
- Eagle, S., Creel, A., & Alexandrov, A. (2012). The Effect of Facilitated Peer Support Sessions on Burnout and Grief Management among Health Care Providers in Pediatric Intensive Care Units: A Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1178–1180. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0231>
- Ellison, N. M., & Ptacek, J. T. (2002). Physician interactions with families and caregivers after a patient’s death: current practices and proposed changes. *Journal of Palliative Medicine*, 5(1), 49–55. <https://doi.org/10.1089/10966210252785015>
- Epner, D. E., & Baile, W. F. (2014). Difficult conversations: Teaching medical oncology trainees communication skills one hour at a time. *Academic Medicine*, 89(4), 578–584. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000177>
- Fanos, J. H. (2007). Coming through the fog, coming over the moors: the impact on pediatric oncologists of caring for seriously ill children. *J Cancer Educ*, 22(2), 119–123. <https://doi.org/10.1080/08858190701372919>

- Farr, M., & Barker, R. (2017). Can Staff Be Supported to Deliver Compassionate Care Through Implementing Schwartz Rounds in Community and Mental Health Services? *Qualitative Health Research*, 27(11), 1652–1663. <https://doi.org/10.1177/1049732317702101>
- Farrow, V. A., Goldenberg, R. L., Fretts, R., & Schulkin, J. (2013). Psychological impact of stillbirths on obstetricians. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(8), 748–752. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.746953>
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... Smith, T. J. (2017). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(1), 96–112. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474>
- Field, D., & Wee, B. (2002). Preparation for palliative care: Teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. *Medical Education*, 36(6), 561–567. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01232.x>
- Forster, E., & Hafiz, A. (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(6), 294–301. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>
- Gama, G. M. da, Barbosa, F., & Vieira, M. (2011). Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação. *Cadernos de Saúde*, 4(2), 57–64.
- Gama, G. (2013). *O Luto Profissional nos Enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death Attitudes across the Life-Span: The Development and Validation of the Death Attitude Profile (DAP). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 18(2), 113–128. <https://doi.org/10.2190/ODQB-7Q1E-2BER-H6YC>
- Gilewski, T. (2001). The art of medicine: Teaching oncology fellows about the end of life. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 40(2), 105–113. [https://doi.org/10.1016/S1040-8428\(01\)00136-6](https://doi.org/10.1016/S1040-8428(01)00136-6)
- Gilewski, T. (2012). Encountering grief in patient care. *Am.Soc.Clin.Oncol.Educ.Book.*, (1548–8748 (Print)), e81–e84. https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2012.32.e81
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(5), 131–204. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1898>
- Goertzen, J. (1993). Death of a Child Part of the Life story. *Canadian Family Physician*, 39(December), 2575–2578.
- Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. *Obstetrics and Gynecology*, 112(1), 29–34. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31817d0582>
- Goldstein, A. (2006). Goodbyes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(4), 416–417. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.011>
- Gomes, S. (2014). *O luto em enfermeiros expostos à morte dos doentes: a realidade do IPOCFG, EPE*. Universidade do Porto.
- Granek, L. (2012). Grief in health care professionals: when screening for major depression is needed—reply. *Archives of Internal Medicine*, 172(22), 1768–1769. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2096>
- Granek, L., Ariad, S., Nakash, O., Cohen, M., Bar-Sela, G., & Ben-David, M. (2017). Mixed-Methods Study

- of the Impact of Chronic Patient Death on Oncologists' Personal and Professional Lives. *Journal of Oncology Practice*, 13(1), e1–e10. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.014746>
- Granek, L., Ariad, S., Shapira, S., Bar-Sela, G., & Ben-David, M. (2016). Barriers and facilitators in coping with patient death in clinical oncology. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4219–4227. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3249-4>
- Granek, L., Barbera, L., Nakash, O., Cohen, M., & Krzyzanowska, M. K. (2017). Experiences of Canadian oncologists with difficult patient deaths and coping strategies used. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 24(4), e277–e284. <https://doi.org/10.3747/co.24.3527>
- Granek, L., Barrera, M., Scheinemann, K., & Bartels, U. (2015). When a child dies: pediatric oncologists' follow-up practices with families after the death of their child. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1626–1631. <https://doi.org/10.1002/pon.3770>
- Granek, L., Barrera, M., Scheinemann, K., & Bartels, U. (2016). Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(1–2), 39–59. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1127306>
- Granek, L., Bartels, U., Barrera, M., & Scheinemann, K. (2015). Challenges Faced by Pediatric Oncology Fellows When Patients Die During Their Training. *Journal of Oncology Practice*, 11(2), e182–e189. <https://doi.org/10.1200/JOP.2014.001727>
- Granek, L., Bartels, U., Scheinemann, K., & Barrera, M. (2015). Challenging patient deaths in pediatric oncology. *Supportive Care in Cancer*, 23(8), 2349–2356. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2602-3>
- 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. <https://doi.org/10.1002/pbc.25228>
- Granek, L., Ben-David, M., Nakash, O., Cohen, M., Barbera, L., Ariad, S., & Krzyzanowska, M. K. (2017). Oncologists' negative attitudes towards expressing emotion over patient death and burnout. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(5), 1607–1614. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3562-y>
- Granek, L., Ben-David, M., Shapira, S., Bar-Sela, G., & Ariad, S. (2017). Grief symptoms and difficult patient loss for oncologists in response to patient death. *Psycho-Oncology*, 26(7), 960–966. <https://doi.org/10.1002/pon.4118>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Nakash, O., Cohen, M., Ariad, S., Barbera, L., ... Ben-David, M. (2016). Gender differences in the effect of grief reactions and burnout on emotional distress among clinical oncologists. *Cancer*, 122(23), 3705–3714. <https://doi.org/10.1002/cncr.30236>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2012). Difficult Patient Loss and Physician Culture for Oncologists Grieving Patient Loss. *Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1254–1260. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0245>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), e129–35. <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000800>
- Granek, L., Mazzotta, P., Tozer, R., & Krzyzanowska, M. K. (2012). What do oncologists want? Suggestions from oncologists on how their institutions can support them in dealing with patient loss. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2627–2632. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1528-2>
- Granek, L., Mazzotta, P., Tozer, R., & Krzyzanowska, M. K. (2013). Oncologists' Protocol and Coping Strategies in Dealing with Patient Loss. *Death Studies*, 37(10), 937–952.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.692461>

- Granek, L., Tozer, R., Mazzotta, P., Ramjaun, A., & Krzyzanowska, M. (2012, June). Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. *Archives of Internal Medicine*. United States. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1426>
- He, Y., Pang, Y., Zhang, Y., Fielding, R., & Tang, L. (2017). Dual role as a protective factor for burnout-related depersonalization in oncologists. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1080–1086. <https://doi.org/10.1002/pon.4425>
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260–273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904–910. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Infopedia. (2018). Luto. Retrieved April 22, 2018, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/luto>
- Irish, D., Lundquist, K., & Nelson, V. (1993). *Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief: Diversity in Universality*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic Grief: Maladaptation to Loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jansen, K., Ruths, S., Malterud, K., & Schaufel, M. A. (2016). The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: A focus group study. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2043–2048. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.016>
- Jensen, J., Weng, C., & Spraker-Perlman, H. L. (2017). A Provider-Based Survey To Assess Bereavement Care Knowledge, Attitudes, and Practices in Pediatric Oncologists. *Journal of Palliative Medicine*, 20(3), 266–272. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0430>
- Kamei, R. K. (2003). Why dying doesn't seem to matter: the influence of culture on physicians in Bali, Indonesia. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 78(6), 635.
- Kassam, A., Skiadaresis, J., Alexander, S., & Wolfe, J. (2015). Differences in end-of-life communication for children with advanced cancer who were referred to a palliative care team. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(8), 1409–1413. <https://doi.org/10.1002/pbc.25530>
- Keating, N. L., Landrum, M. B., Rogers, S. O. J., Baum, S. K., Virnig, B. A., Huskamp, H. A., ... Kahn, K. L. (2010). Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer*, 116(4), 998–1006. <https://doi.org/10.1002/cncr.24761>
- Keene, E. a, Hutton, N., Hall, B., & Rushton, C. (2010). Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatric Nursing*, 36(4), 185–189; quiz 190. <https://doi.org/10.1093/sw/56.2.107>
- Kleiner, S., & Wallace, J. E. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: Investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2581-9>
- Kovacs, M., Kovacs, E., & Hegedus, K. (2010). Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping. *Psycho-Oncology*, 19(8), 855–862. <https://doi.org/10.1002/pon.1631>

- Kusano, A. S., Kenworthy-Heinige, T., & Thomas, C. R. J. (2012). Survey of bereavement practices of cancer care and palliative care physicians in the Pacific Northwest United States. *Journal of Oncology Practice*, 8(5), 275–281. <https://doi.org/10.1200/JOP.2011.000512>
- Kutner, J. S., & Kilbourn, K. M. (2009). Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians. *Primary Care*, 36(4), 825–844. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2009.07.004>
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 350–362. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737>
- Loureiro, L. M. D. J. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 101–108. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000300011&script=sci_arttext
- Marcelo da Silva Schuster, Dias, V. da V., Grohmann, M. Z., & Marquette, M. F. (2013). MASLACH BURNOUT INVENTORY – GENERAL SURVEY (MBI-GS): Uma Aplicação em Instituição de Ensino Público Federal. *ENGP - IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho*, 10.
- Marchand, L., & Kushner, K. (2004). Death Pronouncements: Using the Teachable Moment in End-of-Life Care Residency Training. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 80–84. <https://doi.org/10.1089/109662104322737322>
- Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29(3), 191–205. <https://doi.org/10.1080/07481180590916335>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Control*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maytal, G., Zalta, A. K., Thompson, E., Chow, C. W., Perlman, C., Ostacher, M. J., ... Simon, N. M. (2007). Complicated grief and impaired sleep in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 9(8), 913–917. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00446.x>
- McDonald, J., Swami, N., Hannon, B., Lo, C., Pope, A., Oza, A., ... Zimmermann, C. (2017). Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 28(1), 163–168. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw438>
- McIlwaine, L., Scarlett, V., Venters, A., & Ker, J. S. (2007). The different levels of learning about dying and death: An evaluation of a personal, professional and interprofessional learning journey. *Medical Teacher*, 29(6), 151–159. <https://doi.org/10.1080/01421590701294331>
- Meier D.E., Back A.I., M. R. . (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Jama*, 286(23), 3007–3014.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25(1), 12–18. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>
- Morgans, A. K., & Schapira, L. (2015). Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide. *The Oncologist*, 20(8), 946–951. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0050>
- Mori, M., Shimizu, C., Ogawa, A., Okusaka, T., Yoshida, S., & Morita, T. (2015). A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions? *The Oncologist*, 20(11), 1304–1311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0147>
- NCI. (2018). Grief. Retrieved April 22, 2018, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced->

cancer/caregivers/planning/bereavement-pdq

- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., ... Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Papadatou, D. (2000). A Proposed Model of Health Professionals' Grieving Process. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 41(1), 59–77. <https://doi.org/10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E>
- Papadatou, D., Bellali, T., Papazoglou, I., & Petraki, D. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric Nursing*, 28(4), 345–353.
- Parkes, C. M. (1998a). Facing loss. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 316(7143), 1521–1524.
- Parkes, C. M. (1998b). The dying adult. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 316(7140), 1313–1315.
- Penson, R. T., Dignan, F. L., Canellos, G. P., Picard, C. L., & Lynch, T. J. J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist*, 5(5), 425–434.
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V, Reynolds, C. F. 3rd, Shear, M. K., Day, N., ... Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616–623. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., ... Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1994–1995. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1994>
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: “all the doctors just suddenly go”. *JAMA*, 286(11), 1369–1376.
- Pruthi, S., & Goel, A. (2014). Doctors do cry. *Indian Journal of Medical Ethics*, 11(4), 249–251. <https://doi.org/10.20529/IJME.2014.063>
- Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J. A., Janssens, R., Bruinsma, S., ... Sterckx, S. (2014). Continuous sedation until death: The everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, the Netherlands and Belgium. *BMC Medical Ethics*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-14>
- Redinbaugh, E. M., Schuerger, J. M., Weiss, L. L., Brufsky, A., & Arnold, R. (2001). Health care professionals' grief: A model based on occupational style and coping. *Psycho-Oncology*, 10(3), 187–198. <https://doi.org/10.1002/pon.507>
- Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. R. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353–359. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000130>
- Robert, G., Philippou, J., Leamy, M., Reynolds, E., Ross, S., Bennett, L., ... Maben, J. (2017). Exploring the adoption of Schwartz Center Rounds as an organisational innovation to improve staff well-being in England, 2009-2015. *BMJ Open*, 7(1), e014326. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014326>
- Rosenbaum, M. E., Lobas, J., & Ferguson, K. (2005). Using reflection activities to enhance teaching about end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 1186–1195. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.1186>
- Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon and Rectum*, 60(6), 567–576.

<https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>

- Rushton, C. H., Sellers, D. E., Heller, K. S., Spring, B., Dossey, B. M., & Halifax, J. (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying. *Palliative & Supportive Care*, 7(4), 405–414. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990411>
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., ... Thomas, J. de L. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Saunderson, E. M., & Ridsdale, L. (1999). General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 319(7205), 293–296. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7205.293>
- Schiffman, J. D., Chamberlain, L. J., Palmer, L., Contro, N., Sourkes, B., & Sectish, T. C. (2008). Introduction of a Pediatric Palliative Care Curriculum for Pediatric Residents. *Journal of Palliative Medicine*, 11(2), 164–170. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0194>
- Schrijvers, D., & Cherny, N. I. (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 25 Suppl 3, iii138-42. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu241>
- Sekeres, M. A., Chernoff, M., Lynch, T. J. J., Kasendorf, E. I., Lasser, D. H., & Greenberg, D. B. (2003). The impact of a physician awareness group and the first year of training on hematology-oncology fellows. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 21(19), 3676–3682. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.12.014>
- Shanafelt, T., Chung, H., White, H., & Lyckholm, L. J. (2006). Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24(24), 4020–4026. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.05.8248>
- Shanafelt, T. D. (2005). Finding meaning, balance, and personal satisfaction in the practice of oncology. *The Journal of Supportive Oncology*, 3(2), 157–162,164.
- Shayne, M., & Quill, T. E. (2012). Oncologists responding to grief. *Archives of Internal Medicine*, 172(12), 966–967. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.2035>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. 3rd. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Cmaj*, 183(2), 180–187. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100511>
- Slort, W., Schweitzer, B. P. M., Blankenstein, A. H., Abarshi, E. A., Riphagen, I. I., Echteld, M. A., ... Deliëns, L. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine*, 25(6), 613–629. <https://doi.org/10.1177/0269216310395987>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stenmarker, M., Hallberg, U., Palmerus, K., & Marky, I. (2010). Being a messenger of life-threatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer*, 55(3), 478–484. <https://doi.org/10.1002/pbc.22558>

- Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine*, *63*(9), 2440–2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, *23*(3), 197–224. <https://doi.org/10.1037/10397-003>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, *370*(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455–471.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, *363*(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care (London, England)*, *18*(6), 604. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0604-z>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, *388*(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Whitehead, P. R. (2014). The lived experience of physicians dealing with patient death. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *4*(3), 271–276. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000326>
- WHO. (2018). Palliative Care. Retrieved August 18, 2018, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Williams, J. (2010). Pediatric death: a focus on health care providers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*(4), 311–313. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.21>
- Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile revised: a multidimensional measure of attitude toward death. In R. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* (pp. 121–148). Washington: Taylor & Francis.
- Zambrano, S. C., & Barton, C. A. (2011). On the journey with the dying: How general practitioners experience the death of their patients. *Death Studies*, *35*(9), 824–851. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553315>
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. B. (2012). On the emotional connection of medical specialists dealing with death and dying: A qualitative study of oncologists, surgeons, intensive care specialists and palliative medicine specialists. *BMJ Supportive and Palliative Care*, *2*(3), 270–275. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000208>
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. B. (2013). How do surgeons experience and cope with the death and dying of their patients? A qualitative study in the context of life-limiting illnesses. *World Journal of Surgery*, *37*(5), 935–944. <https://doi.org/10.1007/s00268-013-1948-2>
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. B. (2014). The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliative and Supportive Care*, *12*(4),

309–316. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000138>

Zerbe, K. J., & Steinberg, D. L. (2000). Coming to terms with grief and loss. Can skills for dealing with bereavement be learned? *Postgraduate Medicine*, 108(6), 97–98,101–104,106. <https://doi.org/10.3810/pgm.2000.11.1292>

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., ... Lo, C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9930), 1721–1730. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2)

IX. Anexos

1. Instrumento de Recolha de Dados
2. Aprovação do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
3. Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte e Centro Académico de Medicina de Lisboa
4. Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE
5. Autorização da Comissão de Ética da ARS – Norte
6. Parecer do ACES Gaia
7. Parecer do ACES Espinho/Gaia
8. Autorização de utilização da escala de Sobrecarga de Luto Profissional
9. Autorização de utilização da escala do Perfil de Atitudes acerca da Morte
10. Autorização de utilização da escala de Qualidade de Vida Profissional

O Luto nos Médicos

Caro (a) colega, este questionário faz parte de um trabalho de investigação, avaliado em Comissão de Mestrado e submetido a aprovação pelas Comissões de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho e Administração Regional de Saúde do Norte, com aprovação em todas as instâncias. Visa a caracterização da expressão do luto profissional em médicos, recorrendo a dados socio-demográficos, pessoais e profissionais, e a aplicação de três instrumentos de medida: Escala de Sobrecarga de Luto Profissional, Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte e Escala de Qualidade de Vida Profissional. A sua colaboração é de extrema importância e relevância, pelo que desde já muito agradeço o tempo despendido. As questões, apesar de múltiplas, são simples. De forma a validar os resultados peço o favor de responder a todas as questões. O preenchimento é anónimo, sem possibilidade de identificação por qualquer forma dos autores das respostas.

* Required

1. *Mark only one oval.*

Option 1



Caracterização socio-demográfica, pessoal e profissional:

2. **Sexo ***

Mark only one oval.

Feminino

Masculino

3. **Idade ***

4. **Ano de Licenciatura ***

5. **Estado Perante a Especialidade ***

Mark only one oval.

Especialista

Interno de Formação Específica

Interno de Ano Comum

Other: _____

6. Especialidade Médica **Mark only one oval.*

- Anatomia Patológica
- Anestesia
- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Cardiologia
- Cardiologia Pediátrica
- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Maxilo-Facial
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética
- Cirurgia Torácica
- Dermato-Venerologia
- Doenças Infecciosas
- Endocrinologia e Nutrição
- Estomatologia
- Gastrenterologia
- Genética Médica
- Ginecologia / Obstetrícia
- Imunoalergologia
- Farmacologia Clínica
- Hematologia Clínica
- Medicina Desportiva
- Medicina do Trabalho
- Medicina Física e de Reabilitação
- Medicina Geral e Familiar
- Medicina Intensiva
- Medicina Interna
- Medicina Legal
- Medicina Nuclear
- Medicina Tropical
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Neurorradiologia
- Oftalmologia
- Oncologia Médica
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Patologia Clínica
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Psiquiatria da Infância e Adolescência
- Radiologia

- Radioncologia
- Reumatologia
- Saúde Pública
- Urologia
- Não se Aplica

7. Presta Cuidados a Doentes em Fim de Vida? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

8. Se sim, em que contexto? *

Check all that apply.

- Não se Aplica
- Internamento
- Consulta Externa / Hospital de Dia
- Urgência / Emergência
- Domicílio
- Other: _____

9. Com que frequência contacta com doentes em fim de vida? *

Mark only one oval.

- Não se Aplica
- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- 1-2 vezes por ano
- Muito raramente ou nunca
- Other: _____

10. Perante um doente em fim de vida, em média, com que regularidade o observa? *

Mark only one oval.

- Não se Aplica
- 2-5 dias por semana
- 6-7 dias por semana
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- 2/2 meses
- Other: _____

11. Trabalha em alguma equipa de Cuidados Paliativos? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

12. Se sim, qual a tipologia? **Mark only one oval.*

- Não se Aplica
- Equipa de suporte intra-hospitalar
- Consulta Externa / Hospital de Dia
- Equipa Domiciliária
- Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos
- Other: _____

13. Tem formação específica em Cuidados Paliativos? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

14. Se sim, em que momento da formação? **Mark only one oval.*

- Pré-graduado
- Pós-graduado
- Não se Aplica

15. Se sim, que tipo de formação? **Check all that apply.*

- Disciplina específica durante a faculdade
- Curso básico de Cuidados Paliativos
- Formação integrada no programa da especialidade em Serviço específico de Cuidados Paliativos
- Formação ao longo da especialidade sem rotação em Serviço específico de Cuidados Paliativos
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Competência Médica em Cuidados Paliativos
- Other: _____

16. Tem formação específica em luto? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

17. Se sim, em que momento da sua formação? **Mark only one oval.*

- Pré-graduada
- Pós-graduada
- Não se Aplica

18. Trabalha em Cuidados Intensivos? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

19. Trabalha em urgência / emergência? **Mark only one oval.*

- Sim
 Não

20. No Serviço em que trabalha, existe alguma reunião para discussão dos casos de doentes em fim de vida ou de doentes falecidos? **Mark only one oval.*

- Sim
 Não

21. Com que regularidade? **Mark only one oval.*

- Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Ocasionalmente ou se solicitado
 Não se Aplica

22. Já sofreu a perda de um familiar ou pessoa muito significativa? **Mark only one oval.*

- Sim
 Não

23. Se sim, há quanto tempo?*Mark only one oval.*

- Há menos de um mês
 Entre um e seis meses
 Entre seis meses e um ano
 Há mais de um ano
 Não se Aplica

24. Sente-se competente para cuidar um doente no fim de vida, acompanhar a sua morte e comunicar com os familiares? **Mark only one oval.*

- Sim
 Não

25. Perante um doente em situação de final de vida, consideraria pedir apoio especializado de cuidados paliativos? **Mark only one oval.*

- Sim
 Não

26. Se não, porquê? (escolher todas as que se aplicam) **Check all that apply.*

- Sem recursos no local onde trabalha
- Não vê vantagem / Não acrescenta nada ao que faz habitualmente
- Já pediu outras vezes e não se sentiu confortável com as decisões e orientações tomadas
- Considera que expor os doentes em processo de morte a falar do tema da finitude da vida lhes traz mais angústia e sofrimento
- Ausência de resposta em tempo útil
- Não considera pertinente que outros profissionais possam interferir no plano de intervenção, porque poderá comprometer a relação e o seguimento do doente
- Não se Aplica
- Other: _____

27. Perante um doente em situação de final de vida, consideraria pedir apoio especializado de luto? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

28. Se não, porque motivo? (escolher todas as que se aplicam) **Check all that apply.*

- Sem recursos no local onde trabalha
- Não vê vantagem / Não acrescenta nada ao que faz
- Já pediu outras vezes e não se sentiu confortável com as orientações tomadas
- Sem resposta em tempo útil
- Após a morte do doente, a responsabilidade de seguir os familiares enlutados compete a outros profissionais
- Considera que expor a família a mais consultas após a morte do doente é gerador de mais angústia e sofrimento
- Não se Aplica
- Other: _____

Escala de Sobrecarga de Luto Profissional

29. Para cada alínea escolha apenas uma opção *

Mark only one oval per row.

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo fortemente
Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos	<input type="radio"/>				
Sinto que estou a perder a minha liberdade	<input type="radio"/>				
Não tenho ninguém com quem conversar	<input type="radio"/>				
Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente	<input type="radio"/>				
Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	<input type="radio"/>				
Lidar com a morte e a agonia assemelha -se a uma perda dupla... perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	<input type="radio"/>				
Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar	<input type="radio"/>				
Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal	<input type="radio"/>				
Sinto -me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes	<input type="radio"/>				
Tenho insónias, porque estou preocupado com o que está acontecer aos meus doentes e como actuarei no dia seguinte	<input type="radio"/>				
As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar	<input type="radio"/>				
Sinto -me tão frustrado que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	<input type="radio"/>				
Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço	<input type="radio"/>				
Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	<input type="radio"/>				
É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	<input type="radio"/>				

Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

30. Para cada alínea escolha apenas uma opção *

Mark only one oval per row.

	Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo
A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito pensamentos acerca da morte a todo o custo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredito que irei para o Céu depois de morrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte porá fim a todos os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturba-me o facto da morte ser irreversível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte é uma passagem para um local de satisfação plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte permite escapar deste mundo terrível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte é a libertação da dor e do sofrimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento sempre não pensar na morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte é um aspecto natural da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo
Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho um intenso medo da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito por completo pensar na morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tema da vida depois da morte perturba-me bastante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me.-me o facto de a morte significar o fim de tudo o que eu conheço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aguardo com expectativa a reunião com os que ameji, depois da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte é simplesmente uma parte do processo da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte oferece a maravilhosa libertação da alma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A morte não é boa nem má.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo Muitíssimo	Discordo	Discordo Moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Muitíssimo
Aguardo com expectativa a vida depois da morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Qualidade de vida profissional (PROQOL5), Satisfação e Fadiga de Compaixão

Ao prestar auxílio está a contactar diretamente com as vidas das pessoas. Como já deve ter percebido a compaixão que tem por quem ajuda pode afetá-lo(a). Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha o número que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

31. Para cada alínea, escolha apenas uma opção *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Eu sou feliz.	<input type="radio"/>				
Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.	<input type="radio"/>				
Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me ligado(a) aos outros.	<input type="radio"/>				
Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.	<input type="radio"/>				
Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.	<input type="radio"/>				
Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas.	<input type="radio"/>				
Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).	<input type="radio"/>				
Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por variadas coisas.	<input type="radio"/>				
Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio.	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.	<input type="radio"/>				
Eu tenho crenças que me sustentam.	<input type="radio"/>				
Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.	<input type="radio"/>				
Eu sou a pessoa que sempre quis ser.	<input type="radio"/>				
O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).	<input type="radio"/>				
Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.	<input type="radio"/>				
Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador.	<input type="radio"/>				
Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei.	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.	<input type="radio"/>				
Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.	<input type="radio"/>				
Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador.	<input type="radio"/>				
Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.	<input type="radio"/>				
Eu sou uma pessoa muito carinhosa.	<input type="radio"/>				
Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.	<input type="radio"/>				

Muito Obrigada!

Muito obrigada pela sua participação!

Os resultados deste trabalho serão divulgados ao Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, à Administração Regional de Saúde do Norte e aos Agupamentos de Centros de Saúde de Gaia e de Espinho-Gaia.

Powered by





Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com>

Re: Pedido de autorização

1 message

Georgeana Gama <ggama17@yahoo.com>
Reply-To: Georgeana Gama <ggama17@yahoo.com>
To: Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com>

Fri, Jun 9, 2017 at 8:40 PM

Boa tarde Dra Andreia

Agradeço o seu mail e claro que poderá utilizar a escala que estará ao seu dispor e espero grande sucesso para o seu estudo que li com atenção o seu projeto e acho bastante pertinente e ajudar todos os profissionais a reflectir sobre a abordagem da morte que é sobretudo uma abordagem humana, a olhar para a morte não como um fracasso pq ela faz parte da vida e é um acontecimento que se tem que viver. Todos os médicos têm que reflectir que não estamos em relação com uma doença, mas comum a pessoa que tem uma doença o que torna tudo diferente e qd fazemos o luto profissional há que reflectir em 3 aspectos importantes

O que recebi da pessoa X

O que dei à pessoa X

Que problemas causei à pessoa X

E assim vamos fazendo o luto profissional...

Sempre ao dispor GMG

On Friday, June 9, 2017 6:55 PM, Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com> wrote:

Exma. Sra. Professora Georgena Gama,

O meu nome é Andreia Capela e sou Oncologista no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho. Estou a trabalhar no meu projecto de investigação conducente a grau de Mestre em Cuidados Paliativos, intitulado "O Luto nos Médicos". O estudo consistirá na aplicação de questionários a profissionais médicos a exercer no meu centro hospitalar e nos ACES Gaia e Espinho/Gaia. O estudo tem como objectivo caracterizar a expressão de luto profissional, atitudes perante a morte e qualidade de vida profissional e a influência de factores sociodemográficos, pessoais e profissionais em cada uma destas dimensões. Como tal, vinha por este meio solicitar a autorização para utilização da escala por si traduzida e validada para Português - Escala de Sobrecarga de Luto Profissional. Em anexo envio o meu projecto de forma a poder avaliar e dar o seu parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Capela



Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com>

Re: Pedido de autorização

1 message

luisloureiro@esenfc.pt <luisloureiro@esenfc.pt>
To: Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com>

Mon, Jun 12, 2017 at 2:57 PM

Olá Andreia
Parabéns pelo projecto.

Poderá utilizar a escala. A forma de cotação é:

Este instrumento multidimensional é constituído por 32 itens em formato de resposta tipo likert. Trata-se de uma versão revista da DAP (Gesser, 1987) de Wong et al.(1994) com cinco dimensões, medo da morte, evitamento da morte, atitude de aceitação neutral, atitude de aceitação como aproximação e atitude de aceitação como escape.

Os itens de cada dimensão e o cálculo dos scores de cada dimensão são apresentados de seguida:

Medo da morte = (DAP01+DAP02+DAP07+DAP18+DAP20+DAP21+DAP32)/7

Evitamento da morte = (DAP03+DAP10+DAP12+DAP19+DAP26)/5

Dimensões de aceitação:

Neutral = (DAP06+DAP14+DAP17+DAP24+DAP30)/5

Aproximação=(DAP04+DAP08+DAP13+DAP15+DAP16+DAP22+DAP25+DAP27+DAP28+DAP31)/10

Escape= (DAP5+DAP9+DAP11+DAP23+DAP29)/5

Se precisares de alguma coisa adicional, podes contactar-me por aqui ou para 918096250.
Luís Loureiro

Eu tenho uma versão em pdf da escala, bem melhor que esta e só ocupa uma página. Esta é um bocado horrível. Tenho-a no computador portátil.

Citando "Andreia Capela" <andreia.capela@gmail.com>:

Exmo. Sr. Professor Luis Loureiro,

O meu nome é Andreia Capela e sou Oncologista no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho. Estou a trabalhar no meu projecto de Investigação conducente ao Grau de Mestre em Cuidados Paliativos com o título "O Luto nos Médicos". O estudo consistirá na aplicação de questionários a profissionais médicos a trabalhar no meu centro hospitalar e nos ACES Gaia e Espinho/Gaia. O estudo tem como objectivo caracterizar a expressão de luto profissional, atitudes perante a morte e qualidade de vida profissional e avaliar a influencia de factores sociodemograficos, pessoais e profissionais em cada uma destas dimensões.

Como tal, vinha por este meio solicitar a sua autorização para utilização da escala por si traduzida e validada - Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte.

Ema nexa envio o meu projecto de forma a poder avaliar e dar o seu parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Capela

This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.

 noname
48K



Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com>

Re: Pedido de autorização

1 message

Pedro Carvalho <corta@portugalmail.pt>
To: andreia.capela@gmail.com

Sun, Jun 11, 2017 at 11:51 AM

Bom dia cara Andreia,

Desde já peço desculpa pela demora na resposta, estava no estrangeiro de férias e não vi o email.

Desde já agradeço o interesse em utilizar o instrumento. Quando tiver disponível consultarei o projeto. Tem a autorização para o sua aplicação.

Se quiser pode também recorrer á versão PT existente no site da ProQOL, que eu não conheço, nem sei em que contextos foi validada.

Envio em anexo a escala, o manual da escala e a minha tese de mestrado para que assim saibam utilizá-la.

Tenham em atenção um pormenor e que se refere à obtenção dos Zscores (ver documento: Dummies Guide, págs 7-8)

Votos de bom trabalho,

Cumprimentos,
Pedro Carvalho

4 attachments

 **1. Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal - Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos - Pedro Carvalho - v.final.pdf**
7643K

 **Dummies Guide to SPSS.pdf**
217K

 **C. ProQOL5 - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011).pdf**
161K

 **ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf**
1092K



Andreia Capela <andreia.capela@gmail.com>

Aprovação_ProjetoDissertação_AndreiaMarques | Mestrado em Cuidados Paliativos

1 message

InstFA <instfa@medicina.ulisboa.pt>

Fri, Apr 1, 2016 at 7:36 PM

To: "andreia.capela@gmail.com" <andreia.capela@gmail.com>

Cc: Centro Bioética <cbioetica@medicina.ulisboa.pt>, InstFA <instfa@medicina.ulisboa.pt>

Boa tarde Dra Andreia Marques

Senhor Professor

Informamos que em reunião de 22 de março de 2016, o Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com base na apreciação positiva e recomendação do conselho de Mestrados aprovou o projeto de dissertação da Lic. Andreia Filipa Baptista Capela Marques ao grau de mestre em Cuidados Paliativos.

Mais se informa que tem **12 meses** para conclusão da dissertação, até final de **março de 2017**. Findo este período e caso necessite pode prolongar a entrega da dissertação pelo período de 1 ano. Este pedido deve ser formalizado mediante parecer do orientador (es) por este período de prorrogação será devida uma propina, a definir anualmente.

A inscrição anual é de carácter obrigatória definida e comunicada anualmente pelos serviços.

Recorda-se a necessidade de obter a aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML).

O processo deve ser instruído com os documentos indicados e submetido por e-mail para ana.pimentel@hsm.min-saude.pt, Ana Cristina Neves, para mais informações sobre os documentos necessários à Comissão de Ética consultar: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/apoio-tecnico/comissao-de-etica-do-centro-academico-de-medicina-de-lisboa-chln-fmul-imm-ln-fml>

- 3.1 Pedido de parecer dirigido à Comissão de Ética do CAML (CHLN/FMUL/IMM);
- 3.2 Questionário da Comissão de Ética;
- 3.3 Projecto de Investigação;
- 3.4 Folheto Informativo e Consentimento Informado dirigido aos participantes;
- 3.5 Autorização do Director do Serviço onde o trabalho se irá realizar e Enf^a Chefe (caso seja na área de Enfermagem);
- 3.6 Curriculum Vitae dos requerentes (Investigadores e colaboradores);
- 3.7 Autorização da CNPD dependendo da natureza dos dados a tratar.

Com os melhores cumprimentos



Ana Cristina Moura Mota

INSTITUTO de FORMAÇÃO AVANÇADA

T: +351 21 798 51 00 // E: 44520

@: goncalom@medicina.ulisboa.pt // instfa@medicina.ulisboa.pt

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Av. Prof. Egas Moniz | 1649-028 Lisboa

www.medicina.ulisboa.pt

3 attachments



logosUL.DOCX
84K



MAprovaçãoDissertaçãoNomeaçãoJúri.pdf
197K



Recomendações da Formatação da Dissertação.pdf
291K



Presidente

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares (CHLN e CAML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luisa Figueira (CAML)

Membros

Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHLN)

Profª. Doutora Ana Isabel Lopes (CHLN)

Padre Fernando Sampalo (CHLN)

Mestre Enfª. Graça Roldão (CHLN)

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML)

Prof. Doutor João Lavinha (CAML)

Profª. Doutora Maria do Céu Rueff (CAML)

Profª. Doutora Matalda Videla (CAML)

Prof. Doutor Mário Miguel Rosa

Dra. Mónica Capristano (CHLN)

Exma. Senhora

Dra. Andreia Filipa Batista Capela Marques

Travessa do Covelo, N° 162

4200-241 PORTO

Lisboa, 23 de Fevereiro de 2018

Nossa Ref. N° 358/17

Assunto: Estudo "O Luto nos Médicos"

Relator – Dra. Mónica Capristano

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito da Dissertação Original do Curso de Especialização conducente ao grau de Mestre em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 6 de Fevereiro de 2018, parecer favorável da Comissão de Ética.

O estudo obedece aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados em matéria de investigação clínica, reflectindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como desígnio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares

Celia Gomes Pinto

De: Celia Gomes Pinto
Enviado: domingo, 16 de julho de 2017 20:19
Para: ugitorax.circulacao; ugicirurgia; ugimcdt; ugimedica; ugimulhercricanca;
ugipsiquiatria; ugianestesia.intensivismo.urgencia
Assunto: Trabalho de investigação: O Luto nos Médicos
Anexos: Untitled_16072017_175408.pdf

Importância: Alta

ATT: UGI's

Exmos.(as) Senhores(as)

Por indicação do r. Diretor Clínico, Dr. J.P. Moreira da Silva, serve o presente para solicitar o parecer de V. Ex.ªs sobre a aplicação do estudo que se envia em anexo, intitulado "O Luto nos Médicos".

Ficamos a aguardar a V/resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Celia Gomes Pinto

Secretariado do Conselho de Administração



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



HOSPITAL DE
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, E.P.E.

Rua Conceição Fernandes S/N, 4434-502 Vila Nova de Gaia, Portugal

TEL 227 865 122 | MOVEL 962 053 683 | FAX 227 838 635

www.chvng.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Já conhece o Portal SNS?



www.sns.gov.pt



PARECER

146/2017

“Trabalho de investigação: O Luto nos Médicos”

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

INVESTIGADOR: Dra. Andreia Filipa Marques

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 29 / 06 / 2017

Nada a opor. Cumpre os requisitos necessários para a sua aprovação.

Documentos analisados:

Documento da CES;
Projeto.

O Presidente da CES



(Dra. Helena Figueiredo)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 29 / 06 / 2017

Handwritten notes in the top left corner: "Parecer", "Dr. J.P. Moreira de Silva", "Diretor Clínico", and "ASUGIS" with a large 'X' mark.



**CENTRO
HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

Comissão de Ética

Tipo de trabalho:

Estudo quantitativa, transversal, descritivo através de aplicação de questionários

Âmbito:

Académico

Profissional

1. Identificação da investigação/trabalho

a - Nome do investigador principal:

Andreia Filipa Baptista Capela Marques

b - Nome do orientador (se aplicável):

Prof. Dr. António Barbosa (FMUL)

c - Título da investigação/trabalho

O Luto nos Médicos

d - Serviço(s) onde será realizada a investigação/trabalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho e ACES da área de influência do Centro Hospitalar

e - Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?

SIM

NÃO

f - Tempo previsto para o decurso da investigação/trabalho

3 meses

g - Objetivos da investigação/trabalho

- Caracterizar a expressão de luto profissional, as atitudes perante a morte e a qualidade de vida profissional dos médicos;
- Avaliar a influência de características sociodemográficas na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional nos médicos;
- Avaliar a influência de dados pessoais e profissionais na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional nos médicos

h - População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)

Médicos a exercer funções no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho e ACES da área de influência do Centro Hospitalar

i - Tipo de amostragem

Aleatória, dependente da voluntariedade dos profissionais médicos

j - Variáveis consideradas (se aplicável)

Variável dependente: Luto profissional

Variáveis independentes: atitude perante a morte, qualidade de vida profissional, variáveis de caracterização socio-demografica, pessoal e profissional

k – Método de colheita de dados (questionário, entrevistas ...)

Questionário

l- Quem colhe os dados?

Investigador principal

2. Riscos/Benefícios

a - A investigação/trabalho envolve:

Doentes Acompanhantes/família Profissionais
Outros Quais? _____

b – Que benefícios poderão advir para os participantes?

Contacto com escalas validadas de avaliação das dimensões de luto profissional, qualidade de vida profissional e atitudes perante a morte.
Maior consciencialização para a presença de luto nos profissionais de saúde, nomeadamente nos médicos

c – Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?

Incómodo de preenchimento de questionário.

3. Confidencialidade e anonimato

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?

SIM NÃO

4. Consentimento

a – Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?

SIM NÃO NÃO Aplicável

b – Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objetivos, riscos e benefícios decorrentes desta investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?

SIM NÃO NÃO Aplicável

c – A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente)?

NÃO NÃO Aplicável

SIM Quais? _____

d – Que razões justificam este envolvimento?

e – Como pretende obter o consentimento?

5. Propriedade dos dados

a – Exigindo a investigação/trabalho a constituição de uma base de dados, está pedido o parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (Lei nº 67/98 de 25 de Outubro)?

SIM NÃO NÃO Aplicável

b – Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?

SIM NÃO

6. Aspectos financeiros

a – A investigação/ trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?

NÃO NÃO Aplicável

SIM Quem suportará os custos? _____

b – A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?

NÃO NÃO Aplicável

SIM Quem suportará os custos? _____

c – Esta investigação/trabalho é financiado?

NÃO NÃO Aplicável

SIM Por quem? _____

7. Conflito de interesses

SIM

NÃO

8. Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo-assinado, Andreia Filipa Baptista Capela Marques, na qualidade de Investigador Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras.

NOTA: Quando aplicável anexar exemplar do Consentimento Informado, do (s) instrumento (s) de colheita de dados.

Vila Nova de Gaia, 9/ Junho / 2017

Andreia Capela
O Investigador Principal/Autor



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Mestrado em Cuidados Paliativos

Projecto destinado à elaboração de uma dissertação original no âmbito do Curso de Cuidados Paliativos

O Luto nos Médicos

Aluna: Dr.^a Andreia Capela

Orientador: Professor Doutor António Barbosa

Janeiro 2016

Introdução

A morte é um acontecimento inevitável e universal que desencadeia sentimentos de perda nos sobreviventes que se relacionaram com o falecido. O luto é um processo de reação a uma perda com significado pessoal profundo. A morte é talvez a instância em que a perda é mais evidente, mas muitas outras perdas desencadeiam lutos, e o processo de morrer, em si, pode representar várias perdas.

Os profissionais de saúde estão expostos ao processo de morte e ao sofrimento dos doentes que cuidam. Para os médicos o contacto com esta situação em algum momento da sua formação ou carreira, é inevitável. Nas especialidades clínicas, os médicos estabelecem relações com os doentes que decorrem em vários contextos, diferentes frequências de assistência e que podem assumir graus de proximidade e intensidade variáveis. Em algumas situações o contacto com doentes em fim de vida é muito frequente, como na Oncologia e nos Cuidados Paliativos, noutras especialidades a relação com o doente e a família é muitas vezes longa e o acompanhamento do doente é por vezes feito numa relação muito próxima, inclusivamente com visitas domiciliárias, como é o caso da Medicina Geral e Familiar. Noutras especialidades há um grande investimento na vida do doente, mas nem sempre é possível evitar a morte, como é o caso da Medicina Intensiva. Ou ainda a Pediatria, onde para além de lidar com a criança doente e as suas especificidades de luto, há ainda que lidar com o luto dos pais. (Granek et al., 2015) Mas não só na Pediatria, em todas as situações de morte o médico fica confrontado com o luto dos familiares e cuidadores, e com o seu sofrimento de perda, e também este pode ser um fator de stress. (Ellison and Ptacek, 2002) Idealmente, em muitas situações de doença avançada, o acompanhamento dos doentes é feito por equipas multidisciplinares e as decisões tomadas em equipa. Contudo, muitas outras situações apenas há intervenção do médico, sem hipótese de partilha de decisões e responsabilidades. Além de que ao médico compete a comunicação de diagnóstico e prognóstico, a discussão das propostas terapêuticas e a sua prescrição, e sobre esses aspetos tem de assumir a responsabilidade. É também ao médico que compete a verificação e certificação de óbito. Já no que se refere à comunicação do óbito, quando este acontece na ausência de familiares, esta varia consoante as instituições, podendo ser efetuada por médicos ou por enfermeiros. Esta exposição ao sofrimento humano e a todo o processo que envolve a morte e o morrer podem por vezes originar sofrimento pessoal no profissional. A consciência desta possibilidade, o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e a verificação de auto-cuidados são essenciais para que os profissionais, nomeadamente os médicos, possam elaborar o luto dos seus doentes e evitem as consequências nefastas do contacto frequente com a morte. A não observância

destas estratégias poderá levar ao surgimento de sintomas físicos e psíquicos com consequências na vida profissional e pessoal.(Redinbaugh et al., 2001) (Sanso et al., 2015) Na prática clínica o médico poderá manifestar embotamento emocional, distanciamento afetivo e indiferença, que podem minar a relação com os doentes e familiares.

Contudo, estas experiências permitem também o questionamento pessoal e existencial, e a sua integração de forma menos traumática poderá mesmo associar-se a um processo de crescimento pessoal. (Tedeschi and Calhoun, 1996)

Vários fatores têm sido implicados no processo de luto profissional: características relativas ao médico, relativas ao doente, relativas à relação estabelecida e relativas às organizações. Dos fatores intrínsecos aos profissionais destacam-se a idade, a existência de formação específica em cuidados de fim de vida e luto, a elaboração do sentido de vida, o estilo de vinculação, a coexistência de doenças graves, a concomitância de outros lutos e as experiências pessoais e profissionais prévias. (Sanso et al., 2015)

O suporte da equipa e colegas de trabalho e o acompanhamento especializado por profissionais competentes em luto poderá melhorar as estratégias de adaptação a situações de morte dos doentes. (Artiss and Levine, 1973) (Parkes, 1998)

Embora nas últimas décadas tenham progressivamente entrado na formação académica médica as questões relacionadas com o cuidar em fim de vida, o lugar da autonomia do doente e a primazia de não maleficiência em situações em que a medicina não tem demonstrado benefício, muitos currículos ainda não abordam este tema em profundidade.

Os estudos publicados abordaram a problemática do luto em profissionais de saúde no global ou em categorias profissionais específicas como os enfermeiros ou os médicos. Em Portugal alguns estudos foram conduzidos englobando várias categorias profissionais (Andrade, 2007) e outros abrangendo apenas enfermeiros (Gama, 2013; Gomes, 2014), havendo uma certa lacuna na abordagem específica do processo de luto profissional médico e a sua relação com diferentes variáveis como a especialidade, a formação prévia, o nível de exposição à morte e as atitudes perante a morte.

Este assunto parece-me pertinente no contexto médico pela escassez de estudos no domínio do luto em médicos e também por abordar um tema que muitas vezes os profissionais menosprezam: a forma como eles próprios vivenciam as experiências dolorosas dos seus doentes.

Objetivos

- Caracterizar a expressão de luto profissional, as atitudes perante a morte e a qualidade de vida profissional dos médicos;
- Avaliar a influência de características sociodemográficas na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional nos médicos;

- Avaliar a influência de dados pessoais e profissionais na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional nos médicos.

População de Estudo e Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. O estudo será aplicado através de um questionário escrito anónimo aos médicos do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e aos médicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Gaia e Gaia / Espinho. Será solicitada a participação voluntária realçando os objetivos do trabalho.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e experiencial (QSDE): incluindo variáveis sociodemográficas (idade, género, estado), experiência profissional (nº de anos, tipo de serviço, categoria profissional); formação em cuidados paliativos (pré e pós-graduada); grau de cuidados prestados a doentes terminais (grau de exposição à morte/ luto profissional).

Atitudes perante a morte: Death Attitude Profile (DAP-R) (Wong et al., 1994; Loureiro, 2010)

Expressão de luto profissional: Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP) (Gama, 2011)

Qualidade de vida: Escala Professional Quality of Life 5 (Carvalho, 2011)

Organização

Será pedida a divulgação do estudo através do Departamento de Comunicação do Centro Hospitalar e dos ACES. Para além disso será feita abordagem pessoal a médicos sensibilizando-os para o preenchimento do questionário. Foram já estabelecidos contatos com os responsáveis de ambos os ACES implicados e disponibilizada informação relativamente aos procedimentos a efetuar. Será contactado o Departamento de Comunicação do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e pedida divulgação do projeto, enquanto simultaneamente se abordarão os diretores de serviço. O projeto desenvolver-se-á ao longo de 4 fases: abordagem das instituições e cumprimento das exigências burocráticas; distribuição dos questionários nas unidades envolvidas e sua recolha após preenchimento; análise estatística dos dados; elaboração da dissertação final.

Exequibilidade do Projeto

O estudo será submetido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e da ARS Norte. O estudo dependerá da participação voluntária dos médicos.

Condições de Acolhimento e Orientação

O estudo será realizado no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho e dos ACES Gaia e Gaia/Espinho. A dedicação ao projeto será em tempo parcial, fazendo uso de horário extra-laboral e períodos de férias.

Bibliografia:

- Andrade, T., 2007, Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde, Universidade de Lisboa.
- Artiss, K. L., and A. S. Levine, 1973, Doctor-patient relation in severe illness. A seminar for oncology fellows: *N Engl J Med*, v. 288, p. 1210-4.
- Carvalho, P., 2011, Estudo da Fadiga de Compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: Tradução e Adaptação Cultural da Escala "Professional Quality of Life 5", Universidade Católica Portuguesa.
- Cote, T., 2008, Evaluating the Grief Experience in Hospice Clinicians: *Journal of Palliative Medicine*, v. 11, p. 342 (abstract).
- Ellison, N. M., and J. T. Ptacek, 2002, Physician interactions with families and caregivers after a patient's death: current practices and proposed changes: *J Palliat Med*, v. 5, p. 49-55.
- Gama, G., 2013, O luto profissional nos enfermeiros, Universidade Católica Portuguesa.
- Gama, G. M., F. Barbosa, and M. Vieira, 2011, Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação: *Cadernos de Saúde*, v. 4, p. 57-64.
- Gomes, S., 2014, O luto em enfermeiros expostos à morte dos doentes: a realidade do IPOCFG, EPE, Universidade do Porto.
- Granek, L., U. Bartels, K. Scheinmann, and M. Barrera, 2015, Challenging patient deaths in pediatric oncology: *Support Care Cancer*, v. 23, p. 2349-56.
- Loureiro, L. M. d. J., 2010, Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM) Revista de Enfermagem Referência, v. III, p. 101-108.
- Marwit, S. J., and T. M. Meuser, 2005, Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients: *Death Stud*, v. 29, p. 191-205.
- Parkes, C. M., 1998, The dying adult: *BMJ*, v. 316, p. 1313-5.
- Redinbaugh, E. M., J. M. Schuerger, L. L. Weiss, A. Brufsky, and R. Arnold, 2001, Health care professionals' grief: a model based on occupational style and coping, *Psychooncology*, v. 10: England, 2001 John Wiley & Sons, Ltd., p. 187-98.
- Sanso, N., L. Galiana, A. Oliver, A. Pascual, S. Sinclair, and E. Benito, 2015, Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death, *J Pain Symptom Manage*, 2015 American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Published by Elsevier Inc.
- Stamm, B. H., 2015, ProQOL, http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf.
- Tedeschi, R. G., and L. G. Calhoun, 1996, The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma: *J Trauma Stress*, v. 9, p. 455-71.
- Wong, P. T., G. T. Reker, and G. M. A. Gesser, 1994, Death Attitude Profile – Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death., in R. A. Neimeyer, ed., *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*: Washington, DC, Taylor & Francis., p. 121-148.



InstFA <instfa@medicina.ulisboa.pt>
to me, Centro

4/1/16

Boa tarde Dra Andreia Marques
Senhor Professor

Informamos que em reunião de 22 de março de 2016, o Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com base na apreciação positiva e recomendação do conselho de Mestrados aprovou o projeto de dissertação da Lic. Andreia Filipa Baptista Capela Marques ao grau de mestre em Cuidados Paliativos.

Mais se informa que tem **12 meses** para conclusão da dissertação, até final de **março de 2017**. Findo este período e caso necessite pode prolongar a entrega da dissertação pelo período de 1 ano. Este pedido deve ser formalizado mediante parecer do orientador (es) por este período de prorrogação será devida uma propina, a definir anualmente.

A inscrição anual é de carácter obrigatória definida e comunicada anualmente pelos serviços.

Recorda-se a necessidade de obter a aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML).

O processo deve ser instruído com os documentos indicados e submetido por e-mail para ana.pimentel@hsm.min-saude.pt. Ana Cristina Neves, para mais informações sobre os documentos necessários à Comissão de Ética consultar: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/apoio-tecnico/comissao-de-etica-do-centro-academico-de-medicina-de-lisboa-chln-fmul-imm-ln-fml>

- 3.1 Pedido de parecer dirigido à Comissão de Ética do CAML (CHLN/FMUL/IMM);
- 3.2 Questionário da Comissão de Ética;
- 3.3 Projecto de Investigação;
- 3.4 Folheto Informativo e Consentimento Informado dirigido aos participantes;
- 3.5 Autorização do Director do Serviço onde o trabalho se irá realizar e Enfª Chefe (caso seja na área de Enfermagem);
- 3.6 Curriculum Vitae dos requerentes (Investigadores e colaboradores);
- 3.7 Autorização da CNPD dependendo da natureza dos dados a tratar.

Com os melhores cumprimentos



Ana Cristina Moura Mota

INSTITUTO DE FORMAÇÃO AVANÇADA

FW: Prescrição da inscrição no Mestrado em Cuidados Palaitivos

Inbox x



Antónia Ferreira

Jun 7 (2 days ago) ↕

to me, abarbosa, Formação

Bom dia Dr.ª Andreia Capela,

Desde abril de que se encontra em prorrogação, uma vez que completou um ano a 22.03.2017, e assim está até 15 de Setembro.

Se até 15 de Setembro não conseguir entregar a dissertação tem que ser equacionada a possibilidade de solicitar a reinscrição de forma a que possa inscrever-se no ano lectivo 2017-2018 para conclusão do grau.

Quanto à alteração do projecto pelo que depreendo da leitura da declaração não necessita de aprovação pois é uma continuidade do anterior.

Assim, aguardamos que nos diga se precisa de mais um ano lectivo para concluir.

Estas medidas são preventivas no sentido de alertar para o cumprimento dos prazos, que sabemos com a correria do dia-a-dia facilmente são ultrapassados.

Cumprimentos,



Antónia Ferreira

INSTITUTO DE FORMAÇÃO AVANÇADA

T: 217 985 100 // E: 47009

@: pereiraferreira@medicina.ulisboa.pt; avancada@medicina.ulisboa.pt

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Av. Prof. Egas Moniz | 1649-028 Lisboa

www.medicina.ulisboa.pt



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 20
REUNIÃO DE 2018, 05, 09

DELIBERADO CONCORDAR

09.05.2018

DATA : 21.março.2018

INFORMAÇÃO Nº 061/2018

Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 59/2018

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 59/2018 sobre o Estudo "O luto nos médicos", aprovado na reunião de 6 de fevereiro de 2018, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

[Signature]
Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.

[Signature]
Paula Duarte
Vogal do CD

[Signature]
Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C.D.

[Signature]
Rita Moreira
Vice-Presidente do CD





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Helena B...
uu

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 59/2018

Sobre o estudo T853 – “O luto nos médicos”

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T853, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora Andreia Filipa Baptista Capela Marques, Assistente Hospitalar de Oncologia Médica no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), sobre o estudo intitulado “O luto nos médicos”, a realizar no âmbito do projeto de dissertação do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, sob orientação do Prof. Doutor António Barbosa, no CHVNG/E e Agrupamentos de Centros de Saúde Gaia e Espinho/Gaia.
2. Fazem parte do processo de avaliação *o curriculum vitae* da Investigadora, o protocolo de investigação, com cronograma e orçamento, questionário para caracterização sociodemográfica, pessoal e profissional, Escala de Sobrecarga de Luto Profissional, com a autorização da autora da versão portuguesa, Prof. Doutora Georgiana Marques da Gama, Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte, com a autorização do autor da versão portuguesa, Prof. Luís Manuel de Jesus Loureiro, Escala de Qualidade de Vida Profissional, com a autorização do autor da versão portuguesa, Mestre Pedro Carvalho, declaração de compromisso de confidencialidade e anonimato dos dados e da utilização destes apenas neste projeto, declaração de entrega a esta CES de uma cópia do resultado final do trabalho, declaração do Orientador do projeto, Prof. Doutor António Barbosa, e declaração da Diretora Executiva do ACES Gaia, Dra. Isabel Chaves e Castro.
3. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, cujo objetivo geral é caracterizar a expressão de luto profissional, as atitudes perante a morte e a qualidade de vida profissional numa amostra de médicos. Como objetivo específico, avaliar a influência de características sociodemográficas e de dados pessoais e profissionais na expressão de luto, nas atitudes perante a morte e na qualidade de vida profissional dos médicos.
4. A população do estudo será constituída por médicos em atividade no CHVNG/E e nos ACES Gaia e Espinho/Gaia. Da amostra constarão os médicos que responderem voluntariamente ao questionário.
5. A recolha de dados será efetuada através de questionário *online* a ser preenchido de forma anónima e voluntária.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Está garantido o consentimento informado, esclarecido e livre pelos participantes.
2. Está garantido o respeito pelos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos seus dados clínicos.



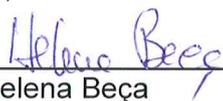
3. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para investigação.
4. Estão garantidos os princípios éticos da igualdade, justiça e autonomia, com respeito pelos valores, interesses e opções pessoais dos participantes.

C – Conclusões

1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.
2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.
3. Não obstante, deve ser obtida a autorização da Diretora Executiva do ACES Espinho/Gaia. ✓

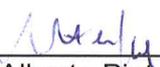
Aprovado na reunião de 6 de fevereiro de 2018, por unanimidade.

O relator,



Mestre Helena Beça

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Projeto / Estudo n.º 13/2017
Data de Receção: 4/18/2017

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Andreia Filipa Baptista Capela Marques

Contacto telefónico: 917163485

E.Mail: andreia.capela@gmail.com

Qualificação Académica: Mestrado Integrado em Medicina

Funções que desempenha: Assistente Hospitalar de Oncologia Médica
Instituição : Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

Designação do Estudo: O Luto nos Médicos

Área científica em que se enquadra o estudo: Comportamento humano

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): Início em Janeiro de 2016 – fim previsto para Setembro 2017 com possibilidade de prorrogação por 1 ano

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Quantitativa



Palavras – chave: Luto, médicos, perda, cuidados paliativos, fim de vida

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

(Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Prof Dr António Barbosa
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral:
(Em anexo)

Metodologia:
População alvo
Critérios de inclusão
Método de recolha dados (anexar instrumento recolha)
(em anexo)

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS:
Colaboração dos profissionais médicos no preenchimento do inquérito



Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Grande Porto VII - Gaia.

Data: Vila Nova de Gaia, 14 de Junho de 2017

Assinatura:

Andreia Filipa Baptista Capela Marques

Projeto/Estudo nº 13/2017
Data de Receção: 4/8/2017

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável desde que Não Favorável

Data: 10.08.2017

Obtido o parecer positivo do Conselho

Assinaturas:

A DIRETORA EXECUTIVA
ACeS Grande Porto VII - Gaia

Nada a opor á sua realização,

(Dra. Isabel Chaves e Castro)



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 6 DATA: 11/05/2018

DE: Núcleo de Investigação do ACES Espinho/Gaia

PARA: ACES Espinho/Gaia

ASSUNTO: O luto nos médicos

O Núcleo de Investigação do ACES Espinho/Gaia considera pertinente e relevante o trabalho acima referido, não se opondo à realização do mesmo desde que asseguradas as seguintes condições:

- Não resulte em qualquer encargo adicional para o ACES;
- Tenha parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte;
- Tenha autorização expressa dos Coordenadores das Unidades onde se vai realizar o estudo.

À Consideração Superior

Coordenadora do Núcleo de Investigação

Dra. Helena Beça

