

Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação

Overload Professional Grief Scale (SLP): construction and validation

Georgiana Marques da Gama*[†]; Filipe Barbosa; Margarida Vieira

Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa

Resumo

A prática dos profissionais de saúde em contexto clínico pode desencadear sobrecargas diversas que, por vezes, conduzem a quadros de *burnout* ou fadiga de compaixão. No entanto, a exposição à morte e a perdas repetidas pode condicionar um tipo de sofrimento que designámos de sobrecarga de luto profissional ou luto insulado.

Objectivo: Construção e validação da Escala de Sobrecarga Luto Profissional (SLP) que procura avaliar a intensidade do “luto insulado” em profissionais de saúde expostos a mortes frequentes.

Método: Amostra de 360 enfermeiros (taxa de resposta de 70.6% da totalidade de enfermeiros) dos serviços de medicina interna, oncologia, hematologia e cuidados paliativos de cinco instituições de saúde do Distrito de Lisboa.

Resultados: Da análise factorial de componentes principais resultaram quatro factores multidimensionais do luto: F1 – confinamento atormentado; F2 – esforço emocional no cuidar; F3 – perda nostálgica; F4 – partilha incompreendida. Para além de uma boa consistência interna (alpha de Cronbach. 81) a SLP revelou uma boa validade de constructo, convergente e discriminativo.

Conclusão: A SLP evidenciou boas características psicométricas considerando-se útil para expandir as possibilidades de avaliação das consequências da sobrecarga por perdas em profissionais de saúde, constituindo-se num novo instrumento disponível para o estudo do luto profissional.

Palavras-chave: luto, validação, escala, enfermeiro. ◀◀

Introdução

A prestação de cuidados de saúde de enfermagem é modelada por vários factores pessoais, técnicos, organizacionais, bem como pela natureza e estágio da doença e pelas características pessoais do doente e respectivos familiares. Numa fase inicial da

Summary

The practice of health professionals in the clinical setting can trigger several overloads that sometimes lead to staff burnout or compassion fatigue. However exposure to death and repeated losses may make a kind of suffering that we have designated overload of professional grief.

Objective: Development and validation of a Scale of Overload Professional Grief (SLP) that seeks to assess the intensity of the overload of professional grief or “insulated grief” in healthcare workers exposed to frequent deaths.

Method: A sample of 360 nurses (response rate of 70.6% of all nurses) from services of internal medicine, oncology, hematology and palliative care of five health institutions in the district of Lisbon.

Results: Principal components factor analysis resulted in four multidimensional factors of grief: F1 – tormented confinement; F2 – emotional stress in care; F3 – nostalgic loss, F4 – misunderstood sharing. In addition to good internal consistency (Cronbach’s alpha. 81), SLP showed good construct, convergent, discriminative validity.

Conclusion: The SLP showed good psychometric characteristics considered to be useful to expand the possibilities of assessing the impact of losses on overload of health professionals, becoming a new tool available for the study of professional grief.

Keywords: grief, validation, scale, nurse. ◀◀

doença, a esperança de cura e de uma sobrevivência prolongada determina certos esforços e satisfações específicos, mas, quando o enfermeiro acompanha situações de fim de vida, outros aspectos específicos dominam a situação.

Nestas últimas condições os enfermeiros frequentemente envolvidos em situações de luto antecipatório

* ggama@ics.lisboa.ucp.pt

são muitas vezes pressionados para procedimentos de futilidade terapêutica com questionamento da adequação e da proporcionalidade de determinados protocolos de tratamento, são também confrontados com desejos de antecipar a morte, com interrogações sobre o significado da vida, com ansiedade perante a morte, mas também com questionamento sobre a sua própria finitude.

As situações podem ser particularmente exigentes se o doente é muito jovem ou do mesmo grupo etário do enfermeiro ou quando este desenvolveu uma identificação que conduza ao receio de vir a ter a mesma doença, ou quando se criou uma relação muito próxima com o doente ou ainda quando muitas mortes ocorreram em pouco tempo.¹

No processo de cuidar, os enfermeiros, ao estabelecerem relações com os doentes e familiares na fase final do contínuo da doença, podem também sentir que não têm/tiveram tempo suficiente para estabelecer a relação que consideravam mais benéfica para ajudar os doentes a lidar com aproximação da morte, ou que não foi possível uma “despedida”.^{2,3}

Muitas vezes os profissionais confrontam-se também com limitações dos sistemas de saúde e com constrangimentos financeiros impostos aos doentes e famílias, são por outro lado sujeitos a tensões e conflitos de valores interpessoais e profissionais sentidos dentro da própria equipa.^{4,5}

Existem ainda outros factores que podem intervir neste processo como o género do enfermeiro, a sua idade e formação profissional, estado civil e factores de personalidade como a “hardy personality”⁶ e a capacidade de perceber o seu mundo com significado, controlo e coerência (*sense of coherence*).⁷

Estas situações e certas condições de trabalho podem gerar uma exagerada sobrecarga e tensão com consequências que podem assumir diferentes modalidades: *burnout*, fadiga de compaixão ou o que designámos de sobrecarga de luto profissional ou “luto insulado”.

O *burnout* é referido como um estado de fadiga ou frustração, motivado pela consagração a uma causa (grande envolvimento pessoal, motivação, empenho), a um modo de vida, ou a uma relação que não vem corresponder às expectativas.⁸ O conceito foi desenvolvido inicialmente por Freudenberger⁹ mas foi Maslach em 1996¹⁰ que o operacionalizou em 3 dimensões fundamentais: a exaustão emocional com esgotamento físico e psicológico, falta de energia, fadiga e sentimentos de frustração e derrota; a despersonalização com estabelecimento

de relações frias, distantes, insensíveis e atitudes negativas inapropriadas, indiferentes em relação aos doentes ou utentes; e o sentimento de falta de realização pessoal ou profissional com sentimento de incompetência, falta de compreensão e de eficácia, falta de capacidade e produtividade de projectos e propósito profissional.

O termo “fadiga de compaixão” foi pela primeira vez descrito por uma enfermeira (Joinson¹¹), e pode ajudar os profissionais de saúde a categorizar os sentimentos e os estados de esgotamento experienciados, tendo sido associado à designação de *stress* traumático secundário por Fingley.¹² Refere-se a uma profunda exaustão física, emocional, espiritual acompanhada de dor espiritual, resultado de uma longa exposição ao sofrimento dos outros, à escuta e descrição de acontecimentos traumáticos experimentados pelos outros, habitualmente num contexto de pouco apoio emocional no local de trabalho e autocuidado reduzido, manifestando-se habitualmente por evitamento do lugar ou das coisas que relembram os acontecimentos, pensamentos e imagens intrusivas dos acontecimentos, dificuldades em dormir, respostas súbitas de irritação e de susto e um humor deprimido passivo.

Esta síndrome poderia ser considerada específica dos profissionais de ajuda, que escutam acontecimentos traumatizantes na história dos seus clientes/doentes; surge, portanto, mais como uma consequência natural do cuidar de pessoas em sofrimento do que uma resposta ao ambiente de trabalho (sobrecarga profissional, sobrecarga e falta de apoio profissional) como o *burnout*.

O início da síndrome de *burnout* é lento, assumindo a forma de um tédio crónico com o local de trabalho, podendo ocorrer em qualquer ramo profissional como consequência de um desequilíbrio entre a expectativa e o investimento inicial num dado trabalho e o resultado entretanto obtido, durante muito tempo o profissional não se dá conta desta situação de desgaste, contrariamente ao que acontece com a fadiga de compaixão que assume muitas vezes formas mais agudas e conscientes.

Se o *burnout* se refere predominantemente às profissões ligadas aos serviços, a fadiga de compaixão refere-se especificamente às profissões de ajuda/cuidado. Dentro destas, podemos considerar uma particular modalidade de sofrimento, o “luto insulado”, que diz respeito preferencialmente à vivência do processo de luto profissional nos enfermeiros e outros profissionais de saúde que estão sujeitos a lutos repetidos na sua prática profissional.

A tentativa de suprimir os sentimentos associados com a morte de um doente pode levar os enfermeiros a um processo que Broshe¹³ apelidou “Stress Cascade”. Este quadro inicia-se com a exposição do enfermeiro a um estímulo stressante como é a morte de um doente. A este estímulo normalmente associam-se outros, como as condições clínicas do doente, o ambiente do serviço onde se luta contra a morte (por exemplo unidades de cuidados intensivos) e as respostas rápidas e decisivas fundamentais em momentos de crise. Dado que os enfermeiros, para além de viverem este ambiente, têm que continuar a prestar cuidados a outros doentes este estímulo é muitas vezes inevitável e como resultado os enfermeiros não têm suporte adequado ou tempo para fazer o luto da situação, o que os pode levar a um desgaste emocional.

Na realidade os profissionais que trabalham em contextos quer de urgência, quer de serviços de oncologia, hematologia, de Cuidados Paliativos ou outros, acumulam perdas de natureza diversificada que se tornam uma parte integrante da sua vida profissional. Estas perdas¹⁴ podem-se referir a: uma relação próxima com um doente particular; à identificação do profissional com a dor dos membros da família; à perda de expectativas, finalidade própria não cumprida; perdas de sistema de crenças pessoais e visões do mundo e da vida; perdas antigas não resolvidas; perdas futuras antecipadas.

O estar atento ao significado e consequências destas perdas ocorridas no trabalho dos profissionais de saúde levanta várias questões: como é que os profissionais de saúde processam o seu luto profissional? Como é que esse processo afecta as suas atitudes e procedimentos nos cuidados aos doentes e família? Como é que esse processo afecta as suas vidas pessoais as suas atitudes acerca da sua própria morte futura?

A resposta a estas perdas cumulativas podem ter efeitos na prática profissional que importa identificar, detectar, avaliar, prevenir e superar.

Neste âmbito propusemos construir um instrumento que respondesse a esses desideratos, no sentido de ser mais uma ajuda com que o profissional de saúde possa contar para prevenir estados de sofrimento elevado.

Objectivos

Construção de uma escala que permita avaliar a sobrecarga de luto profissional.

Caracterização dos perfis diferenciais da SLP dos profissionais enfermeiros em diferentes contextos, quanto ao luto profissional.

Metodologia

Procedimento

Esta escala foi construída a partir dos itens da “Development of a Short Form Inventory” e do “Hospice Clinician Grief Inventory”, nela baseada, depois de obtida a respectiva autorização dos autores. Estes dois instrumentos procuram medir a experiência actual e pessoal de luto dos cuidadores familiares de doentes com demência progressiva para a primeira e da experiência de profissionais de saúde trabalhando em hospícios para a segunda.

Os cinquenta itens iniciais foram traduzidos para a língua portuguesa por dois tradutores profissionais, cuja língua mãe é o português. A versão de consenso foi sujeita a um grupo de oito peritos da área de enfermagem (4), psicologia (1), psiquiatria de ligação/consulta de luto (1) e cuidadores informais (2).

Foi utilizado o modelo de Delphi até se encontrar o consenso entre os peritos para a selecção dos vinte (20) itens considerados mais pertinentes para caracterização da experiência de luto profissional. O critério de escolha dos peritos deveu-se não só a uma preparação académica, mas também à experiência individual do fenómeno de luto em serviço, pois considerámos que este último critério seria essencial para determinar a validade de conteúdo dos itens. Foram seleccionados os itens que obtiveram 80% do consenso, assim como, itens considerados teoricamente significativos pelos autores.

Desta primeira fase do trabalho resultaram dezoito itens (18) que constituíram a primeira versão da escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP). É uma escala tipo Likert, em que os itens são classificados em cinco (5) categorias (1, discordo fortemente; 2, discordo; 3, concordo um pouco; 4, concordo e 5, concordo fortemente).

A SLP foi construída de forma a que quanto maior pontuação obtida maior o nível de sobrecarga de luto profissional.

Foi realizado um pré-teste a cinco profissionais de saúde desenvolvendo a sua actividade profissional em contexto oncológico, de cuidados paliativos e de psicologia da saúde. Este procedimento teve como objectivos testar a compreensão das instruções, bem como dos diferentes itens, a receptividade e a adesão aos conteúdos (equivalência operacional),

clareza da informação, o formato, agradabilidade visual e a facilidade e tempo de preenchimento. Foi melhorado o processo de cotação e o novo formato foi testado com sucesso, com melhoria franca na visualização da escala total.

Após autorização para colheita de dados nas várias unidades de saúde, foram contactados os enfermeiros chefes de cada serviço, a quem se apresentaram pormenorizadamente os objectivos e procedimentos da investigação, bem como a garantia da manutenção da confidencialidade dos dados.

Foi estabelecido com cada um, o momento propício de colheita de dados consoante a disponibilidade de cada local de trabalho para o estudo.

Amostra

A população constituiu-se pela totalidade dos enfermeiros (N= 510) dos serviços de medicina interna, oncologia, hematologia e cuidados paliativos de 5 instituições de saúde do Distrito de Lisboa, que foram seleccionados intencionalmente.

A amostra integrou 360 enfermeiros (taxa de resposta 70,6%) com uma média de idade de 30,5, d.p. 8.01 (22-60 anos), predominantemente do sexo feminino 86,7%. Quanto ao estado civil, 68,6% eram solteiros, 26,4% casados, 4,7% divorciados, 0,6% viúvos. Referiram um tempo de exercício profissional entre 1 e 35 anos, com uma média = 7,87 anos; d.p. +7,8. Quanto à categoria profissional, a maioria tem a categoria de enfermeiro 70,6%; 23,1% enfermeiro graduado e 6,4% de enfermeiro especialista. 6,23% possuem o grau de mestre e 46,6% formação em cuidados paliativos pré ou pós-graduada. Quanto aos cuidados prestados a doentes em situação terminal 48,3% dos enfermeiros prestavam cuidados diariamente; 33,9% semanalmente e os restantes 17,8% quinzenalmente ou menos.

Quanto ao serviço em que prestavam cuidados 52,8% faziam-no medicina interna, 13,6% em oncologia, 19,4% em hematologia, e 14,2% em cuidados paliativos.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários serviços no que diz respeito à idade, género, estado civil, tempo de exercício. Nos serviços de medicina verifica-se uma maior percentagem de enfermeiros com formação pré-graduada em cuidados paliativos e nos serviços de cuidados paliativos uma maior percentagem de enfermeiros com formação pós-graduada em cuidados paliativos. A prestação de cuidados em doentes em fase terminal em serviços de medi-

cina era maior quando comparados com os outros serviços.

Tabela I – Caracterização sociodemográfica

Idade (\bar{x} anos)	30.5 + 8.01
Género	86.7
Feminino (%)	
Estado Civil (%)	
Solteiro	68.6
Casado	26.1
Divorciado/separado	4.7
Viúvo	0.6
Categoria Profissional	
Enfermeiro	70.6
Enfermeiro Graduado	23.1
Enfermeiro Especialista	6.4
Experiência profissional (\bar{x} anos)	7.87 +/- 7.80
Cuidados Prestados em fim de vida	
Diariamente	48.3
Semanalmente	33.9
Quinzenalmente	6.7
Mensalmente	6.4
Ocasionalmente	3.3
Nenhuma vez	1.4
Local de trabalho (%)	
Medicina Interna	52.8
Oncologia	13.6
Hematologia	19.4
Cuidados Paliativos	14.2
Formação pós-graduada	
Mestrado (%)	6.3
Formação em Cuidados Paliativos (%)	
Sem formação pré e pós-graduada	32.8
Com formação pré-graduada sem pós-graduada	40.6
Sem formação pré-graduada e com pós-graduada	11.8
Com formação pré e pós-graduada	10.7

Tratamento estatístico

Utilizaram-se técnicas de estatística descritiva (frequência, medida de tendência central e dispersão), bem como técnicas inferenciais, análise bivariadas, com teste de *t-student* para amostras independentes e teste de qui-quadrado na comparação de frequência entre variáveis nominais, correlação de Pearson, análise de regressão múltipla passo a passo para cada variável dependente, análise factorial de componentes principais.

Resultados

Características psicométricas

A fidelidade da SLP (18 itens) foi verificada através da análise de consistência interna pelo coeficiente de alpha de Cronbach (.75).

A homogeneidade foi calculada aferindo a correlação de cada item com a nota global, tendo sido utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Atendendo a que três itens (“Perdi pessoas que me eram próximas e isso torna difícil cuidar de outras que estão a morrer”; “Tenho tido dificuldade em aceitar o que acontece aos meus doentes e às famílias”; “Sinto um sentimento constante de responsabilidade, que não me abandona”) não apresentavam os valores considerados adequados de acordo com critérios de Streiner e Norman¹⁵, ou seja, superior a 0.2, foram eliminados ficando a escala a contar com 15 itens.

Todos os itens apresentaram um *alpha* de Cronbach entre 0.78 e 0.86 sendo o alpha de Cronbach total (.81) e em relação a cada factor (F1=.78, F2=.82, F3 =.86, F4 =.81).

Validade de constructo

Para analisar a validade de constructo da SLP, recorreu-se à análise factorial para reter agrupamentos de conceitos fortemente ligados entre si (factores). Utilizou-se previamente o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.869) que indica uma boa correlação entre as variáveis e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 1925.087$, $p < .0001$), que revela um nível estatisticamente significativo. Tendo ambos os testes sugerido que o modelo factorial seria uma boa escolha para análise de dados, utilizou-se o critério de Kaiser na extracção do número de componentes a reter, utilizando como critério a retenção de factores que apresentassem valores próprios > 1.00 .

Através da análise de componentes principais, com rotação varimax ortogonal foi possível extrair quatro (4) factores representando uma variância explicada de 56,26 % (Factor 1 = 34,76%; Factor 2 = 8,29%; Factor 3 = 7,21%; Factor 4 = 6,00%). (Tabela II)

Ao factor 1 foi designado “Confinamento atormentado”; integra 7 itens (2, 5, 6, 10, 12, 13, 14), refere-se a situações em que o profissional de saúde, exposto a perdas múltiplas cumulativas, manifesta

Tabela II – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal com 4 factores

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
2) Sinto que estou a perder a minha liberdade	.70			
12) Sinto-me tão frustrado que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	.70			
13) Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço	.67			
5) Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	.67			
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	.64			
14) Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	.60			
10) Tenho insónias, porque estou preocupado com o que está acontecer aos meus doentes e como actuarei no dia seguinte	.59			
15) É doloroso cuidar de doentes em fase terminal		.78		
8) Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal		.77		
9) Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes		.54		
1) Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos			.84	
4) Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente			.67	
3) Não tenho ninguém com quem conversar				.76
7) Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar				.67
11) As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar				.61

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 factor 2 foi designado “Esforço emocional no cuidar”, integra 3 itens (8, 9, 15), refere-se à dor mental ou às dificuldades emocionais sentidas que ocorrem no cuidar destes doentes em fase terminal comparativamente com outros tipo de doentes.

O factor 3 foi designado “Perda nostálgica”, integra 2 itens (1, 4), refere-se aos sentimentos de ausência, saudade e/ou vazio relativo aos doentes falecidos.

O factor 4 foi designado “Partilha incompreendida”, integra 3 itens (3, 7, 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.

Os 4 factores correlacionam de forma estatisticamente significativa, entre eles e com o total (Tabela III)

Validade Convergente

Para a validade convergente comparou-se correlacionalmente as quatro subescalas e o total do SLP com as três (3) subescalas de Maslach, tendo-se verificado correlações altamente, estatisticamente, significativas das três dimensões da escala com três das dimensões e o total da SLP. O factor 3 (perda nostálgica) não se correlaciona com nenhuma das dimensões da escala do Maslach, afigura-se esperável porque esta escala mede a sobrecarga mas não a especificidade da perda (Tabela IV).

Tabela III – Correlação entre os factores da SLP

	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>
F1				
F2	. 469 . 000			
F3	. 462 . 000	. 312 . 000		
F4	. 524 . 000	. 289 . 000	. 283 . 000	
Total	. 845 . 000	. 691 . 000	. 595 . 000	. 682 . 000

Validade Discriminante

A validade discriminante foi avaliada comparando os *scores* das várias subescalas e o total em várias populações de enfermeiros em serviços diferentes, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas na intensidade de luto profissional nos vários grupos seleccionados (Tabela V).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com *scores* mais baixos, em todas as subescalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos

Tabela IV – Matriz de correlações entre as dimensões do MAS e o SLP

<i>MAS</i>	<i>F1</i> <i>Confinamento atormentado</i>	<i>F2</i> <i>Esforço emocional no cuidar</i>	<i>F3</i> <i>Perda nostálgica</i>	<i>F4</i> <i>Partilha incompreendida</i>	Total
Exaustão emocional	. 375 .000	. 268 . 000		. 273 .000	. 351 .000
Despersonalização	. 306 .000	. 179 . 001		.181 .001	. 247 .000
Realização profissional	-. 200 .000	-. 103 . 049		-. 105 . 045	-. 150 .004

Tabela V – Valores do SLP consoante os serviços

	<i>Total</i> <i>N = 360</i>	<i>Medicina</i> <i>N= 187</i>	<i>Oncologia</i> <i>N=48</i>	<i>Hematologia</i> <i>N= 69</i>	<i>Cuidados Paliativos</i> <i>N= 59</i>
F1 – Confinamento atormentado	12.94	13.06	13.60	13.70	11.14
F2 – Esforço emocional no cuidar	8.98	9.29	9.02	9.58	7.25
F3 – Perda nostálgica	5.43	5.41	4.85	5.91	5.41
F4 – Partilha incompreendida	7.96	7.78	7.83	8.71	7.73
Total	35.31	35.54	35.31	37.90	31.53

serviços de cuidados paliativos comparados com os enfermeiros dos serviços de hematologia, excepto no factor 3 “perda nostálgica” (F1- $t = 3.42$; $p < .001$; F2 - $t = 5.83$; $p < .001$; F4 $t = 2.80$; $p < 0.23$; Total $t = 4.73$; $p < .0001$).

Ocorrem diferenças estatisticamente significativas com *scores* mais baixos, em todas as subescalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos, excepto nos factores 3 e 4 “perda nostálgica” e “partilha incompreendida” e no total comparados com os enfermeiros dos serviços de oncologia (F1 $t = 2.68$; $p < .009$; F2 $t = 3.29$; $p < .001$; Total $t = 2.08$; $p < .041$).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com *scores* mais baixos, em todas as subescalas e no total da SLP, nos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos, excepto no factor 3 e 4 “perda nostálgica” e “partilha incompreendida” comparados com os enfermeiros dos serviços de medicina (F1 $t = 3.25$; $p < .001$; F2 $t = 5.63$; $p < .0001$; Total $t = 3.44$; $p < .001$).

Apuraram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, apresentando o género feminino *scores* mais elevados de SLP nos F 1 ($t = 2.06$; $p < .040$), F 3 ($t = 3.01$; $p < .003$), Total ($t = 2.24$; $p < .026$).

Tabela VI – Correlações entre as variáveis sociodemográficas com as dimensões da SLP

	F1	F2	F3	F4	Total
Género Feminino (t)	206 .04		3.01 .003		2.24 .026
Idade (r)	.11 0.43			.17 .001	.14 .006
Tempo de exercício Profissional (r)				.16 .002	.12 .026
Formação em CP (r)		-.25 .0001			-.14 .011
Grau de prestação de cuidados terminais (r)		-.16 .002			
Categoria Profissional (r)				2.00 .04	

Verificou-se ainda quanto à idade uma correlação positiva estatisticamente significativa com F1 ($r = .11$; $p < .043$); F 4 ($r = .17$; $p < .001$) SLP total ($r = .14$; $p < .006$).

Quanto ao tempo de exercício profissional existe uma correlação estatisticamente significativa com F4 “partilha incompreendida” ($r = .16$; $p < .002$) e SLP Total ($r = .12$; $p < .026$).

Relativamente à formação em cuidados paliativos assinalou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com F2 “esforço emocional no cuidar” ($r = -.25$; $p < .0001$), SLP Total ($r = -.14$; $p < .011$).

No grau de frequência de prestação de cuidados terminais destacou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa F2 “esforço emocional no cuidar” ($r = -.16$; $p < .002$).

Quanto à categoria profissional, verificou-se que os enfermeiros com a categoria de graduados e especialistas apresentavam um melhor *score*, estatisticamente significativo, no F4 (partilha incompreendida) ($T = 2.00$; $p < .04$).

Conclusão

As análises de fidelidade e validade de SLP evidenciaram um padrão de dados sugerindo que as subescalas da SLP fornecem informação fidedigna e válida sobre o luto profissional (SLP), apesar de não ter sido possível efectuar a análise teste – reteste para verificar a estabilidade ao longo do tempo, devido ao formato de anonimato do protocolo. Foi possível verificar que os coeficientes alpha de Cronbach para as subescalas e valores totais eram internamente consistentes e que os dados da validação produziram uma rede de correlações que eram no geral consistentes com a estrutura conceptual da SLP.

A quase totalidade das subescalas (SLP), excepto o factor 3 (perda nostálgica), mostrou uma forte correlação com as subescalas de outro instrumento de *stress* profissional com conteúdos similares em quase todas as outras dimensões.

Consideramos que a SLP é recomendada para estudos futuros, considerando que expande as possibilidades de abordagem de que os investigadores dispõem para estudarem o processo de luto profissional.

Uma das limitações do estudo é o facto de ser transversal, não permitindo uma análise de trajectória do processo de luto profissional só garantido por um estudo longitudinal.

Bibliografia

1. Redinbaugh EM, Schuenger JM, Weiss L, Brufsky A & Arnold R. Health Care Professionals' grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-oncology* 2001; 10: 187-198.
2. Stebniki MA. Stress and grief reaction among rehabilitation professionals: dealing effectively with empathy fatigue. *Journal of Rehabilitation* 2000; 66: 23-30.

3. Wessel E, Rutledge D. Home care and hospice nurses' Attitudes toward death and caring for dying. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2005; 7(4): 212.
4. French SE, Lenton R, Walters V & Eyles J. An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of nursing Measurement* 2000; 8:161-178.
5. Moremen P. What is the meaning of life? Women's spirituality at the end of life Span. *Omega* 2005; 50(4):309-330.
6. Kobasa SC. Stressful live events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J.Pers Soc Psychol* 1979; 37:1-11.
7. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and atay well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
8. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burnout: recent developments in theory and research.* New York: Taylor & Francis; 1993. p. 19-32.
9. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974; 30 (1): 159-165.
10. Maslach C, Jackson SE & Leiter MP. *Maslach burnout inventory manual.* 3.ªed. Palo Alto. CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
11. Joinson C. Coping with compassion fadigue. *Nursing* 1992; 22(4):116-122.
12. Fingley CR. Compassion Fadigue as a secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR, editor. *Compassion fadigue.* New York: Brunner/Mazel; 1995. p.1-20.
13. Brosche TA. Death, dying, and the ICU nurse: Dimensions of Critical Care Nursing 2003; 22:173-179.
14. Papadatou D, Anagnostopoulos F & Monos D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br. J. Med. Psychol.* 1994; Jun. v.67(2): 187-199.
15. Streiner DL & Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.* Oxford: Oxford Medical Publications; 1989.