


Fatores do ambiente de trabalho no enfrentamento da morte de pacientes entre enfermeiros espanhóis: uma pesquisa transversal*

Maria Povedano-Jimenez¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0472-5733>

Genoveva Granados-Gamez²

 <https://orcid.org/0000-0001-9933-5422>

Maria Paz Garcia-Caro¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2763-2572>

Objetivo: explorar a capacidade de autopercepção entre enfermeiros espanhóis que lidam com a morte do paciente e sua relação com o ambiente de trabalho, a prática baseada em evidências e o estresse ocupacional. Método: pesquisa transversal pela internet coletou informações de uma amostra de conveniência de 534 enfermeiros das Faculdades Profissionais Espanholas que responderam a quatro questionários: Escala de Enfrentamento da Morte, Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem, Percepção da Prática Baseada em Evidências (EBP, acrônimo em inglês) e Escala de Estresse em Enfermagem. Resultados: 79% das participantes eram mulheres com média de 40 anos, 38% tinham pós-graduação e 77% trabalhavam em ambiente de saúde pública. Muitos enfermeiros avaliaram seu ambiente de trabalho como desfavorável (66%), relataram alto estresse ocupacional ($83,5 \pm 14,9$) e altas pontuações em conhecimento/habilidades em EBP ($47,9 \pm 11,3$). No entanto, 61,2% deles consideraram um enfrentamento ótimo (pontuação >157). O modelo logístico multivariado indicou associações positivas com o ambiente de trabalho e as características da EBP (OR: 1,30, $p = 0,054$; OR: 1,04, $p = 0,007$; OR: 1,13, $p < 0,001$, respectivamente), mas negativas com estresse ocupacional e curta experiência de trabalho (OR: 0,98, $p = 0,0043$; OR: 0,74, $p < 0,002$, respectivamente). Esses fatores explicaram 23,1% da variância de enfrentamento ($p < 0,001$). Conclusão: embora a maioria dos enfermeiros considerasse um enfrentamento ótimo, a situação poderia ser melhorada pela modificação de vários fatores contextuais. A identificação desses fatores melhoraria a qualidade da assistência no final da vida, facilitando a gestão da enfermagem.




* Artigo extraído da tese de doutorado "Nursing competence in end-of-life care", apresentada à University of Granada, Facultad de Ciencias de la Salud, Granada, Andalucía, Espanha.

¹ University of Granada, Facultad Ciencias de la Salud, Granada, Andalucía, Espanha.

² University of Almeria, Ciencias de la Salud, Almeria, Andalucía, Espanha.

Descritores: Adaptação; Enfermagem; Cuidados no Final da Vida; Ambiente de Prática; Prática Baseada em Evidências; Estresse Ocupacional.

Como citar este artigo

Povedano-Jimenez M, Granados-Gamez G, Garcia-Caro MP. Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3234. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3279.3234>. mês dia ano

URL

Introdução

Independentemente da área de serviço profissional, um paciente moribundo é um fenômeno emocionalmente difícil⁽¹⁾ que pode influenciar como os profissionais lidam com a morte. Assim, os enfermeiros devem se sentir confiantes não só sobre sua capacidade de cuidar efetivamente dos pacientes moribundos⁽²⁾, mas também sobre sua capacidade de manter seu próprio bem-estar⁽¹⁾. As habilidades de enfrentamento da morte dos pacientes e condições favoráveis do ambiente de trabalho estão associadas à qualidade do atendimento no final da vida. Essas habilidades são essenciais para reduzir a insatisfação e o estresse⁽³⁾.

Alguns autores⁽⁴⁾ referem-se à complexa multimorbidade durante o atendimento no final da vida, enquanto outros⁽²⁾ afirmam que a gestão hospitalar não se compromete com as estratégias necessárias para garantir que os enfermeiros se sintam capazes de enfrentar esse aspecto de seu trabalho sem dificuldade. Portanto, para melhorar o cuidado no final da vida, é importante conhecer a percepção dos profissionais sobre o enfrentamento da morte, atitudes sobre o uso da pesquisa, características do ambiente de trabalho⁽⁵⁾ e o grau de estresse vivenciado durante o atendimento no final da vida.

Os enfermeiros podem expressar uma variedade de emoções e atitudes relacionadas aos cuidados no final da vida^(1,6), os quais são particularmente estressantes porque eles estão constantemente interpretando o luto ou a morte como um fracasso pessoal⁽⁷⁾. Alguns autores⁽⁸⁾ afirmam que os enfermeiros necessitam de uma ampla variedade de habilidades para lidar adequadamente com a morte e gerenciar seus próprios medos, crenças e atitudes em relação aos pacientes moribundos⁽⁹⁾.

O enfrentamento inadequado em relação à morte diminui a satisfação no trabalho⁽¹⁰⁾ e aumenta o estresse dos enfermeiros, comprometendo negativamente a qualidade do cuidado⁽¹¹⁾. Além disso, indivíduos que consideram estar lidando com a morte de forma otimizada, geralmente avaliam essas situações difíceis como desafios e se defrontam ativamente com o estresse ocupacional⁽¹²⁾.

O estresse ocupacional em cuidados paliativos é identificado como a combinação dos problemas envolvidos no cuidado ao próximo, a falta de estratégias de autocuidado e fatores organizacionais⁽¹³⁾. Os profissionais de saúde tendem a apresentar altas taxas de estresse ocupacional em situações de maior demanda clínica, longas horas de trabalho e pouco apoio do gestor⁽⁵⁾, enquanto um ambiente de trabalho favorável tem sido essencial para minimizar o impacto negativo do trabalho com pacientes moribundos⁽¹⁴⁾.

Anteriormente, enfermeiros especializados em situações de emergência e cuidados paliativos foram um forte indicador da percepção de enfrentamento durante o atendimento no fim da vida⁽⁶⁾. Hoje em dia, há um interesse especial crescente na aprendizagem experimental, pois a exposição constante ao processo de morte ajuda os enfermeiros a aprender sobre o cuidado de pacientes terminais⁽¹⁵⁾. O conhecimento insuficiente de enfermagem em pesquisas⁽¹⁶⁾ foi aprimorado por projetos educativos e guias de prática baseadas em evidências para o cuidado de pacientes moribundos e suas famílias⁽¹⁷⁾. Obstáculos como lacunas no conhecimento de pesquisa e o sentimento de falta de apoio e liderança por parte dos enfermeiros dificultam a implementação de cuidados baseados em evidências na prática⁽¹⁸⁾.

Em específico, os profissionais de cuidados intensivos reconhecem a falta de ensino e formação no final da vida como um obstáculo a cuidados de qualidade⁽¹⁹⁾. A instituição de saúde⁽²⁰⁾ e o aumento da conscientização entre os profissionais de cuidados paliativos são a força mais influente para superar barreiras no uso e desenvolvimento de pesquisas em enfermagem clínica e, assim, melhorar o atendimento no final da vida. Há evidências sobre a influência do ambiente de prática, estresse ocupacional e prática baseada em evidências nos cuidados no final da vida. Assim, saber se esses fatores estão relacionados à percepção dos enfermeiros ao lidar com pacientes moribundos pode ser essencial para os gestores de enfermagem, a fim de minimizar o impacto emocional⁽²¹⁾ e promover cuidados no final da vida de alta qualidade. No entanto, não foram encontrados estudos sobre se todas as percepções desses fatores por enfermeiros estavam associadas ao enfrentamento da morte. O objetivo do presente estudo é explorar a capacidade de autopercepção entre enfermeiros espanhóis que lidam com a morte do paciente e sua relação com o ambiente de trabalho, a prática baseada em evidências e o estresse ocupacional.

Método

Um estudo transversal foi projetado para incluir todos os enfermeiros profissionais registrados (RN) em qualquer uma das Faculdades Profissionais Espanholas de Enfermagem, empregados em diferentes instituições (ambientes gerais de saúde, UTI, saúde básica, cuidados paliativos, emergência, cirurgia, unidades psiquiátricas etc.), e com diferentes complexidades de serviços. Essas Faculdades Profissionais são associações de profissionais protegidos pelo Direito Estadual reconhecido por instituições públicas e privadas que representam e defendem os interesses profissionais dos membros.

O recrutamento foi realizado por amostragem de conveniência não aleatória, em todas as Faculdades Profissionais Espanholas de Enfermagem, após aprovação do estudo pelo Comitê Regional de Bioética e pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade Profissional de Enfermagem. Todos os enfermeiros cadastrados receberam uma carta de convite para participar do estudo, bem como os procedimentos para o preenchimento do conjunto de questionários auto aplicados. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro atualmente pertencente a uma Faculdade Espanhola Profissional de Enfermagem, saber ler e escrever em espanhol e ter acesso à Internet. Foi exigido o consentimento informado de todos os participantes. O tamanho da amostra foi baseado na população espanhola total de RN (274.817) em 31 de dezembro de 2014 (Instituto Nacional de Estatística Espanhol), resultando em um erro Tipo I de 5% (aumento de 384 participantes). Uma amostra final incluiu 534 enfermeiros que responderam às pesquisas online.

Após o acesso às informações detalhadas do estudo, os enfermeiros deram seu consentimento informado por escrito e participaram de modo individual e anônimo. Eles forneceram dados através de um conjunto de questionários no Google Drive, entre fevereiro de 2014 e abril de 2015.

Todos os administradores das Faculdades Profissionais de Enfermagem concordaram em fornecer o link para o site da pesquisa online. O estudo seguiu os princípios da Declaração de Helsinque e foi aprovado por todos os comitês de ética da Faculdade Profissional de Enfermagem.

Os participantes forneceram informações sociodemográficas. Dados demográficos e relacionados com o trabalho incluíram idade, sexo, nível educacional (graduação e pós-graduação), anos de prática de enfermagem, ambiente de trabalho (cuidados básicos e domiciliares, unidade geral de internação (por exemplo, Medicina Interna e Cirurgia) e/ou especializada (por exemplo, Oncologia, Ginecologia, Pediatria, atendimento crítico e de emergência), e tipo de centro de saúde (público, privado ou combinado). Além disso, eles preencheram quatro questionários específicos relacionados à sua autopercepção de competência profissional no enfrentamento da morte: Escala de Enfrentamento da Morte, Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem, Percepção da Prática Baseada em Evidências e Escala de Estresse em Enfermagem:

A. Escala de Enfrentamento da Morte (CDS; acrônimo em inglês)⁽²²⁾: Essa escala caracteriza o nível de autopercepção de enfrentamento com pacientes moribundos. Utilizou-se a versão espanhola⁽²³⁾ que foi previamente validada entre profissionais espanhóis de cuidados paliativos⁽²⁴⁾ e é formada por 30 itens pontuados por uma escala tipo Likert de 7 pontos [de 1 (discordo plenamente) a 7 (concordo plenamente)], com um

intervalo de pontuação de 30 a 210. Um valor de pontuação total inferior a 105 indica um enfrentamento inadequado, enquanto maior que 157 representa o enfrentamento otimizado⁽²³⁾. Um coeficiente alfa de Cronbach de 0,824 foi relatado previamente entre estudantes de enfermagem espanhóis⁽²³⁾.

B. Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem (PES-NWI; acrônimo em inglês): Esse questionário, previamente validado em enfermeiros espanhóis que atuam em contexto clínico (com coeficiente alfa de Cronbach de 0,90)⁽²⁵⁾, foi utilizado para caracterizar a natureza da prática profissional de enfermagem nos hospitais *Magnet* originais. Esta escala consiste num total de 32 itens classificados em cinco subescalas: 1) "participação dos enfermeiros em assuntos hospitalares" (8 itens); 2) "fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado" (9 itens); 3) "capacidade, liderança e apoio aos enfermeiros pelo gerente de enfermagem" (4 itens); 4) "adequação de equipe e recursos" (4 itens); e 5) "relações interprofissionais e prática conjunta" (7 itens). Todos os itens podem ser respondidos pela escala do tipo Likert [de 1 (discordo plenamente) a 4 (concordo plenamente)]. Cada pontuação da subescala foi calculada como a média das respostas dos itens da subescala. Além disso, a pontuação total da PES-NWI foi calculada como a média das cinco pontuações de subescalas. Valores acima de 2,5 em pelo menos quatro das cinco subescalas são considerados "favoráveis", "mistos" $\geq 2,5$ em duas subescalas e "desfavoráveis" $\geq 2,5$ em uma ou nenhuma subescala⁽²⁶⁾.

C. Questionário de Percepção de Prática Baseada em Evidências (EBPQ): A habilidade profissional na utilização de melhores conhecimentos para a tomada de decisões foi abordada pela versão espanhola do questionário de Prática Baseada em Evidências (EBP)⁽²⁷⁾, que consiste em 19 itens estruturados em três subescalas: 1) "prática da EBP" (6 itens); 2) "atitude em relação à EBP" (3 itens) e 3) "conhecimentos/habilidades associadas à EBP" (10 itens)⁽²⁸⁾. O coeficiente alfa de Cronbach foi 0,87 para os enfermeiros clínicos espanhóis; 0,929 para a subescala prática, 0,722 para atitude e 0,916 para a subescala conhecimentos/habilidades⁽²⁷⁾. Todos os itens são avaliados de 1 (discordo plenamente) a 7 (concordo plenamente). Pontuações altas indicam maiores atitudes positivas, uso e conhecimento em relação à eficácia clínica e EBP.

D. Escala de estresse em enfermagem (NSS): O questionário Escala de Estresse em Enfermagem avalia e detecta diferentes situações potencialmente estressantes na enfermagem⁽²⁹⁾. Utilizou-se a versão espanhola validada, com boa confiabilidade (coeficiente α de Cronbach de 0,89)⁽³⁰⁾. Esta escala consiste em 34 itens com quatro respostas possíveis (1 = nunca a 4 = muito frequentemente). As pontuações totais variaram de 34 (nível mínimo de estresse) a 136 (nível máximo de estresse).

Um banco de dados foi organizado automaticamente após cada participante preencher os questionários no Google Drive. Os fatores demográficos e relacionados ao trabalho da amostra foram analisados por meio de estatística descritiva. O intervalo interquartil (IQR) foi calculado para a média das dimensões avaliadas pelas escalas. As associações entre variáveis quantitativas foram determinadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Os testes de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney foram utilizados para comparar variáveis que não seguiram uma distribuição normal. A regressão linear simples foi utilizada para analisar o valor preditivo individual das dimensões avaliadas na Escala de Enfrentamento da Morte. Por fim, foram aplicados modelos multivariada de regressão linear e logística, utilizando o procedimento Stepwise para selecionar o melhor conjunto de preditores da percepção de enfrentamento da morte. Todas as análises foram realizadas com erro Tipo I de 5% e intervalo de confiança associado (IC) para cada parâmetro. A análise dos dados foi calculada utilizando o pacote estatístico SPSS versão 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

Resultados

As características sociodemográficas descritivas da população estudada (n = 534 enfermeiros), segundo sua autopercepção de competência profissional no enfrentamento da morte, estão apresentadas na Tabela 1. A maioria dos participantes (78,7%) era do sexo feminino, com média de 39,7 anos (faixa de 22 - 65 anos); 38% possuíam mais de 21 anos de experiência de trabalho, 66% possuíam graduação e a maioria trabalhava em ambiente de saúde pública (77%), principalmente em hospitais gerais (27,7%) e centros de atenção básica e domiciliar (27,7%) (Tabela 1). Mais da metade dos enfermeiros respondentes (61,2%) relataram sua percepção de enfrentamento da morte como otimizada (pontuação > 157). Em comparação com os enfermeiros mais velhos, os enfermeiros jovens relataram com mais frequência um enfrentamento inadequado (p < 0,001). Além disso, ser do sexo masculino, ter mais anos de experiência em enfermagem e trabalhar em contextos clínicos de saúde pública também se relacionaram positivamente e significativamente com as pontuações de autopercepção de enfrentamento da morte (p < 0,05).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos enfermeiros espanhóis participantes, recrutados entre fevereiro de 2014 e abril de 2015 (n = 534)

| Variáveis | n (%) | Escala de Enfrentamento da Morte | | p | Enfrentamento inadequado ≤ 105 | Enfrentamento otimizado ≥ 157 | p |
|---|------------|----------------------------------|------|--------|--------------------------------|-------------------------------|--------|
| | | Média | EP* | | n (%) | n (%) | |
| Idade (anos) | | | | | | | |
| ≤30 | 150 (28,1) | 128,7 | 27,6 | | 41 (38,3) | 77 (23,5) | |
| 31-42 | 162 (30,3) | 135,8 | 28,0 | <0,001 | 35 (32,7) | 94 (28,7) | <0,001 |
| 43-54 | 151 (28,3) | 142,9 | 29,1 | | 27 (25,2) | 110 (33,6) | |
| 55-65 | 71 (13,3) | 142,1 | 2,9 | | 4 (3,7) | 46 (14,1) | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 114 (21,3) | 142,6 | 28,4 | 0,006 | 15 (14,0) | 80 (24,5) | 0,06 |
| Feminino | 420 (78,7) | 135,0 | 28,4 | | 92 (85,9) | 247 (75,5) | |
| Experiência em enfermagem | | | | | | | |
| < 10 anos | 214 (40,1) | 129,9 | 27,0 | <0,001 | 56 (52,3) | 110 (33,6) | 0,003 |
| 10 - 20 anos | 118 (22,1) | 138,2 | 29,3 | | 22 (20,6) | 76 (23,2) | |
| > 20 anos | 202 (37,8) | 142,9 | 28,2 | | 29 (27,1) | 141 (43,1) | |
| Grau Acadêmico | | | | | | | |
| Graduação | 354 (66,3) | 135,1 | 28,4 | 0,038 | 74 (69,2) | 207 (63,3) | 0,156 |
| Pós-graduação | 180 (33,7) | 139,7 | 28,8 | | 33 (30,8) | 120 (36,7) | |
| Ambiente dos cuidados de saúde | | | | | | | |
| Cuidados críticos e emergência | 121 (22,7) | 135,2 | 30,8 | | 32 (29,9) | 70 (21,4) | |
| Unidade de Hospitalização Geral | 117 (21,9) | 138,9 | 27,4 | 0,883 | 18 (16,8) | 75 (22,9) | 0,532 |
| Unidade de Hospitalização Especializada | 148 (27,7) | 137,5 | 28,6 | | 28 (26,2) | 91 (27,8) | |
| Cuidados básicos | 148 (27,7) | 135,2 | 27,5 | | 29 (27,1) | 91 (27,8) | |
| Centro de Saúde | | | | | | | |
| Público | 411 (77,0) | 138,0 | 28,8 | 0,008 | 77 (72,0) | 261 (79,8) | 0,026 |
| Privado | 90 (16,9) | 128,9 | 27,2 | | 26 (24,3) | 42 (12,8) | |
| Co-público | 33 (6,2) | 141,4 | 26,3 | | 4 (3,7) | 24 (7,3) | |

*EP = Erro Padrão

Muitos enfermeiros (66%) avaliaram a qualidade de seu ambiente de trabalho como desfavorável (dados não apresentados), e apenas uma das cinco subescalas, "relações interprofissionais e prática conjunta", foi percebida como favorável ($2,5 \pm 0,8$; Tabela 2). Quanto à autoavaliação da implementação da EBP, a maior pontuação foi encontrada na subescala de conhecimento/habilidades ($47,9 \pm 11,3$). Nesse sentido, as melhores pontuações foram encontradas entre enfermeiros com pós-graduação para os três diferentes fatores da EBP (dados não mostrados), em comparação com uma menor formação acadêmica. Além disso, mais da metade dos participantes também relatou altos níveis de estresse ($83,5 \pm 14,9$) durante a assistência no final da vida (Tabela 2).

A correlação de Pearson mostrou que idade ($r = 0,182$, $p < 0,001$), pontuação total para o ambiente de prática de enfermagem ($r = 0,171$, $p < 0,001$) e "relações interprofissionais e prática conjunta" ($r = 0,172$, $p < 0,001$) se correlacionaram de forma significativa e positiva com o enfrentamento da morte. Também foram encontradas correlações positivas significativas entre a pontuação das três subescalas do EBQP, favoráveis a enfermeiros com autopercepção ótima de competência profissional no tratamento de pacientes moribundos (prática $r = 0,262$; atitude $r = 0,387$; conhecimento/habilidades $r = 0,240$; $p < 0,001$). Entretanto, as situações de estresse de enfermagem ocupacional

e o enfrentamento da morte apresentaram relação significativa e negativa ($r = -0,240$, $p < 0,001$), bem como entre estresse ocupacional e ambiente de trabalho ($r = -0,341$, $p < 0,001$). Foram também encontradas relações positivas e significativas entre as características do ambiente de trabalho e da EBP, destacando-se "fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado" com a prática ($r = 161$, $p < 0,001$) e atitude em relação à EBP ($r = 0,114$, $p < 0,01$) (dados não apresentados).

O contraste multivariado para os fatores PES-NWI indicou um efeito significativo do enfrentamento da morte ($F_{10;1056} = 2,481$; $p = 0,006$; $\eta^2 = 0,023$). Os participantes com percepção de inadequação do enfrentamento da morte tiveram menor pontuação na "adequação de equipe e recursos" ($1,7 \pm 0,6$) do que os participantes com autopercepção neutra ou autopercepção ótima de competência profissional no enfrentamento da morte ($2,0 \pm 0,7$). O contraste multivariado para os fatores EBP também indicou um efeito significativo na autopercepção da competência profissional no enfrentamento da morte ($F_6; 1060 = 13,317$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,070$). Os participantes com percepção otimizada de enfrentamento da morte apresentaram maior pontuação em todos os fatores da EBP e situações menos estressantes ($81,1 \pm 15,1$) do que os participantes com percepção de enfrentamento inadequado ou neutro com pacientes moribundos (Tabela 3).

Tabela 2 - Pontuações de escala e subescala dos questionários Enfrentamento da Morte, PES-NWI*, EBQP[†], e Estresse em Enfermagem entre enfermeiros espanhóis participantes, recrutados entre fevereiro de 2014 e abril de 2015 (n = 534)

| Variáveis do questionário | M [‡] | EP [§] | IQR | |
|--|----------------|-----------------|-------------------|-------|
| Pontuação geral de Enfrentamento da Morte | 136,7 | 28,6 | 134,2 | 139,1 |
| Enfrentamento inadequado (n = 107) | 95,3 | 10,7 | 93,3 | 97,4 |
| Enfrentamento otimizado (n = 327) | 155,3 | 16,8 | 153,6 | 157,3 |
| Pontuação total de PES-NWI* | 2,2 | 0,5 | 2,2 | 2,3 |
| Participação profissional em assuntos da instituição | 2,1 | 0,6 | 2,0 | 2,1 |
| Fundamentos de enfermagem da qualidade dos cuidados prestados | 2,4 | 0,6 | 2,4 | 2,5 |
| Liderança e apoio aos profissionais de enfermagem por gestores de enfermagem | 2,2 | 0,8 | 2,2 | 2,3 |
| Tamanho da equipe e adequação dos recursos humanos | 2,0 | 0,7 | 1,9 | 2,0 |
| Relações interprofissionais e práticas conjuntas | 2,5 | 0,8 | 2,5 | 2,6 |
| EBQP[†] | | | | |
| Prática de EBP [†] | 26,6 | 7,1 | 26,0 | 27,2 |
| Atitude em relação à EBP [†] | 16,8 | 3,7 | 16,5 | 17,2 |
| Conhecimento/Habilidades associadas à EBP [†] | 47,9 | 11,3 | 46,9 | 48,8 |
| Escala de Estresse em Enfermagem | 83,5 | 14,9 | 82,2 | 84,7 |

*PES-NWI = Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem; [†]EBQP = Questionário de Percepção da Prática Baseada em Evidências; [‡]M = Média; [§]EP = Erro Padrão; ^{||}IQR = Intervalo Interquartil; [†]EBP = Prática Baseada em Evidências

Tabela 3 - Associações entre enfrentamento da morte e questionários PES-NWI*, EBPQ[†] e Estresse em Enfermagem, entre os enfermeiros espanhóis participantes, recrutados entre fevereiro de 2014 e abril de 2015 (n = 534)

| Variáveis | Enfrentamento inadequado (<33) N = 107 | | Enfrentamento otimizado (>66) N = 327 | | Teste F [§] | | |
|--|---|-----------------|--|-----------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| | Média | EP [‡] | Média | EP [‡] | F _{2;531} [§] | p | η ^{2†} |
| Idade | 36,3 | 10,5 | 40,9 | 11,3 | 6,529 | 0,002 | 0,024 |
| Pontuação total de PES-NWI* | 2,1 | 0,5 | 2,3 | 0,5 | 9,433 | <0,001 | 0,034 |
| Participação profissional em assuntos da instituição | 1,9 | 0,6 | 2,1 | 0,6 | 4,950 | 0,007 | 0,018 |
| Fundamento em enfermagem da qualidade dos cuidados prestados | 2,3 | 0,5 | 2,5 | 0,6 | 5,534 | 0,004 | 0,020 |
| Liderança e apoio aos profissionais de enfermagem por gestores de enfermagem | 2,0 | 0,7 | 2,3 | 0,8 | 6,148 | 0,002 | 0,023 |
| Tamanho da equipe e adequação dos recursos humanos | 1,7 | 0,6 | 2,0 | 0,7 | 6,309 | 0,002 | 0,023 |
| Relações interprofissionais e práticas conjuntas | 2,3 | 0,7 | 2,6 | 0,8 | 8,215 | <0,001 | 0,030 |
| EBPQ[†] | | | | | | | |
| Prática de EBP** | 24,4 | 6,9 | 27,7 | 6,9 | 10,290 | <0,001 | 0,037 |
| Atitude em relação a EBP** | 14,5 | 4,6 | 17,8 | 2,8 | 38,960 | <0,001 | 0,128 |
| Conhecimento/habilidades associadas à EBP** | 44,4 | 12,3 | 49,7 | 10,7 | 11,446 | <0,001 | 0,041 |
| Escala de Estresse em Enfermagem | 88,4 | 12,3 | 81,1 | 15,1 | 11,826 | <0,001 | 0,043 |

*PES-NWI = Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem; [†]EBPQ = Questionário de Percepção da Prática Baseada em Evidências; [‡]EP = Erro Padrão; [§]Teste F = Teste de Distribuição de Valor; ^{||}Valor p; ^{††}η² = Eta-quadrado; ^{**}EBP = Prática Baseada em Evidências

Os modelos de regressão multivariada, após a aplicação do método de seleção variável de preditores Stepwise, mostraram que algumas características sociodemográficas e de ambientes de trabalho, bem como EBP e estresse ocupacional, estavam relacionadas ao enfrentamento da morte, embora apenas explicassem 23,1% da variância do enfrentamento ($p < 0,001$) (Tabela 4). O modelo de regressão linear multivariada indicou associações positivas com o ambiente de trabalho e características do EBP ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$; $\beta = 0,16$, $p = 0,001$; $\beta = 0,29$, $p = 0,001$, respectivamente), mas negativas com o estresse ocupacional ($\beta = -0,10$, $p < 0,015$). Uma atitude positiva para a EBP foi o fator com maior capacidade preditiva ($\beta = 0,29$, $p = 0,001$), indicando que uma maior pontuação desse fator prediz maior pontuação no enfrentamento da morte. Além do estresse ocupacional em enfermagem, a curta experiência de trabalho também mostrou uma inclinação negativa, com menor pontuação na percepção de enfrentamento da morte, para enfermeiros com menos de 10 anos de prática em enfermagem ($\beta = -0,18$, $p < 0,001$).

Da mesma forma, quando o resultado foi dicotomizado, o modelo logístico de regressão multivariada também mostrou que algumas características sociodemográficas, do ambiente de trabalho, da EBP e do estresse ocupacional, estavam relacionadas ao enfrentamento da morte (Tabela 5). Assim, o modelo multivariado indicou associações positivas com o ambiente de trabalho (relações interprofissionais) e as características da EBP (prática e atitude), mas negativas com o estresse ocupacional em enfermagem. Anos de experiência e treinamento também foram fatores determinantes para o enfrentamento da morte

otimizado, em vez da idade. No modelo logístico, o sexo masculino não foi fator determinante da autopercepção da competência profissional no enfrentamento da morte.

Tabela 4 - Modelo de regressão multivariada da Escala de Enfrentamento da Morte (estudo de enfermeiros espanhóis em 2014). Espanha, 2014

| Variáveis | B* | p [†] | 95%IC [‡] | |
|--|-------|----------------|--------------------|--------|
| Constante | | | 70,61 | 111,95 |
| Relações interprofissionais e práticas conjuntas | 0,12 | 0,004 | 1,30 | 6,98 |
| Prática de EBP [§] | 0,16 | 0,001 | 0,32 | 0,96 |
| Atitude em relação à EBP [§] | 0,29 | 0,001 | 1,63 | 2,86 |
| Estresse em Enfermagem | -0,10 | 0,015 | -0,35 | -0,04 |
| Sexo (masculino) | 0,07 | 0,052 | -0,03 | 10,46 |
| Exp. Prof. (<10 anos) | -0,18 | 0,001 | -15,72 | -5,68 |
| Exp. Prof. (10 - 20 anos) | -0,05 | 0,277 | -8,92 | 2,56 |

*B = Beta; [†]Valor p; [‡]IC = Intervalo de Confiança; [§]EBP = Prática Baseada em Evidências

Tabela 5 - Modelo logístico de regressão multivariada da Escala de Enfrentamento da Morte (estudo de enfermeiros espanhóis em 2014). Espanha, 2014

| Variáveis | OR* | p [†] | 95%IC [‡] | |
|--|------|----------------|--------------------|-------|
| Constante | | | 0,075 | 4,981 |
| Relações interprofissionais e práticas conjuntas | 1,30 | 0,054 | 0,995 | 1,698 |
| Prática de EBP [§] | 1,04 | 0,007 | 1,011 | 1,072 |
| Atitude em relação à EBP [§] | 1,13 | 0,000 | 1,068 | 1,189 |
| Estresse em Enfermagem | 0,98 | 0,043 | 0,971 | 0,999 |
| Sexo (masculino) | 1,47 | 0,148 | 0,873 | 2,463 |
| Exp. Prof. (<10 anos) | 0,74 | 0,002 | 0,295 | 0,760 |
| Exp. Prof. (10 - 20 anos) | 0,61 | 0,295 | 0,428 | 1,294 |

*OR = Razão de Chances; [†]Valor p; [‡]IC = Intervalo de Confiança; [§]EBP = Prática Baseada em Evidências

Discussão

Na população do nosso estudo, os resultados relacionam diversas características sociodemográficas e ocupacionais com a autopercepção da competência profissional do enfermeiro em lidar com a morte. Especificamente, idade (mais de 31 anos de idade), sexo (masculino), escolaridade (formação pós-graduada) e experiência de trabalho (com maior experiência em enfermagem) aumentaram a pontuação do enfrentamento da morte. Além disso, os questionários implicaram que quatro variáveis diferentes também foram importantes para avaliar a autopercepção da competência profissional no enfrentamento da morte: 1) valor de relações colegiais enfermeiro-médico relacionado ao ambiente de trabalho; 2) a atitude do indivíduo em relação à EBP, que inclui barreiras percebidas como carga de trabalho e julgamentos pessoais; 3) a prática relacionada à implantação da EBP e ao atendimento individual ao paciente; e 4) estresse ocupacional.

Estudos anteriores diferentes corroboraram esses resultados. Assim, os homens são racionais, decisivos e resilientes quando trabalham em situações desafiadoras como cuidar de pacientes moribundos⁽³¹⁾. Além disso, homens muitas vezes têm sua própria abordagem para lidar com emoções difíceis e manter seu próprio bem-estar, uma vez que os estereótipos masculinos de autossuficiência e competitividade influenciam suas práticas e experiências⁽³²⁾.

Alguns estudos também destacam o benefício de ter mais experiência em enfermagem, treinamento mais completo em cuidados no fim da vida⁽³³⁾ e exposição a situações de sofrimento como a morte⁽³⁴⁾. Isso fornece conhecimento e habilidades para lidar melhor com pacientes moribundos no futuro, potencialmente chegando ao ponto de se sentir confortável⁽⁶⁾. Enfermeiros com menos de 10 anos de experiência eram mais vulneráveis e exaustos, tinham maiores níveis de despersonalização, e menores níveis de realização pessoal⁽³⁵⁾. Entretanto, ao mesmo tempo, enfermeiros com mais anos de experiência puderam manter uma distância e estabelecer limites nos cuidados no final da vida⁽³⁶⁾. Esses resultados também se encaixam em evidências anteriores sobre "relações interprofissionais e práticas conjuntas"⁽³⁴⁾.

Em relação à percepção dos enfermeiros espanhóis sobre seu ambiente de trabalho, dois terços da população estudada consideraram o ambiente de trabalho desfavorável, uma vez que suas avaliações foram inferiores às das pontuações dos hospitais Magnet. No entanto, a EBP foi avaliada de acordo

com o conhecimento dos enfermeiros mais do que com sua prática, indicando um contexto de trabalho desencorajador. Em relação aos fatores menos valorizados na escala PES-NWI, a escassez de pessoal é um elemento restritivo para o cumprimento de funções e responsabilidades profissionais⁽³⁷⁾. E um ambiente de trabalho de apoio entre os colegas é útil para lidar com cuidados no final da vida⁽³⁸⁾. Esse ambiente de trabalho percebido como desfavorável também pode estar relacionado à crise econômica que os profissionais de saúde espanhóis estão enfrentando⁽³⁹⁾. Além disso, pode estar relacionado à elevada carga de trabalho no atendimento ao paciente moribundo, o qual exige as mesmas condições de atendimento que antes do início da crise e esta exigência não é adaptada à escassez de recursos⁽⁴⁰⁾. Uma escassez de pessoal pode forçar a escolha entre prestar atendimento integral a todos os pacientes moribundos ou focar apenas nos casos mais urgentes⁽⁴¹⁾, causando frustração e exaustão emocional entre os profissionais⁽⁴²⁾.

Por outro lado, as baixas pontuações na subescala PES-NWI de "participação dos enfermeiros em assuntos hospitalares" merecem atenção especial por parte dos gestores de saúde, pois essa participação profissional em questões de desempenho organizacional influencia positivamente a eficiência e eficácia da equipe profissional⁽⁴³⁾, quando se observa que mais da metade dos profissionais relataram apresentar altos níveis de participação nos assuntos hospitalares nas situações colocadas.

A associação positiva encontrada entre a atitude e a prática da EBP e a percepção do enfrentamento da morte sugere a importância de ter conhecimentos bem fundamentados para a segurança profissional, ou seja, ser capaz de se perceber como tendo a capacidade de enfrentar a morte dos outros. Vários estudos indicaram que programas adicionais de treinamento ajudam a lidar adequadamente com pacientes moribundos⁽⁴⁴⁾. Deve-se notar que algumas instituições conseguiram reforçar a confiança dos enfermeiros para oferecer o melhor atendimento aos pacientes oncológicos após passar por programas educacionais de EBP⁽⁴⁵⁾. No entanto, ainda há barreiras à oferta permanente de educação para enfermeiros que trabalham em assistência no fim da vida⁽¹⁰⁾.

A associação negativa entre estresse ocupacional e enfrentamento da morte, independentemente do local de trabalho de enfermagem, aparece em resultados anteriores^(38,46), indicando que a fadiga de compaixão limita o enfrentamento dos momentos finais da vida de um paciente.

Finalmente, nossos resultados corroboram a relação entre as dimensões do contexto profissional analisado e o enfrentamento da morte. Em especial, verificou-se que as piores pontuações em todas as dimensões do contexto analisado estavam relacionadas ao pior nível de enfrentamento da morte; entretanto, nem todas as dimensões analisadas tinham o mesmo valor preditivo na autopercepção de competência em lidar com a morte. O modelo de preditores mostrou que os fatores que influenciaram a capacidade dos enfermeiros para lidar com pacientes moribundos, com um poder explicativo moderado foram: sexo (masculino), experiência de enfermagem (menos de 10 anos e entre 10 e 20 anos), "relações colegiais enfermeiro-médico", percepção do ambiente de trabalho, fatores de prática, e atitude em relação à EBP e ao estresse em enfermagem. Diversos estudos apontam que a associação positiva encontrada entre o fator relações interprofissionais e a prática conjunta, e a autopercepção da competência profissional do enfermeiro em lidar com a morte foi a principal fonte de apoio emocional para a melhoria do cuidado do enfermeiro com pacientes moribundos⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾.

Este estudo tem várias limitações e pontos fortes. Ele tem um desenho observacional, por isso não conseguimos estabelecer definitivamente as relações causais. Embora a população do estudo possa ser considerada representativa de um país e de uma cultura, o sistema de recrutamento limitou qualquer generalização. Além disso, a maioria dos participantes era do sexo feminino, de acordo com a distribuição de gênero na profissão de enfermagem espanhola. Todos os questionários utilizados foram validados, mas podem ter conduzido a um viés na coleta de informações devido à falta de conhecimento ou a outros fatores não identificados. Adicionalmente, os questionários foram preenchidos online, restringindo a pesquisa aos enfermeiros que tinham acesso à internet. No entanto, esses questionários têm sido utilizados em vários estudos entre a população espanhola, a fim de reduzir o viés de informação. O tamanho amostral foi grande e os indivíduos do estudo eram de diferentes regiões da Espanha, e muitos fatores distintos foram considerados simultaneamente. Destaca-se ainda que, para minimizar o viés de seleção, o estudo foi realizado não apenas em cuidados paliativos ou oncológicos, mas também em outras especialidades de enfermagem.

De acordo com nossos resultados, esse tipo de pesquisa deve ser administrado para detectar quais enfermeiros podem ter uma alta percepção de auto-competência no atendimento no final da vida. É importante que os profissionais de enfermagem se sintam confortáveis em seu trabalho com pacientes moribundos. Isso implica que atitudes, conscientização

social ou opiniões pessoais também podem influenciar nas estratégias de enfrentamento da morte. Portanto, os serviços de administração de saúde devem estar envolvidos para identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida do profissional de saúde e, portanto, a qualidade de sua prática. A educação em enfermagem também deve promover treinamento específico para reforçar estratégias de enfrentamento no final da vida ou gestão de sentimentos para com o paciente que morrerá para evitar influências negativas durante o trabalho de futuros profissionais.

Conclusão

Apesar dos desafios que um enfermeiro enfrenta em um ambiente com pacientes moribundos, essa situação não tem sido determinante para o nível otimizado de percepção de enfrentamento da morte. Em vez disso, os fatores determinantes são a influência da idade, anos de experiência e a formação. Em um ambiente predominantemente feminino, ser homem revela-se um fator determinante para lidar com a morte de forma otimizada, e um dos fatores que predizem a autopercepção da competência profissional no enfrentamento da morte. Estudos futuros devem analisar minuciosamente essas diferenças de sexo. Verificou-se que todos os elementos do contexto profissional analisados influenciam o nível de enfrentamento da morte dos enfermeiros; entretanto, o poder explicativo moderado sugere a necessidade de considerar outros elementos. Por fim, a administração de enfermagem desempenha uma função fundamental na provisão de ambientes de melhores práticas, dada a importância da equipe profissional, facilitando o uso e capacitação da pesquisa no local de trabalho e identificando o estresse ocupacional. Tudo isso tem se mostrado preditivo da autopercepção da competência profissional dos enfermeiros espanhóis em lidar com pacientes moribundos.

Agradecimentos

Agradecemos sinceramente a todos os participantes por terem respondido ao questionário e compartilhado seus pontos de vista. Agradecemos também ao tradutor por sua ajuda com a edição do idioma inglês.

Referências

1. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2015 [cited Jul 28, 2018]; 52(1):288–96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

2. Liu YC, Chiang HH. From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *Eur Oncol Nurs Soc.* [Internet] 2017 [cited Ago 15, 2018]; 31:30-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.002>.
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Studies.* [Internet] 2013 [cited Ago 12, 2018]; 50(2):143-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
4. Lai XB, Wong FKY, Ching SSY. The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. *BMC Palliative Care.* [Internet] 2018 [cited Sep 3, 2018]; 17(1):116. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0372-7>.
5. Baartman LKJ, de Bruijn E. Integrating knowledge, skills and attitudes: Conceptualising learning processes towards vocational competence. *Educ Res Rev.* [Internet] 2013 [cited Sep 3, 2018]; 6(2):125-34. doi: 10.1016/j.edurev.2011.03.001.
6. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Austr Emerg Nurs J.* [Internet] 2013 [cited Ago 18, 2018]; 16(4):152-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.08.001>
7. Barnett MD, Moore JM, Garza CJ. Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. *J Nurs Manage.* [Internet] 2019 [cited Ago 8, 2018]; 27(4):775-80. doi: 10.1111/jonm.12737.
8. Souza e Souza LP, Ribeiro JM, Rosa RB, Gonçalves RCR, Oliveira e Silva CS, Barbosa DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm Global.* [Internet] 2013 [cited Sep 27, 2018]; 12:222-9. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.163241>
9. Celma AG, Strasser G. Dying process and nursing: a relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* [Internet] 2015 [cited Ago 8, 2018]; 25(2):485-500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>
10. Karbasi C, Pacheco E, Bull C, Evanson A, Chaboyer W. Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: A mixed studies review. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 2018 Dec;71:60-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.007>.
11. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliative Supportive Care.* [Internet] 2014 [cited Oct 23, 2018]; 12:309-16. doi: 10.1017/S1478951513000138.
12. Terakado A, Matsushima E. Work stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Psychooncology.* [Internet] 2015 [cited May 2, 2019]; 24:63-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3584>.
13. Beng TS, Chin LE, Guan NC, Yee A, Wu C, Pathmawathi S, et al. The experiences of stress of palliative care providers in Malaysia: A thematic analysis. *Am J Hospice Palliative Med.* [Internet] 2015 [cited Sep 2, 2018]; 32(1):15-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909113503395>
14. Anderson NE, Kent B, Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2015 [cited Sep 6, 2018]; 52(3):695-704. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005>
15. Kopp W, Hanson MA. High-fidelity and gaming simulations enhance nursing education in end-of-life care. *Clin Simul Nurs.* [Internet] 2015 [cited Sep 6, 2018]; 8(3):e97-e102. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2010.07.005>
16. Yoshioka S, Moriyama M, Ohno Y. Efficacy of the End-of-Life Nursing Care Continuing Education Program for nurses in general wards in Japan. *Am J Hospice Palliative Care.* [Internet] 2014 [cited Ago 8, 2018]; 31:513-20. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909113491133>
17. Stilos K. Improving end-of-life care through quality improvement. *Int J Palliative Nurs.* [Internet] 2016 [cited Ago 8, 2018]; 22(9):430-4. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.9.430.
18. Skela-Savič B, Pesjak K, Lobe B. Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey. *Int Nurs Rev.* [Internet] 2016 [cited Sep 12, 2018]; 63(1):122-31. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12233>.
19. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost P J. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *J Palliative Med.* [Internet] 2014 [cited Jul 9, 2018]; 17(2):219-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>
20. Wilson J, Kirshbaum M. Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *Br J Nurs.* [Internet] 2011 [cited Ago 30, 2018]; 20(9):559-63. doi: 10.12968/bjon.2011.20.9.559.
21. Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2005 [cited Sep 26, 2018]; 42(2):125-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.004.

22. Bugen LA. Coping: Effects of death education. *Omega: J Death Dying*. 1980;11:175–83.
23. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. The effects of a training program on coping with death in palliative care. *Med Paliativa*. [Internet] 2012 [cited Ago 15, 2018]; 19(3):113–20. doi:10.1016/j.medipa.2010.11.001.
24. Galiana L, Oliver A, De Simone G, Linzitto JP, Benito E, Sansó N. A brief measure for the assessment of competence in coping with death: The coping with death scale short version. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(2):209-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.11.003>.
25. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, Gonzalez-Maria E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2013 [cited Ago 11, 2018]; 50(2):274–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>
26. Lake ET, Friese CR. Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nurs Res*. [Internet] 2006 [cited Ago 1, 2018]; 55(1):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16439923>
27. Pedro Gómez J, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bannasar Venya M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validation of the Spanish Version of the Evidence Based Practice Questionnaire in Nurses. *Rev Española Salud Publica*. [Internet] 2006 [cited Ago 1, 2018]; 83(4):577-86. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es
28. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*. [Internet] 2006 [cited Ago 1, 2018]; 53(4):454-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x.
29. Gray-Toft P, Anderson J. The nursing stress scale: development of an instrument. *J Behav Assess*. [Internet] 1981 [cited Sep 2, 2018]; 3:11-23. doi: 10.1007/BF01321348.
30. Mas R, Escribà-Agüir V. The spanish version of the nursing stress scale, a cross-cultural adaptation process. *Rev Española Salud Publica*. [Internet] 1998 [cited Sep 5, 2018]; 72(6): 529-38. ISSN 2173-9110. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600006&lng=es
31. Wu TW, Oliffe JL, Bungay V, Johnson JL. Male ICU Nurses' Experiences of Taking Care of Dying Patients and Their Families: A Gender Analysis. *Am J Men's Health*. [Internet] 2015 [cited Oct 12, 2018]; 9(1):44–52. Available from: <https://doi.org/10.1177/1557988314528236>
32. Oliffe JL, Han CSE. Beyond workers' compensation: Men's mental health in and out of work. *Am J Men's Health*. [Internet] 2014 [cited Oct 8, 2018]; 8(1):45-53. Available from: <https://doi.org/10.1177/1557988313490786>
33. Ober AM, Granello DH, Wheaton JE. Grief counseling: an investigation of counselors' training, experience, and competencies. *J Counsel Develop*. [Internet] 2012 [cited Oct 11, 2018]; 90(2):150-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00020.x>
34. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. 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*. [Internet] 2015 [cited Oct 20, 2018]; 50(2):200-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
35. Lobb EA, Oldham L, Vojkovic S, Kristjanson LJ, Smith J, Brown JM, Dwyer VWJ. Frontline grief: the workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. *J Hospice Palliative Nurs*. [Internet] 2010 [cited Oct 16, 2018]; 12(4):225-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181dceadc>
36. Hindere KA. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *DCCN - Dimensions Crit Care Nurs*. [Internet] 2012 [cited May 16, 2019]; 31:252–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0b013e318256e0f1>.
37. Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources model. *J Work Org Psychol*. [Internet] 2013 [cited Oct 23, 2018]; 29:107–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a16>
38. Malloy P, Thrane S, Winston T, Virani R, Kelly K. Do nurses who care for patients in palliative and end-of-life settings perform good self-care? *J Hospice Palliative Nurs*. [Internet] 2013 [cited Oct 26, 2018]; 15(2):99-106. Available from: <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31826bef72>.
39. Zabalegui A, Cabrera E. Economic crisis and nursing in Spain. *J Nurs Manage*. [Internet] 2010 [cited Oct 14, 2018]; 18:505–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01118.x>
40. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno T, López D, Gómez T, González E. Perception of work environment of nurses in hospitals of the Spanish national health system. RN4CAST-Spain project. *Enferm Clin*. [Internet] 2012 [cited Oct 5, 2018]; 22(5):261-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.001.
41. Lemonde M, Payman N. Perception du rôle de l'infirmière en oncologie. *Can Oncol Nurs J*. [Internet] 2015 [cited Nov 2, 2018]; 25(4). Available from: <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/610>

42. Sundin L, Hochwalder J, Lisspers J. A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work*. [Internet] 2011 [cited Oct 4, 2018]; 38(4):389–400. Available from: <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1142>
43. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings of a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2012 [cited Oct 6, 2018]; 49:1411–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>
44. Lindqvist O, Tishelman C. Going public: reflections on developing the DöBra research program for health-promoting palliative care in Sweden. *Progress Palliative Care*. [Internet] 2016 [cited Oct 23, 2018]; 24(1):19–24. doi: 10.1080/09699260.2015.1103497.
45. Eaton LH, Meins AR, Mitchell PH, Voss J, Doorenbos AZ. Evidence-Based Practice Beliefs and Behaviors of Nurses Providing Cancer Pain Management: A Mixed-Methods Approach. *Oncol Nurs Forum*. [Internet] 2015 [cited Oct 9, 2018]; 42(2):165–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1188/15.ONF.165-173>
46. Chang HJ, Hsu LL, Hsieh SI, Chu TL, Yu WP. Development of a Needs Scale for Nurses Receiving In-Service Palliative Care Education. *Cancer Nurs*. [Internet] 2016 [cited Oct 9, 2018]; 39(3):22–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000277>
47. Sato M. Nurse experiences of grief and coping in the intensive care unit. [PhD thesis]. Arizona: University of Arizona; 2015.
48. Bohnenkamp S, Pelton N, Rishel CJ, Kurtin S. Implementing Evidence-Based Practice Using an Interprofessional Team Approach: Part Two. *Oncol Nurs Forum*. [Internet] 2014 [cited Oct 27, 2018]; 41(5):548–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1188/14.ONF.548-550>

Recebido: 20.12.2018

Aceito: 19.09.2019

Autor correspondente:
Maria Povedano-Jimenez
E-mail: mariapoj@correo.ugr.es
<https://orcid.org/0000-0002-0472-5733>

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.