

Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros (*)

TERESA MENDONÇA McINTYRE (**)

SCOTT ELMES McINTYRE (***)

JORGE SILVÉRIO (****)

1. INTRODUÇÃO

A maior parte dos estudos sobre *stress ocupacional* têm indicado que este está relacionado com uma maior incidência de problemas físicos e psicológicos que podem conduzir a uma diminuição da produtividade, taxas mais elevadas de absentismo, acidentes de trabalho, erros de desempenho, invalidez e problemas familiares

(Calhoun, 1980; Greenberg, 1987; Gunnarssdóttir & Rafnsson, 1995; Lindstrom, 1992). No entanto, o sector da saúde tem recebido menos atenção dos investigadores do que outros sectores, apesar das profissões de saúde serem consideradas de alto risco em termos de stress ocupacional.

A crença de que os profissionais da saúde estão imunes à doença pelo facto de deterem conhecimentos no campo da saúde encontra-se na base de muitas das nossas ideias em relação à capacidade de resistência destes profissionais. Contudo, sabemos que o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, com sofrimento e inclusive a morte (McIntyre, 1994; Smith, 1978). Outros estudos mostram que as instituições de saúde, especialmente os hospitais e os centros de saúde, constituem ambientes de trabalho particularmente stressantes, contendo características organizacionais geralmente associadas com o stress, como níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional (Calhoun, 1980; Rodrigo, 1995).

Um modelo abrangente de stress ocupacional aplicado às profissões de saúde é difícil de definir uma vez que as fontes e consequências do

(*) Este estudo foi apoiado pelo Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Gostaríamos de agradecer aos alunos da Licenciatura em Psicologia Bernardete Lima, Aldina Martins, Augusta Nogueira, Dulce Parente e Helena Pereira pela sua colaboração na recolha, codificação e entrada de dados. Também gostaríamos de agradecer ao hospital o apoio prestado e a todos os enfermeiros que participaram no estudo.

Toda a correspondência em relação a este artigo deverá ser dirigida à Prof. Dra. Teresa McIntyre, Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga, Telef: 053-604254; e-mail: mcintyre@iep.uminho.pt

(**) Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

(***) Instituto Superior da Maia, Portugal.

(****) Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

stress são múltiplas e por vezes difíceis de distinguir. Em geral, considera-se que as fontes de stress podem ser *intrínsecas ao trabalho*, como condições de trabalho pobres, *ao indivíduo*, como o seu nível de ansiedade ou recursos de coping, e *extrínsecas ao trabalho*, como problemas familiares ou financeiros. As *consequências* do stress ocupacional podem ser subjectivas (estado emocional), comportamentais (acidentes de trabalho), cognitivas (dificuldades de concentração), fisiológicas (pressão arterial elevada) e organizacionais (conflitos laborais), entre outras. Os modelos iniciais do stress ocupacional foram demasiado simplistas, concentrando-se nas consequências ou nas fontes de stress (Ivancevich & Matteson, 1981), ou nos processos de resposta fisiológica ou psicológica a estas (Selye, 1971). Cohen-Mansfield (1995) critica estes modelos considerando que eles presumem uma causalidade linear das fontes para o stress, para as consequências.

Os modelos interactivos mais recentes são mais complexos e postulam que as diferenças individuais nos níveis de stress ocupacional são mediadas pelas estratégias pessoais de avaliação e de coping (Lazarus & Folkman, 1984). Cohen-Mansfield (1995) propõe um modelo abrangente do stress ocupacional que tem em conta a complexidade de factores relacionados com o stress ocupacional nas profissões de saúde, assim como as relações complexas entre estes. Segundo este modelo, as fontes de stress individual incluem exigências e stressores relacionados com o trabalho (a nível institucional, do serviço e do doente), as necessidades individuais (eg. auto-estima e motivação), e stressores pessoais extra-trabalho (dificuldades de vida). Estas fontes de stress e necessidades interagiriam com os recursos ocupacionais, a personalidade do indivíduo e os recursos pessoais extra-trabalho para produzir o ajustamento pessoa-trabalho e o seu nível de stress ocupacional. Um ajustamento pobre resultaria em respostas fisiológicas e psicológicas que, por seu lugar, afectariam as atitudes do indivíduo em relação ao trabalho e os seus comportamentos no trabalho. O que distingue este modelo dos outros é o carácter interactivo e cíclico deste processo, isto é, o ajuste ocupacional muda as fontes e recursos de stress pessoal e ocupacional que, por sua vez, afectam o ajustamento ocupacional.

Num artigo anterior McIntyre (1994) salientou que a maior parte da investigação realizada sobre o tema do stress nos profissionais de saúde tem-se concentrado nas fontes de stress e respostas ao stress, particularmente nos sintomas subjectivos de stress (psicológicos e psicossomáticos), e não nos sintomas objectivos (psicofisiológicos e comportamentais). Os países que têm realizado mais estudos neste domínio são a Finlândia, a Noruega, a Inglaterra e os Estados Unidos. As fontes de stress apontadas mais frequentemente pelos enfermeiros e médicos nestes países foram a sobrecarga horária e a quantidade de trabalho, a rotina, ambiguidades e conflitos de papel, nível elevado de responsabilidade, falta de autonomia ou controlo e trabalho por turnos (Gray-Toft & Anderson, 1981; Leppanen & Olkinuora, 1987; Lindstrom, 1992). As fontes socioemocionais de stress referidas com mais frequência foram as exigências emocionais do contacto com os doentes e suas famílias, assim como o lidar com as situações de doença terminal e morte (Chambers & Billig, 1984; Gray-Toft & Anderson, 1981; McCue, 1982; Leppanen & Olkinuora, 1987; Lindstrom, 1992; Michie, Ridout & Johnston, 1996). Em relação aos sintomas subjectivos do stress, um estudo Finlandês de 1987 (Leppanen & Olkinuora) revelou que entre 10 e 20% dos profissionais de saúde apresentavam sintomas subjectivos de stress e que os sintomas psicossomáticos (dores de estômago e do peito, cefaleias, náusea e fadiga) eram mais prevalentes do que os sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, irritação, etc.). Em geral, os estudos indicam variações do tipo de sintomatologia de stress com a profissão de saúde, o sexo e a posição hierárquica. As consequências psicológicas severas, como a toxicod dependência, o alcoolismo, a ideação suicida e o suicídio são encontradas frequentemente nos Estados Unidos, Finlândia, Inglaterra, País de Gales e Islândia, chegando a atingir níveis superiores aos de outras profissões e aos da população em geral (Gray-Toft & Anderson, 1981; Gunnarssdóttir & Rafnsson, 1995; Leppanen & Olkinuora, 1987; Olkinuora *et al.*, 1992; Sue, Sue & Sue, 1990).

Em contraste com os países acima, existem poucos estudos feitos sobre o stress e os profissionais de saúde em Portugal. Lucas (1987) revela que o nível de absentismo para enfermeiros em Portugal é o mais alto entre todos os pro-

fissionais de saúde e atribui esse resultado ao alto número de habitantes por enfermeiro. Loff (1992), num estudo de 92 enfermeiras que estavam a receber tratamento psiquiátrico (20% do pessoal dessa unidade de saúde) verificou que 82% apresentavam problemas psicológicos recorrentes e 12% tinham feito tentativas de suicídio. A autora não encontrou um efeito significativo do tipo de unidade, especialidade ou tempo na profissão mas relatou que a taxa de absentismo neste grupo era de 50%. Nogueira (1988), num estudo piloto sobre burnout e depressão em 182 médicos de carreira de Clínica Geral no Norte de Portugal, encontrou sintomas de burnout em 86.8% destes, encontrando-se 82% na fase 3 (sintomas crónicos). O estudo mais recente de Felício e Pereira (1996) em 60 clínicos gerais em centros de saúde do Sul de Portugal, revelou como principais fontes de stress a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos técnicos e físicos. Os autores também assinalaram que os sintomas comportamentais e cognitivos de stress eram mais frequentes do que os físicos para ambos os sexos.

Como foi apontado anteriormente (McIntyre, 1994), os estudos Portugueses têm sido demasiados simplistas, por um lado porque se focam principalmente nas fontes organizacionais de stress e negligenciam os factores socio-emocionais, por outro lado porque estudam as consequências de stress sem tomar em consideração as variáveis pessoais que influenciam o seu impacto, como por exemplo os recursos de coping do indivíduo. Seria desejável que, à semelhança de países como a Inglaterra e a Finlândia, se fizesse um estudo mais sistemático do stress nos profissionais de saúde em Portugal, abrangendo as várias profissões ligadas à saúde (como os técnicos paramédicos e os administrativos), e que o próprio Ministério da saúde, através das suas direcções regionais, apoiasse este tipo de investigação.

Este artigo descreve os resultados preliminares de um estudo alargado que tem como objectivo estudar as variáveis relacionadas com o stress nos profissionais de saúde Portugueses com base num modelo de stress ocupacional abrangente e interactivo (Cohen-Mansfield, 1995). No estudo alargado pretende-se avaliar as fontes de stress, as respostas ao stress, os recursos de *coping*, os

recursos desejados de *coping*, e várias características profissionais e demográficas, em três categorias de profissionais de saúde de ambos de sexos (médicos, enfermeiros e paramédicos), em unidades diferentes (emergência, cardiologia e oncologia), em situações diferentes (hospital *versus* centro de saúde, tanto privado como público) e com pacientes diferentes (crónicos e não crónicos, internamento *versus* consulta externa).

Os resultados aqui relatados referem-se a uma amostra de 62 enfermeiros, na sua maioria feminina, que trabalham num hospital com pacientes crónicos internados. Apesar do facto de que este estudo é exploratório, os autores estão particularmente interessados em investigar a possível relação entre as respostas ao stress por parte dos enfermeiros e os recursos de coping disponíveis e desejados por eles, e a relação entre estas variáveis e a sua experiência profissional (e.g. número de anos na profissão e posição hierárquica).

2. METODOLOGIA

2.1. Amostra

A amostra é composta por 62 enfermeiros de ambos os sexos que cuidam de pacientes crónicos internados num hospital central urbano da região Norte (unidades de cardiologia, reabilitação e de medicina interna). As características demográficas e profissionais dos enfermeiros são apresentadas no Quadro 1. Embora a pequena percentagem de sujeitos do sexo masculino constitua uma limitação do estudo (15.8%), os dados serão analisados e descritos para ambos os sexos conjuntamente. A idade média dos enfermeiros foi 33.4 anos, 59.6% são casados e o nível médio de habilitações concluídas é de 12 anos.

Em relação às características profissionais, 79.2% das enfermeiras pertencem ao nível 1, isto é, enfermeiras com bacharelato e com contacto directo com os doentes. As restantes 24.1% pertencem ao nível 2, enfermeiras licenciadas ou com equivalência a diploma de estudos superiores e com funções de enfermeiras chefe. Estas

QUADRO 1
Características Demográficas e Profissionais da Amostra (N = 62)

Variáveis		n*	%	M	DP
Demográficas/Prof.					
Idade		52		33.4	8.95
Sexo	Masculino	9	15.8		
	Feminino	48	84.2		
Estado Civil	Solteiro	22	38.6		
	Casado	34	59.6		
	Divorciado	1	1.8		
Filhos	Não	23	41.8		
	Sim	32	58.2		
Anos na Profissão		57		9.77	8.12
Anos no Hospital		57		6.16	5.87
Categoria Profissional	Nível 1	44	75.9		
	Nível 2	14	24.1		
Turnos Nocturnos	Não	14	24.1		
	Sim	44	75.9		
Número de Turnos Nocturnos por Semana	1	30	71.4		
	2	10	23.8		
	4	2	4.8		
Turnos Consecutivos	Não	32	84.2		
	Sim	6	15.8		
Número de Enfermeiros por Turno		53		4.11	1.38
Número de Doentes por Unidade		54		23.83	4.08
Número de Doentes por Profissional		55		8.64	3.88
Carga Horária	(5-10 H)	54	96.4		
	(10-15 H)	2	3.6		
Serviço ao Domicílio	Não	53	91.4		
	Sim	5	8.6		
Outras Funções	Não	50	87.7		
	Sim	7	12.3		
Formação Científica e Profissional	Não	42	76.4		
	Sim	13	23.6		

* Casos Válidos

últimas têm a seu cargo supervisionar cuidados especializados e gerir as unidades de tratamento.

Apenas 23.6% das enfermeiras reportam que estão a receber presentemente qualquer tipo de formação profissional. A média dos anos servidos como enfermeira foi 9,8 com uma média de 6.2 anos de serviço no hospital actual. Aproximadamente 3/4 dos sujeitos fazem turnos nocturnos (1.3 por semana), o que é um valor superior ao descrito noutros países (Kandolin, 1993).

2.2. Instrumentos e Procedimentos

Com o objectivo deste estudo, foi usado o seguinte conjunto de instrumentos: um Questionário Demográfico, o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1995), uma adaptação Portuguesa do Brief Personal Survey (Mauger, 1994) e o Inventário de Recursos para Lidar com o Stress, a versão Portuguesa do Coping Resources Inventory for Stress de Matheny, Curlette, Aycock, Pugh & Taylor, 1987 (Versão Portuguesa de McIntyre, McIntyre & Silvério, 1995).

Inventário de Respostas e Recursos Pessoais

É um instrumento de auto-relato de 99 itens com resposta de formato dicotómico desenvolvido inicialmente para avaliar as respostas de stress e recursos de coping em contextos de cuidados de saúde. O inventário é constituído por uma escala de Validade (Boa Impressão), nove escalas de Resposta de Stress que medem várias maneiras das pessoas reagirem ao stress (Negação, Mal Estar Físico, Pressão-Sobrecarga, Rival-Frustração, Emocionalidade Disfórica, Perda de Controlo, Hostilidade, Culpa e Ineficácia) e três Escalas de Recursos de Coping que avaliam as capacidades de confronto com o stress (Apoio Social, Recursos Espirituais/Existenciais e Resiliência Psicológica). Existem ainda três índices críticos, abuso de álcool/drogas (4 itens); suicídio (2 itens); e perda de controlo (15 itens).

Inventário de Recursos para Lidar com o Stress (IRLS)

Este inventário foi utilizado para se obter uma análise mais aprofundada dos recursos de coping dos sujeitos. O IRLS permite medir os recursos de coping com impacto na redução dos efeitos negativos do stress, diminuindo estes re-

ursos a probabilidade de desencadeamento das respostas de stress. É um instrumento de auto-relato composto por 280 itens com resposta dicotómica que possibilita a obtenção de um resultado global indicativo da eficácia dos recursos de coping do sujeito (CRES). Possui 5 escalas de validade, 12 escalas primárias, 3 escalas compósitas e 16 itens de comportamentos de risco para a saúde (não incluídos nesta análise). As 12 escalas primárias são: Auto-revelação, Assertividade, Confiança, Aceitação, Apoio Social, Liberdade Financeira, Saúde Física, Forma Física, Monitorização do Stress, Controlo de Stress, Estruturação e Resolução de Problemas. As três escalas compósitas são Reestruturação Cognitiva, Crenças Funcionais e Sociabilidade (Contêm sobreposição de itens com as primárias).

Questionário Demográfico

O Questionário Demográfico, que foi desenvolvido pelos autores, inclui itens referentes às características sociodemográficas dos sujeitos (eg. idade, sexo, estado civil, habilitações literárias), itens respeitantes às suas características profissionais (eg. anos de serviço, trabalho por turnos, formação e número de doentes), e dois itens que descrevem a avaliação das enfermeiras em relação às fontes de stress ocupacional e às estratégias consideradas desejáveis para lidar com o stress. Pediu-se às enfermeiras que atribuíssem um número de 1 a 22 (por ordem decrescente de importância) em relação a uma lista de 22 fontes do stress e de 1 até 14 em relação a uma lista de estratégias de coping desejáveis para lidar com o seu stress profissional. Estas duas listas foram desenvolvidas através de uma análise de conteúdo dos dados de entrevistas efectuadas com enfermeiros destas unidades de saúde sobre o tema do stress ocupacional.

Com vista à análise estatística dos dados e devido ao número limitado de sujeitos, somente as variáveis demográficas e profissionais com células com o mínimo de 20 sujeitos foram consideradas para a análise. As variáveis que preencheram este requisito foram idade, estado civil, filhos e número de anos na profissão. Foi feita uma excepção em relação à variável categoria profissional devido a ter sido uma variável relevante em estudos anteriores.

Os inventários foram distribuídos pelos enfermeiros chefes a todos os enfermeiros dessas

unidades, dando-se um prazo de 15 dias para a sua devolução. A participação foi voluntária e foi garantida a confidencialidade das respostas, sendo os questionários preenchidos devolvidos directamente aos investigadores.

3. RESULTADOS

3.1. Fontes de Stress Ocupacional

As fontes de stress ocupacional apontadas com mais frequência encontram-se descritas no Quadro 2. As primeiras cinco fontes de stress,

identificadas por ordem decrescente de importância, foram as seguintes:

1. Sobrecarga de trabalho
2. Más condições físicas e técnicas
3. Carência de recursos materiais, técnicos e humanos
4. Excessivo número de doentes por enfermeiro
5. Incapacidade de responder às exigências emocionais do doente.

Em termos de factores demográficos moderadores desta escolha, parece existir uma influência da idade. Os enfermeiros mais novos (< 30 anos) pontuaram mais alto a *baixa remuneração*

QUADRO 2
Fontes de Stress Ocupacional Identificadas pelos Enfermeiros por Ordem Decrescente de Importância (N = 62)

Fontes de Stress Ocupacional	M	DP
1. Sobrecarga de Trabalho	13.56	7.25
2. Más Condições Físicas e Tecnológicas	12.96	6.44
3. Carência de Recursos Humanos/Materiais e Técnicos	12.75	7.09
4. Excessivo Número de Doentes/Enfermeiro	12.36	6.86
5. Incapacidade de Responder às Exigências Emocionais do D.	12.16	5.26
6. Estado Clínico dos Doentes	12.11	5.72
7. Falta de Privacidade	11.82	4.80
8. Ambiguidade de Funções	11.67	5.64
9. Desumanização do Tratamento/Atendimento	11.44	6.24
10. Riscos para a Própria Saúde (Doenças Contagiosas, etc.)	11.41	5.22
11. Conflitos Interpessoais no Trabalho	11.40	7.28
12. Lidar com a Morte	11.39	6.62
13. Falta de Autonomia	11.22	5.83
14. Falta de Oportunidades de Promoção	11.04	6.01
15. Exigências Hierárquicas	10.72	6.72
16. Baixa Remuneração	10.53	6.09
17. Responsabilidades pelo Doente/Família	10.38	4.74
18. Repetição/Rotina	10.29	5.69
19. Fazer Horário para os Turnos	9.92	8.72
20. Conflito das Exigências Profissionais, Familiares e Sociais	9.16	6.94
21. Incerteza do Conhecimento Médico	8.36	5.59
22. Trabalho por Turnos	3.27	6.60

como fonte de stress ($\bar{M} = 14.3$; $\bar{M} = 7.77$, $t = 4.07$, $p < .001$). Por outro lado, o grupo mais velho identificou a *ambiguidade de papéis* como sendo uma fonte mais elevada de stress do que os mais novos ($\bar{M} = 13.79$; $\bar{M} = 8.91$, $t = -3.39$, $p < .002$). O facto de ter ou não ter filhos também teve um impacto significativo na identificação da *responsabilidade pelo doente e própria família* como fonte de stress. Os enfermeiros que não têm filhos atribuíram uma importância mais alta a essa fonte do que os sem filhos ($\bar{M} = 11.77$; $\bar{M} = 9.24$, $t = 2.00$, $p < .042$). Mais nenhuma variável demográfica ou profissional analisada teve um efeito significativo na identificação das fontes de stress.

3.2. Respostas de Stress

Os resultados das *respostas de stress* das enfermeiras, avaliadas pelo Inventário de Respostas de Stress e Recursos Pessoais (IRRP) são

apresentados no Quadro 3. As escalas de resposta ao stress e estratégias de coping foram ordenadas (por ordem decrescente) dividindo-se a média de cada escala pelo respectivo número de itens para facilitar comparações. As cinco respostas de stress relatadas pelas enfermeiras foram as seguintes:

1. Ideação suicida
2. Negação
3. Mal estar físico
4. Emocionalidade disfórica (depressão, tristeza)
5. Culpa

Os valores médios encontrados são semelhantes aos descritos por Mauger (1989), excepto para emocionalidade disfórica que ultrapassa os valores indicados por Mauger para um grupo de doentes. Em relação a factores demográficos e profissionais, é interessante notar que as enfermeiras com filhos parecem experimentar menos

QUADRO 3
Resultados do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP) (N = 62)

Escala/Índice Crítico*	N.º Itens	\bar{M}	DP
Validade			
Boa Impressão		3.00	1.53
Resposta de Stress			
1. Ideação Suicida	2	0.88	0.32
2. Negação	4	1.43	0.98
3. Mal Estar Físico	4	1.38	0.92
4. Emocionalidade Disfórica	26	7.49	6.74
5. Culpa	9	2.48	1.97
6. Hostilidade	12	2.98	2.14
7. Pressão-Sobrecarga	7	1.55	1.73
8. Raiva-Frustração	8	3.08	2.29
9. Droga/Álcool	4	0.62	0.80
10. Ineficácia	7	0.85	0.99
11. Perda de Controlo	15	1.40	1.48
Recursos Pessoais			
1. Falta de Apoio Social	7	0.93	1.23
2. Falta de Recursos Espirituais/Exist.	6	2.33	1.42
3. Resiliência Psicológica	4	1.87	1.12

* Ordenadas pela média corrigida

culpa como resposta ao stress do que as sem filhos ($M = 2.09$; $M = 3.17$, $t = 2.10$, $p < .042$) e as enfermeiras chefe (enfermeiras em posições de supervisão ou Nível 2), tendem a responder ao stress com menos culpa em comparação com as que têm mais contacto directo com os doentes ($M = 1.57$; $M = 2.70$, $t = 2.34$, $p < .026$).

3.3. Recursos para Lidar com o Stress (Coping)

O Quadro 4 mostra que as seis *estratégias de coping* (as últimas duas estão empatadas) *mais usadas* pelas enfermeiras para lidar com o stress são as seguintes:

1. Apoio Social
2. Estruturação – capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e a energia
3. Liberdade Financeira – liberdade de preocupações financeiras
4. Monitorização do Stress – consciência do stress pessoal e do desenvolvimento de tensão e de situações de stress

5. Sociabilidade

6. Confiança: confiança na capacidade da pessoa ser capaz de enfrentar com êxito uma situação de stress

As estratégias de coping *menos usadas* foram as seguintes:

1. Forma física
2. Saúde física
3. Aceitação – de si próprio, dos outros e do mundo
4. Crenças funcionais – crenças que ajudam a prevenir situações de stress, i.e. não são rígidas ou absolutas.

Em geral, estes resultados corroboram os resultados das sub-escalas de recursos pessoais do IRRP que revelam igualmente o Apoio Social como a estratégia preferencial para lidar com o stress.

No Quadro 5 verifica-se que a *categoria profissional* teve um efeito significativo no uso de estratégias de coping. O *Coping Resource Effectiveness Score* (CRES), uma indicação global das

QUADRO 4
Resultados do Inventário de Recursos para Lidar com o Stress (IRLP) (N = 62)

Escala*	N.º Itens	M	DP
1. Apoio Social	20	15.72	3.62
2. Estruturação	17	12.42	3.15
3. Liberdade Financeira	20	14.67	3.47
4. Monitorização do Stress	20	13.73	4.64
5. Sociabilidade	21	13.95	4.27
5. Confiança	20	13.20	3.75
7. Reestruturação Cognitiva	20	12.83	4.39
8. Auto-Revelação	20	12.68	3.35
9. Assertividade	20	12.12	4.62
9. Controlo de Stress	20	12.12	3.60
9. Resolução de Problemas	19	11.63	3.86
12. Crenças Funcionais	22	12.80	3.94
13. Aceitação	20	11.00	3.35
14. Saúde Física	20	6.92	3.28
15. Forma Física	20	6.64	3.44
CRES (Coping Resources Effectiveness Score)		187.25	40.88

* Ordenadas pelas médias corrigidas

QUADRO 5

Resultados significativos dos Testes *t* para Amostras Independentes das Respostas ao Stress e Estratégias de Coping por Categoria Profissional (*n* = 57)

Escala	Categoria Profissional				<i>t</i>	<i>p</i>
	Nível 1		Nível 2			
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
Inventário de Respostas e Recursos Pessoais						
Culpa	2.70	1.99	1.57	1.40	2.34	.026
CRIS						
Apoio Social	15.31	3.65	17.50	2.85	- 2.31	.028
Confiança	12.45	3.74	15.79	1.89	- 3.46	.002
Controlo de Stress	11.17	4.66	14.71	3.89	- 2.81	.009
Estruturação	11.97	2.88	14.50	2.93	- 2.83	.01
Resolução de Problemas	11.19	3.73	13.50	2.57	- 2.58	.015
CRES	180.51	43.21	211.50	23.69	- 3.39	.002

capacidades da pessoa para lidar com o stress, é significativamente mais elevado para as enfermeiras chefes do que para as que trabalham mais directamente com os doentes ($\bar{M} = 211.50$; $\bar{M} = 180.51$, $t = -3.39$, $p < .002$). As enfermeiras em funções de supervisão também parecem ter melhores estratégias de coping em termos de Apoio Social, Confiança, Controlo de Stress, Estruturação e Resolução de problemas. Além disso, ser *casada e mais velha* parece ter um impacto positivo na capacidade de usar a Estruturação como uma estratégia de lidar com stress ($t = -2.26$, $p < .029$; $t = -2.12$, $p < .041$). Nenhuma outra característica demográfica ou profissional avaliada esteve relacionada com as respostas ao stress e as estratégias de coping usadas pelas enfermeiras.

3.4. Recursos de Coping considerados Desejáveis para Lidar com o Stress

Um outro aspecto de coping que foi avaliado pelas enfermeiras foram os recursos que elas achariam úteis para lidar com o stress no trabalho (Quadro 6). As categorias mais indicadas por ordem decrescente de relevância foram as seguintes:

1. Tempo de Lazer
2. Manter um bom relacionamento com os doentes
3. Melhorar os conhecimentos clínicos/práticos
4. Grupos de discussão
5. Fazer pausas no trabalho
6. Reservar tempo livre para si próprio

As estratégias menos recomendadas foram as seguintes:

1. Beber bebidas alcoólicas
2. Fumar
3. Arranjar desculpas

A ordenação destas categorias parece ter uma relação com a *idade* das enfermeiras e os *anos na profissão*. *Fazer pausas e melhorar os conhecimentos clínicos e práticos* foram considerados recursos mais desejáveis pelas enfermeiras mais velhas (mais de 30 anos) ($t = -2.60$, $p < .013$, $t = -2.62$, $p < .013$) e as que têm 5 anos ou mais na profissão ($t = -2.38$, $p < .022$, $t = -3.20$, $p < .003$). *Passar tempo com a família e os filhos* parece ser uma estratégia mais favorecida por enfermeiras com menos de 5 anos na profissão ($t = -2.07$, $p < .046$).

QUADRO 6

Estratégias de Coping consideradas Desejáveis pelos Enfermeiros por Ordem Decrescente (N = 62)

Recursos de Coping Desejáveis	M	DP
1. Tempo de lazer	9.11	4.49
2. Boa relação com os doentes	9.09	3.96
3. Melhorar o conhecimento clínico/prático	9.04	3.22
4. Grupos de discussão	8.77	3.86
5. Pausas	8.76	3.77
6. Reservar tempo livre para si próprio	8.69	3.78
7. Falar com amigos	8.49	3.11
8. Passar tempo com a família e filhos	7.93	2.64
9. Levar trabalho para casa	6.34	3.16
10. Beber bebidas com cafeína (café, chá, colas)	6.35	2.94
11. Faltar ao trabalho	5.85	3.29
12. Dar desculpas	5.69	4.12
13. Fumar	5.04	3.96
14. Beber bebidas alcoólicas	4.51	5.23

3.5. *Relação entre as Respostas de Stress e os Recursos de Coping*

A relação entre as resposta de stress das enfermeiras e os seus recursos de coping foi investigada pela computação de coeficientes de correlação de Pearson (ver Quadro 7). Os resultados mostram correlações negativas significativas entre a maioria das escalas de *recursos de coping* e as respostas de stress de *culpa*, *hostilidade*, *perda de controlo*, *sobrecarga/pressão* e *raiva-frustração*. Os resultados são menos consistentes para a emocionalidade disfórica (correlações negativas com apoio social, auto-revelação e resolução de problemas), ideação suicida (correlações negativas com monitorização de stress e saúde física) e mal estar físico (correlação negativa com confiança). Estes resultados parecem indicar que as primeiras respostas de stress possam estar mais relacionadas com um défice global nos recursos de coping do sujeito enquanto as respostas de stress como a depressão e a suicidalidade possam ter correlatos de coping mais específicos. Esta hipótese é apoiada pelas correlações encontradas com o CRES (Coping Resource Effectiveness Score).

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As principais fontes de stress indicadas pelos enfermeiros Portugueses neste estudo são semelhantes às relatadas na literatura para médicos e enfermeiros noutros países, incluindo os estudos feitos em Portugal (Felício & Pereira, 1994; Lindstrom, 1992; Michie, Ridout & Johnsnton, 1996). As primeiras quatro fontes indicadas são de ordem organizacional (sobrecarga de trabalho, más condições físicas e técnicas, carência de recursos e um número excessivo de doentes), tendo as fontes socio-emocionais sido classificadas abaixo da quinta posição.

Existem muito poucos estudos que têm investigado as fontes de stress em função das características da doença, como por exemplo o seu carácter agudo ou crónico. A pressão do tempo e tarefas rotineiras têm sido apontadas como grandes fontes de stress para enfermeiros psiquiátricos e por aqueles que trabalham com deficientes físicos, dois tipos de doença com carácter crónico (Kandolin, 1993; Leppanen & Olkinuora, 1987). No entanto, no nosso estudo os resultados indicam que os enfermeiros Portugueses

QUADRO 7

Correlações Significativas entre as Respostas ao Stress e as Estratégias de Coping (N = 62)

	RESPOSTAS DE STRESS									
	Culpa	Emoção Difícil	Hostilidade	Identificação Suavida	Negação	Perda de Controle	Sobrecarga/ Frustração	Mal-estar Físico	Ineficácia	
CRIS										
Adaptação	-.40**		-.35**			-.37**	-.30*	-.29*	-.26*	
Apoio Social	-.59**	-.36*	-.47***	-.30*		-.51***	-.46***	-.30*	-.45***	
Assertividade	-.44***		-.36**			-.40**				
Auto-revelação	-.37**	-.28*	-.31*			-.31*	-.28*			
Confiança	-.45***		-.42**			-.36**		-.49***	-.31*	
Controlo de Situas	-.45***		-.37**	-.30*		-.42***	-.34**	-.32*	-.36*	
Crenças Funcionais	-.49***		-.46***			-.49***	-.38*	-.35**		
Estruturação	-.50***		-.26*			-.26*	-.28*		-.34*	
Liberdade Financeira	-.32*		-.29*			-.26*	-.28*			
Monitor. de Stress	-.31*				-.28*	-.30*	-.40**	-.28*	-.31*	
Reestruturação	-.42***		-.33**			-.47***				
Cognitiva										
Resolução Problemas	-.54***	-.39**	-.38**	-.26*		-.54***	-.29*		-.41**	
Suavidade Física				-.32*	-.34*					
Sociabilidade	-.56***		-.38**			-.47***	-.27*		-.26*	
CRIS							-.53***	-.32*		

*p < .05

**p < .01

***p < .001

que trabalham com doentes crónicos não parecem ser diferentes em relação a outros profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros que trabalham com outros tipos de doentes) nas fontes de stress que identificam na sua profissão. É interessante notar que estas fontes de stress, de carácter predominantemente organizacional, não estão sob o controle directo destes profissionais, o que pode explicar o seu *ranking* elevado em termos de stress e também reflectir os problemas continuados existentes nas organizações de saúde Europeias e Americanas em termos de carência de pessoal e de recursos materiais.

Os dados deste estudo confirmam a sugestão de Cohen-Mansfield (1995) e de outros autores no sentido de se seleccionar variáveis demográficas e profissionais importantes quando se investiga este tema. O nosso estudo mostra que a idade e o facto de se ter ou não *ter filhos* são factores significativos no *ranking* atribuído às fontes de stress ocupacional. A valorização da baixa remuneração como fonte de stress por parte das enfermeiras mais jovens e da ambiguidade de papéis pelas mais velhas, poderá reflectir uma mudança de prioridades com a progressão da carreira, das preocupações mais extrínsecas (financeiras) para as mais intrínsecas ao desempenho da tarefa (ambiguidade de papel). Embora alguns autores tenham apontado o potencial stressante do papel duplo de uma mulher que combina responsabilidades familiares e laborais (Dirkx, 1991; Michie, Ridout & Johnston, 1996) nesta amostra de enfermeiros, na sua maioria feminina, as que têm filhos classificaram as suas responsabilidades pelos pacientes e família como menos stressantes do que as sem filhos (Uma transferência de competências da família para o trabalho?).

As *respostas ao stress* mais prevalentes nesta amostra de enfermeiros, *ideação suicida, negação, mal estar físico, emocionalidade disfórica, e culpa*, estão de acordo com a cultura médica Portuguesa que tende a favorecer expressões mais indirectas e internalizadas de stress psicológico, como a depressão e a somatização (McIntyre, 1985). Os valores encontrados para a depressão são particularmente importantes e confirmam os de outros estudos feitos em Portugal (Loff, 1992; Nogueira, 1988). Problemas de saúde, ideação suicida e depressão têm sido problemas apontados em enfermeiros e médicos de

outros países, com valores que ultrapassam os da população geral (Gunnarsdóttir & Rafnsson, 1995; Kandolin, 1993; Michie, Ridout & Johnston, 1996; Olkinuora *et al.*, 1992). A falta de grupos de comparação nesta fase do estudo (outros profissionais, residentes da comunidade, etc.) não nos permite estimar a severidade deste problema e generalizar estes dados para os profissionais de saúde que trabalham com doentes crónicos em Portugal. As enfermeiras com filhos e aquelas em posições de chefia relataram menos sentimentos de culpa do que as sem filhos ou com mais contacto directo com os doentes, o que pode sugerir uma consciência menos severa da parte das enfermeiras com mais responsabilidades familiares e profissionais. Os dados Portugueses contradizem os que foram divulgados no estrangeiro (Leppanen & Olkinuora, 1987) na medida em que nesses países os enfermeiros chefes indicaram uma experiência de stress mais acentuada do que os seus subordinados na maioria das respostas de stress, o que não se verificou na amostra estudada.

Uma contribuição importante deste estudo foi uma análise mais aprofundada dos *recursos de coping* das enfermeiras e da sua relação com as respostas de stress. O *Apoio Social, a Estruturação, a Liberdade Financeira, a Monitorização do Stress, a Sociabilidade, e a Confiança* foram os recursos de coping mais usados pelas enfermeiras portuguesas. Estes resultados não são inesperados se considerarmos que Portugal é um país em que os relacionamentos interpessoais são um valor cultural (McIntyre, 1985; McIntyre, 1997). O que é mais interessante salientar são os recursos menos usados, como por exemplo a Forma Física, a Saúde Física, o Controlo de Stress, e a Resolução de Problemas, estratégias para lidar com o stress mais usadas pelos enfermeiros noutros países (Kandolin, 1993). Esta diferença pode reflectir o nível pobre de educação para a saúde em Portugal e uma falta de formação específica nestas competências por parte dos profissionais de saúde. Estes recursos reflectem ainda uma visão mais humanizada e global da formação dos profissionais de saúde (modelo biopsicosocial) que ainda não é posta em prática na formação médica e de enfermagem no nosso país. Os resultados sugerem ainda que as enfermeiras chefe possuem mais recursos globais de coping e competências específicas na

utilização do *Apoio Social, Confiança, Controlo de Stress, Estruturação e Resolução de Problemas* do que as suas subordinadas, o que parece dar credibilidade à hipótese de que a formação/experiência ajuda os profissionais a lidar com o stress, além de que os enfermeiros chefes são geralmente os primeiros alvos das acções de formação.

As estratégias que foram consideradas pelas enfermeiras como mais úteis para lidar com o stress são de ordem *individual* (tempo de lazer) e *organizacional* (grupos de discussão). Mesmo assim, parece que os enfermeiros mais velhos indicaram uma preferência para soluções mais organizacionais, por exemplo, fazer pausas em vez de passar tempo com a família. Embora as enfermeiras considerassem que as chamadas «*estratégias escapistas*» ou de fuga (Leiter, 1991) seriam menos úteis para enfrentar o stress profissional, uma percentagem considerável (44%) das enfermeiras admitiram beber ou fumar em resposta ao stress. É interessante notar que não se verificaram praticamente nenhuma correlações significativas entre os recursos de coping *usados* efectivamente pelas enfermeiras e considerados *desejáveis* por estas (apenas 5 em 135 correlações possíveis) o que indica uma discrepância entre estas duas fontes de informação e pode justificar esta diferenciação em estudos futuros.

Como alguns estudos têm mostrado, existe uma relação sólida entre as respostas de stress e os recursos de coping do sujeito (Kandolin, 1993; Leiter, 1991; Spelten et al., 1993). O nosso estudo revelou que esta relação varia consoante a resposta de stress considerada, com culpa, hostilidade, perda de controlo, pressão-sobrecarga e raiva-frustração apresentando uma relação mais forte com um défice global de recursos de coping, enquanto a emocionalidade disfórica, ideação suicida, negação e mal estar físico estão relacionadas com défices específicos de coping. Uma vez que estas últimas respostas de stress são as mais prevalentes na amostra portuguesa, estas correlações podem sugerir estratégias importantes de intervenção com esta população.

Apesar das limitações que fazem parte dum estudo preliminar como este, como a pequena amostra e a falta de grupos de comparação, os resultados foram ricos em termos da informação providenciada sobre as variáveis relacionadas

com o stress nesta amostra de enfermeiras portuguesas, confirmando a importância de se usar um modelo de stress ocupacional mais abrangente do que os que se têm usado até agora, tanto em Portugal como no estrangeiro. A inclusão de características demográficas e profissionais neste modelo produziu resultados promissores, realçando-se a importância das variações devido à idade, ter ou não filhos e nível profissional.

As fontes de stress que foram mais apontadas indicam que há uma necessidade em Portugal de uma intervenção ao nível organizacional no sector da saúde. Duas áreas de intervenção são sugeridas pelos dados: (a) o alargamento dos quadros com a abertura de mais vagas na área de saúde para aliviar a carência de recursos humanos e a sobrecarga de doentes (b) a atribuição de meios financeiros suficientes para a modernização e melhoramento das condições físicas e técnicas nas instituições de saúde. Contudo, os resultados também indicam a necessidade de intervir mais ao nível da formação profissional e do apoio psicológico aos profissionais de saúde devido às sequelas biopsicológicas do stress profissional que os enfermeiros estão a sofrer, especialmente em termos da depressão e mal estar físico. Os nossos resultados sugerem que uma formação específica na gestão do stress profissional poderia ajudar a minimizar os efeitos nefastos do stress ocupacional através da promoção de recursos de coping adequados. Não é recente o reconhecimento de que a redução do stress profissional resulta numa melhoria da qualidade e quantidade do trabalho (Warp, 1987).

A importância de uma gestão eficaz do stress ocupacional como um recurso importante de uma organização de saúde, aponta a necessidade da inclusão de psicólogos no quadro dos hospitais e centros de saúde, o que ainda constitui um recurso raro em Portugal. Esperamos que este relatório preliminar e os que se seguirão do estudo mais alargado, alertem o governo e as autoridades competentes para a necessidade premente de avaliar o impacto do stress ocupacional nos profissionais de saúde em Portugal e providenciar o apoio necessário à implementação de intervenções psicossociais adequadas com vista à prevenção das sequelas negativas acima referidas, aumentando-se assim a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high-stress employers. *Hospitals*, 54 (12), 171-176.
- Cassel, E. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306 (11), 639-645.
- Chambers, N., & Billig, N. (1984). Stresses in special care nursing. *Nursing Management*, 15 (6), 30A-30G.
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Stress in nursing home staff: a review and a theoretical model. *Journal of Applied Gerontology*, 14 (4), 444-466.
- Dirkx, J. (1991). Recent research on nightwork for women: a review. In W. Singleton, & J. Dirkx (Eds.), *Ergonomics, health and safety: perspectives for the nineties* (pp. 45-51). Leuven: Leuven University Press.
- Felício, M., & Pereira, A. (1996). Stress ocupacional: sua relação com a saúde e variação com o sexo. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 13 (2), 87-97.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15A, 639-647.
- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive stress management*. Dubuque, Iowa: William C. Brown Publishers.
- Gunnarsdóttir, H., & Rafnsson, R. (1995). Mortality among Icelandic nurses. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 21, 24-29.
- Ivancevich, J., & Matteson, M. (1981). Stress prevention: Framework for management. *Organizational Dynamics*, 17.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36 (1-3), 141-147.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- Leppanen, R., & Olkinuora, M. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 13, 1-8.
- Lindstrom, K. (1992). Work organization and well-being of Finnish health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 90-93.
- Loff, A. (1992, Outubro). *Aspectos psicológicos do exercício da profissão de enfermagem*. Comunicação apresentada nas «Jornadas de enfermagem», Lisboa, Portugal.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Matheny, K., Curlette, W., Aycock, D., Pugh, J., & Taylor, H. (1987). *Coping resources inventory for stress*. Fayetteville, GA: Health Prisms Inc.
- Mauger, P. (1994). *The brief personal survey*. Jonesboro, GA: Automated Assessment Systems.
- McCue, J. (1982). The effect of stress on physicians and their medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 306 (8), 458-463.
- McIntyre, T. (1985). *Aggressiveness and assertiveness in Portuguese and American college students: a cross-cultural study*. Unpublished Masters Thesis, Georgia State University, Atlanta.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 193-200.
- McIntyre, T. (1997). Family therapy in Portugal and the U.S.: a culturally sensitive approach. In U. Gielen & A. Comunian (Eds.), *Family and family therapy in international perspective*. Milan, Italy: Marinelli Editrice.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1995). *Inventário de Recursos para Lidar com o Stress [Coping Resources Inventory for Stress – Portuguese version]*. Fayetteville, GA: Health Prisms Inc.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1995). *Inventário de Respostas e Recursos Pessoais [Brief Personal Survey – Portuguese version]*. Jonesboro, GA: Automated Assessment Systems.
- Michie, S., Ridout, K., & Johnston, M. (1996). Stress in nursing and patient's satisfaction with health care. *British Journal of Nursing*, 5 (16), 1002-1006.
- Nogueira, J. (1988). *Stress e exaustão médicas: que saída para a crise?* Estudo feito no âmbito do Internato de especialidade de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L., & Aarimaa, M. (1992). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 110-112.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- Rodrigo, M. L. (1995). Estrés de los profesionales de enfermería: sobre qué o quien repercute?. *Revista ROL de Enfermería*, 201, 65-68.
- Selye, H. (1971). The evolution of the stress concept. In L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease* (Vol. 1, pp. 299-311). London: Oxford University Press.
- Smith, M. (1978). *A review of NIOSH physical stress research – 1977*. National Institute of Occupational Health and Safety, pp. 27-28.
- Spelten, E., Smith, L., Totterdel, P., Barton, J., Folkard, S., & Bohle, P. (1993). The relationship between coping strategies and GHQ-scores in nurses. *Ergonomics*, 36 (1-3), 227-232.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Veninga, R., & Spradley, J. (1982). *The work stress connection – How to cope with job burnout*. New York: Ballantine Books.
- Warp, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford Science Publications.

RESUMO

Neste artigo faz-se uma revisão da literatura sobre os modelos de stress ocupacional em contextos de saúde. São também apresentados os resultados preliminares de um estudo mais alargado sobre as fontes de stress, as respostas de stress e os recursos de coping nos profissionais de saúde da região Norte. Este artigo refere-se a uma amostra de 62 enfermeiros hospitalares no Norte de Portugal. Os instrumentos usados foram o Inventário de Recursos para Lidar com o Stress, o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais, após adaptação e validação para Portugal pelos autores, e um questionário demográfico desenvolvido para o estudo. Os resultados indicam que as três principais fontes de stress para os enfermeiros são: sobrecarga de doentes, sobrecarga de trabalho e más condições físicas e técnicas. Os enfermeiros respondem ao stress predominantemente com ideação suicida, negação, sintomas físicos e humor deprimido. Os recursos de coping mais utilizados por estes são o suporte social, a capacidade para organizar e gerir recursos, e a liberdade financeira. Algumas variáveis demográficas e profissionais, como o estatuto profissional, têm um impacto significativo nas respostas ao stress e nos recursos de coping utilizados. As respostas de stress encontradas, constituem reacções indirectas e potencialmente disfuncionais ao stress que podem afectar negativamente, quer os profissionais de saúde quer os cuidados prestados. Os resultados apontam para a necessidade urgente de uma intervenção psicológica de apoio aos enfermeiros em Portugal.

Palavras-Chave: Stress ocupacional, enfermeiros, coping.

ABSTRACT

This is a preliminary report of a larger study which aims at determining the sources of stress, stress responses and coping resources of Portuguese health providers using a comprehensive model of occupational stress. This sample is comprised of 62 Portuguese nurses of both sexes from regional hospitals in Northern Portugal selected from units with chronically ill patients (e.g. rehabilitation). The subjects were given the Coping Resources Inventory for Stress, the Brief Personal Survey and a brief demographic information form. The two instruments were previously adapted and validated for Portugal by the authors. The results indicate that the three main sources of stress for providers are work load, poor physical and technical conditions and patient overload. The providers responded to stress predominantly with suicide ideation, denial, physical symptoms and depressed mood. The coping resources most reported were the extent of social support, the ability to organise and manage resources, financial freedom and the ability to monitor stress. There was a significant impact of some demographic and professional variables on the sources of stress, stress responses and coping resources, especially the nurses' professional status. The study confirmed previously found relationships between one's stress response and availability of coping resources. The sources of stress found in the Portuguese nurses are similar to those reported in other countries for various health providers. The predominant stress responses found (denial and physical symptoms), although well accepted in the Portuguese medical culture, indicate indirect and potentially dysfunctional reactions to stress which may adversely affect both the provider and the patient. These results point to the urgent need for psychological intervention to support Portuguese health professionals.

Key words: Occupational stress, nurses, coping resources.