

Andreia Raquel Cardoso da Silva

**A Satisfação no Trabalho: A relação entre as  
Estratégias de *Coping* e a Perceção do  
Organizacional nas Unidades de Cuidados  
Intensivos, durante a pandemia COVID-19, na  
área metropolitana de Londres**



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**A Satisfação no Trabalho: A relação entre as Estratégias de *Coping* e a Perceção do Organizacional nas Unidades de Cuidados Intensivos, durante a pandemia COVID-19, na área metropolitana de Londres**

Andreia Raquel Cardoso da Silva

Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção de grau de Mestre

**Orientadores:** Vítor Manuel dos Reis Raposo e Aida Isabel Pereira Tavares

Coimbra, Outubro de 2021

## Resumo

O Sistema Nacional de Saúde Inglês sofreu uma pressão insustentável durante o pico da pandemia COVID-19 com a escassez de materiais e profissionais associado ao desgaste físico e psicológico. E os profissionais das unidades de cuidados intensivos foram especialmente afetados negativamente. Este estudo tem como objetivo analisar o papel moderador ou mediador das estratégias de *coping* na relação da percepção do suporte organizacional com a satisfação no trabalho e analisar o perfil dos enfermeiros e médicos nas três variáveis em estudo durante o período crítico da pandemia COVID-19, na área metropolitana de Londres. Na recolha de dados utilizaram-se as escalas *Brief-COPE*, *8-Item Perceived Organizational Support* e *Short-Form Employee System Questionnaire*. É um estudo transversal e não experimental com a amostra recolhida via *online* com a ferramenta *LimeSurvey* divulgado através das redes sociais *Facebook*, *Linkedin* e *Whatsapp* com uma resposta de 82 profissionais de saúde e destes 7 *outliers* foram eliminados. Como resultados concluímos que as estratégias positivas mais utilizadas foram a aceitação, *coping* ativo e o enquadramento positivo. O uso da distração e do confidenciar foram as estratégias de fuga mais usadas. As características sociodemográficas não influenciaram estatisticamente as variáveis em estudo com a exceção do aumento da idade associado ao aumento de uso de estratégias de *coping* negativas. Os modelos preditivos confirmaram a relação forte entre a percepção do suporte organizacional com a satisfação no trabalho. Contrariamente, o mesmo não se verificou com as estratégias de *coping* positivas e negativas. A percepção do suporte organizacional serviu de mediador entre as estratégias de *coping* negativas e a satisfação no trabalho ao mesmo tempo que apresenta um efeito moderador estatisticamente significativo. Em suma, o estudo reforça a importância de um papel mais ativo das organizações de saúde na mudança de comportamentos individuais e organizacionais para contribuir para a diminuição do uso de estratégias de *coping* negativas e para promover a felicidade e o bem-estar de todos os envolvidos direta e indiretamente aos cuidados ao doente durante períodos de crise.

**Palavras-chave:** Satisfação no Trabalho, Estratégias de *Coping*, Percepção do Suporte Organizacional, Cuidados Intensivos, COVID-19.

## Abstract

The English National Health Service suffered unsustainable pressure during the peak of the COVID-19 pandemic with materials and professionals' shortages associated with physical and psychological strain. And the intensive care professionals were especially negatively affected. This study aims to analyse the moderating or mediating role of coping strategies linked with the perceived organizational support with the job satisfaction and analyse the nurses and doctors' profiles in the three variables in the study during the critical period of the COVID-19 pandemic in the London metropolitan area. For the data collection, the *Brief-COPE*, *8-Item Perceived Organizational Support* and *Short-Form Employee System Questionnaire* scales were used. It is a cross-sectional and non-experimental study with a sample collected online with the *LimeSurvey* disseminated through the social networks *Facebook*, *Linkedin* and *Whatsapp* with a sample of 82 healthcare professionals and from these 7 outliers were excluded. With the results, we concluded that the most used positive coping strategies were acceptance, active coping, and positive framing. Distraction and venting were the most used escape strategies. The sociodemographic characteristics did not statistically influence the study variables except, ageing was associated with the increased use of negative coping strategies. The predictive models confirmed the strong relationship between the perceived organizational support and the job satisfaction. Otherwise, the same did not happen with the positive and negative coping strategies. The perceived organizational support was identified as a mediator between negative coping strategies and job satisfaction. At the same time, it has a statistically significant moderator effect. In short, the study reinforces the importance of a more active role of healthcare organizations in changing individual and organizational behaviors to contribute to the reduction of negative coping strategies use to promote the happiness and the well-being of everyone directly and indirectly involved in patient care during crisis periods.

**Key Words:** Job Satisfaction, Coping Strategies, Perceived Organizational Support, Intensive care, COVID-19.

*“Persegue novos objetivos  
Sonha grande  
Erra, aprende, faz diferente  
Realiza!  
Não tem e não precisa ser perfeito mas  
Pode sempre (e deve) ser divertido.”*

***Jorge Coutinho***

## Agradecimentos

*À minha orientadora Isabel Tavares* por ter embarcado nesta aventura com todo o apoio e motivação, e ao mesmo tempo ajudou-me a ter os “pés assentes na terra” perante as dificuldades inerentes a uma tese de mestrado. Obrigado pela confiança e por acreditar em mim!

*Ao meu orientador Vitor Raposo* pela dedicação, orientação e pelo incentivo incondicional na direção que quis tomar na realização deste trabalho. Obrigada por tornar este projeto uma grande aprendizagem na minha vida pessoal e profissional.

*À minha Mãe* pela sua presença e apoio incondicional. Não há palavras que expressem o agradecimento, o amor, a partilha e a compreensão. Obrigada pela enorme generosidade!

*Os meus irmãos* pelo amor e apoio constante, independentemente da distância física entre nós. Obrigada, serem parte da pessoa que sou hoje e por caminharem ao meu lado nesta jornada. Um especial obrigado à *Xana* por ouvir as minhas alegrias, tristezas, frustrações e dúvidas durante este percurso. Um profundo Obrigado por tudo.

A duas amigas muito especiais, *Silvia e Lain* pela motivação e por nunca duvidarem de que seria capaz de concretizar este objetivo. Por me mostrarem que o céu é o limite, e se por acaso tiver que cair, sei que estarão à minha espera para amparar a queda.

*À minha coach Marta* pela alegria, empoderamento e pela confiança absoluta. Obrigada pelo ensinamento: Viver o Presente! 24 de Junho 2020.

Um **OBRIGADO sem tamanho** e insuficiente para demonstrar a minha gratidão a todos os que de uma maneira ou de outra estiveram comigo nesta jornada de aprendizagem e de crescimento.

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	9
<b>I - Enquadramento Teórico</b> .....	11
<b>1. Estratégias de Coping</b> .....	11
1.1. Avaliação das Estratégias de Coping .....	14
<b>2. Perceção do Suporte Organizacional</b> .....	15
2.1. Avaliação da Perceção do Suporte Organizacional.....	19
<b>3. Satisfação no Trabalho</b> .....	20
3.1. Avaliação da Satisfação no Trabalho .....	23
<b>4. Satisfação no Trabalho: A relação com as Estratégias de Coping e a Perceção do Suporte Organizacional</b> .....	24
<b>5. A pandemia COVID-19 e os Profissionais de Saúde</b> .....	25
5.1. COVID-19 e Estratégias de Coping .....	26
5.2. COVID-19 e a Perceção do Suporte Organizacional .....	27
5.3. COVID-19 e a Satisfação no Trabalho .....	27
<b>6. Modelo Conceptual do Estudo</b> .....	28
<b>II – Métodos</b> .....	32
<b>1. Caracterização da Amostra</b> .....	32
<b>2. Instrumentos de Avaliação</b> .....	34
2.1. Brief-COPE .....	34
2.2. 8-Item Survey of Perceived Organizational Support .....	36
2.3. Short-Form Employee System Questionnaire.....	36
2.4. Questionário Sociodemográfico.....	37
<b>3. Estratégia de Análise</b> .....	37
<b>4. Análise Estatística</b> .....	38
<b>III – Resultados</b> .....	41

<b>1. Caracterização da Amostra</b> .....	41
<b>2. Estatísticas descritivas e matriz de intercorrelações</b> .....	43
<b>3. Perfil os Enfermeiros e Médicos dos Cuidados Intensivos</b> .....	42
<b>4. Modelos preditivos da satisfação no trabalho</b> .....	43
4.1. Satisfação no trabalho prevista a partir do suporte organizacional.....	43
4.2. Satisfação no trabalho prevista a partir das estratégias de coping .....	43
<b>5. Satisfação no trabalho prevista pelas estratégias de coping e mediada pelo suporte organizacional</b> .....	45
5.1. Previsão do modelo pelas estratégias de coping positivas e mediação pela da percepção do suporte organizacional .....	46
5.2. Previsão do modelo pelas estratégias de coping negativas e mediação pela percepção do suporte organizacional.....	49
5.3. Teste do efeito de moderação do suporte organizacional relação entre as estratégias de coping e a satisfação no trabalho.....	51
<b>IV - Discussão</b> .....	53
<b>Conclusão</b> .....	59
<b>Limitações do Estudo</b> .....	61
<b>Referências</b> .....	63
<b>Anexos</b> .....	74



## Introdução

Em Novembro de 2019, em Wuan na China, surgiram múltiplos casos de pneumonia de origem desconhecida que foi intitulada de síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 e mais tarde foi denominada, pela Organização Mundial da Saúde, de *Coronavirus Disease 2019* ou COVID-19 (WHO, 2020).

Em Março de 2020, a COVID-19 rapidamente se espalhou à escala global e a Organização Mundial da Saúde declarou o estado de pandemia que impactou a vida das pessoas de todo o mundo, nos setores económicos, políticos, sociais e na saúde.

Na área da saúde, esta pandemia colocou sobre os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham na área dos cuidados intensivos, sob elevados níveis de stress devido ao aumento da carga de trabalho, exposição ao vírus, aumento do volume de internamentos, inadequado equipamento de proteção individual, isolamento social e da mudança constante de protocolos e diretrizes nos cuidados de saúde (Lai et al., 2020).

A recente literatura evidência que a COVID-19 tem afetado física, psicológica e mentalmente o bem-estar destes profissionais com o aparecimento de sinais de burnout, depressão e ansiedade (Wu et al., 2020).

Neste seguimento, é importante identificar quais as estratégias de *coping* que os profissionais de saúde estão a utilizar para lidar com as situações/experiências de stress vivenciadas com a COVID-19, uma vez que podem ter um impacto positivo ou negativo no seu bem-estar e na satisfação no trabalho (Main et al., 2011).

Assim, o uso adequado das estratégias de *coping* pode ser fundamental para gerir efetivamente as situações percecionadas de stress devido à COVID-19, através de um controlo eficaz das suas emoções e da sua adaptabilidade.

Outros fatores, como um ambiente de trabalho saudável com apoio e suporte da organização são preponderantes para o bem-estar e para a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde (Alrawashdeh et al., 2021).

Satisfação no trabalho é um conceito complexo que incorpora os pensamentos positivos e a atitude de cada profissional para com o seu trabalho. Logo, níveis baixos de satisfação no trabalho pode causar impacto negativo nos resultados das organizações como na diminuição da qualidade dos cuidados.

Ao mesmo tempo, o bem-estar emocional e físico dos profissionais pode ser afetado pela percepção do suporte organizacional que consiste na crença do profissional na valorização do seu bem-estar e nas suas necessidades socio-emocionais por parte da organização (Eisenberg, Huntington e Hutchison, 1986).

Assim, a percepção do suporte organizacional é considerado uma estratégia de *coping* externa que reflete a apreciação da organização, com repercussões na saúde mental e na atitude positiva, em relação ao trabalho, por parte dos profissionais (Qiu et al., 2020).

Na existente literatura sobre a pandemia COVID-19, os estudos são focados, individualmente, no bem-estar e na satisfação no trabalho e nas suas consequências para os resultados das organizações.

Para aprofundar as investigações publicadas sobre esta temática, este estudo pretende verificar se a satisfação no trabalho é influenciada estratégias de *coping* individuais e pela percepção do suporte organizacional nos enfermeiros e médicos a trabalhar nos cuidados intensivos, na área metropolitana de Londres.

O presente estudo tem como questão de investigação: A satisfação no trabalho é influenciada pelas estratégias de *coping* individuais e pela percepção do suporte organizacional nos enfermeiros e médicos das unidades dos cuidados intensivos durante a pandemia COVID-19, na área metropolitana de Londres?

Como objetivos específicos pretende-se:

- Analisar o papel moderador ou mediador das estratégias de *coping* na relação entre a percepção do suporte organizacional e a satisfação no trabalho.
- Analisar o perfil dos enfermeiros e médicos nas estratégias de *coping*, na percepção do suporte organizacional e na satisfação do suporte organizacional durante a pandemia COVID-19.

# I - Enquadramento Teórico

## 1. Estratégias de *Coping*

A área da saúde é especialmente desafiante, uma vez que os seus trabalhadores lidam com situações frequentes de dor, sofrimento e morte. Ao mesmo tempo, estes deparam-se com longos turnos, falta de profissionais e constante pressão e stress acrescentando as responsabilidades que acarretam as suas decisões.

Existem várias causas, efeitos e formas de lidar com o stress originado pelas condições supracitadas nos profissionais de saúde.

Os fatores de stress podem advir não apenas do ambiente externo como do interno, sugerido por Lazarus e Cohen (1977), que propõem um modelo baseado no stress como um fenómeno transaccional que depende do significado que a pessoa percebe do fator stressante ou estímulo.

Para fazer face às dificuldades ambientais, os recursos individuais, sociais e culturais vão ser determinantes no impacto que acarreta a cada pessoa. Assim, a percepção deste impacto, positivo ou negativo, pode ser interpretado como algo necessário ou como potencialmente perigoso.

*Coping*<sup>1</sup> são estratégias ou características da personalidade que cada pessoa usa para lidar com situações de stress estando em constante mudança devido ao processo de adaptação na interação com o meio. Assim, *coping* é um processo dinâmico, consciente e influenciado pelo contexto e pelas fontes de stress (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Situações de stress são consideradas fundamentais para o desenvolvimento de estratégias individuais de *coping* para que a adaptação positiva de cada pessoa evolua para um estado de equilíbrio físico e mental.

Desta forma, ao conceito de *coping* acrescenta-se uma interação comportamental e cognitiva, entre a pessoa e o meio ambiente, em que a pessoa forma avaliações subjetivas sobre o ambiente e o ambiente influencia esta mesma avaliação (Folkman e Lazarus, 1984).

Este conceito é utilizado pelas pessoas para a gestão de acontecimentos ou experiências específicas, internas ou externas, que ocorrem em situações de stress, que são interpretadas como adequadas ou excessivas, tendo em conta os recursos pessoais de cada pessoa

(Folkman e Lazarus, 1991) e não aplicável às situações da vida em geral (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Cada pessoa lida com o stress de diferentes formas. No entanto, nem todas estas são efetivas na prevenção da insatisfação no trabalho. As características individuais do desenvolvimento cognitivo, biológico e social, moduladas ao longo do ciclo de vida, influenciam a eficácia das estratégias de *coping* face às situações percecionadas de stress (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

O modelo de Lazarus and Folkman (1984) é um dos mais utilizados na literatura que descreve o papel das estratégias de *coping* e do seu processo na perceção e na gestão das situações percecionadas de stress.

Este modelo assenta na interação entre a pessoa, o ambiente e nas estratégias de *coping* que têm como função a gestão da situação de stress, ao invés do controlo da mesma. Assenta na premissa que a avaliação feita pela pessoa é percebida e interpretada para minimizar as consequências negativas da sua interação com o ambiente (Hart e Cooper, 2001).

Lazarus e Folkman (1984) dividem as estratégias de *coping* em focadas no problema e focadas na emoção e Zeidner (1995) acrescenta uma terceira estratégia orientada para a fuga.

i) O *Coping* focado no problema é quando uma pessoa procura melhorar a sua relação com o ambiente que a rodeia, e tende a ser mais orientada para a ação e para a resolução do fator stressante. ii) O *coping* focado nas emoções leva a pessoa a focar na forma como observa, interpreta e reage à situação de stress. iii) Por fim, *coping* orientado para a fuga é quando a pessoa evita resolver o fator de stress.

Situações percecionais de stress requerem estratégias de *coping* que permitam lidar com o nível de stress percecionado (focado na emoção) ou na forma como irão lidar com o problema que lhes causa o nível de stress (focado no problema). Independentemente, do processo de *coping* escolhido o resultado obtido pode ser favorável, desfavorável ou sem resolução (Marjanovic, Greeglass e Coffey, 2006).

As estratégias focadas no problema reduzem os níveis stress dos problemas externos, enquanto as focadas na emoção permitem reduzir os níveis internos de stress (Lazarus e Folkman, 1984; Zeidner, 1995).

As estratégias de *coping* têm sido amplamente estudadas e ao mesmo tempo têm surgido inconsistências na categorização das mesmas e da sua função, uma vez que a relação entre

---

<sup>1</sup>A tradução portuguesa do conceito *coping* não é consensual. Na literatura variadas traduções são usadas como estratégias para lidar com o stresse, processos de confronto estratégias de adaptação, resolução de problemas e estratégias de enfrentamento. Neste estudo para estar em concordância com a literatura internacional optou-se para manter o conceito inglês.

as estratégias *coping*, stress e bem-estar é complexa. Devido à dificuldade da sua categorização tem difícil comparar os resultados dos estudos nesta área.

Esta complexidade pode ser verificada na meta-análise realizada por Park, Armeli e Tennen (2004) em que as dimensões de *coping* foram consideradas instáveis com dependência do seu contexto da sua amostra. Os autores acrescentaram que a estratégia focada na resolução de problemas pode ser positiva quando as ações estão centradas na redução do stress e do seu impacto, ou podem ser negativas quando dirigidas para o problema.

O mesmo se verifica nas estratégias focadas na emoção, pois tanto podem ser dirigidas para o distanciamento, aceitação e responsabilidade como para a fuga e para o evitamento. Comportamentos como distanciamento, autocontrole, aceitação de responsabilidade e reavaliação positiva, podem ser utilizados para prevenir e diminuir o desconforto emocional originado pela situação (Park, Armeli e Tennen, 2004).

As características demográficas têm sido estudadas como fatores que podem influenciar as estratégias de *coping* utilizadas para a redução do stress percebido.

O género aparenta ter diferenças significativas na forma como as estratégias de *coping* são utilizadas. O género feminino tem tendência para se focalizar nas emoções e na procura de suporte social, enquanto os do género masculino tendem a utilizar o álcool e as drogas para evitar o stress (Carver, 1989; Eschenbeck, Kohlmann, and Lohaus, 2007).

Com a idade, as pessoas mais velhas aparentam usar menos as estratégias de fuga. Estes apresentam níveis mais elevados ou iguais aos mais jovens na utilização das estratégias focadas no problema (Blanchard-Fields, Sulsky e Robinson-Whelen, 1991).

O mesmo se aplica em pessoas com mais experiência de trabalho, pois tendem a usar menos estratégias de fuga permitindo-lhes lidar mais eficazmente com as situações de stress (Mark, 2008).

É importante reconhecer que estratégias de *coping* específicos não são apenas influenciadas pelas características pessoais, mas também pelo nível de stress da situação, como o caso da pandemia COVID -19.

A COVID-19 é considerada uma situação de stress que veio alterar a vida de todas as pessoas no mundo. No entanto, para fazer face a esta crise de saúde, política e social, as pessoas podem e devem usar os seus recursos externos e internos para aceitar, minimizar ou mesmo ignorar os efeitos desta pandemia.

Muitas das pessoas não conseguiram ultrapassar as limitações e desafios criados pela pandemia COVID-19. Assim, se os recursos externos não forem suficientes ou mesmo ineficazes, as estratégias de *coping* intrínsecas podem ser acionadas com alterações nas respostas psicológicas que podem permitir ou não lidar com os efeitos negativos da pandemia (Satija, Advani e Nathawat, 1998).

As estratégias de *coping* extrínsecos envolvem atividades de autocuidado, um ambiente de trabalho seguro, isto é, a criação e promoção de ambientes saudáveis numa situação sem precedentes e instável (Filho et al., 2020; Stone, 2020).

Em suma, os eventos percebidos como stressantes, como a pandemia COVID-19, têm impacto no bem-estar psicológico de cada pessoa. E a utilização de estratégias de *coping* podem ser fundamentais para a gestão saudável das situações percebidas como stressantes como o negativo impacto que os profissionais dos cuidados intensivos perceberam durante o combate à COVID-19.

### 1.1. Avaliação das Estratégias de *Coping*

O estudo das estratégias de *coping* desenvolveu várias escalas de medição (Garcial et al., 2018), com realce nas escalas - Ways of Coping Scale de Lazarus e Folkman, em 1984; COPE Inventory (Coping Orientation to Problems Experienced) em 1989; Measure of Affect Regulation Styles, em 2006, por Larsen e Prizmic; Coping Schemas Inventory Revised de Wong, Reker e Peacock em 2006.

A escala mais utilizada pelos investigadores tem sido a COPE proposta por Carver et al. (1989). É uma escala multidimensional com 15 dimensões cada uma com 4 afirmações, num total de 60 afirmações. Devido à sua extensão os autores decidiram desenvolver a Brief-COPE para promover uma participação mais ativa da população (Garcia et al., 2018).

A Brief-COPE<sup>2</sup> foi desenvolvida numa amostra comunitária de 168 participantes afetados pelo furacão Andrew, em 1992. O autor eliminou duas subdimensões do instrumento original e adicionou a dimensão da auto culpabilização e reduziu cada dimensão apenas para 2 afirmações cada.

A escala é baseada na teoria de stress transacional e no modelo emocional de autorregulação, que avalia o *coping* como um estilo pessoal e como uma estratégia para uma situação de stress específica (Kannis-Dymand et al., 2020).

A análise dos resultados tem sido divergente entre os investigadores, uma vez que os diferentes estudos apresentam estratégias distintas de determinar quais os fatores e quais as afirmações se relacionam com as diferentes situações analisadas (Kannis-Dymand et al., 2020; Nunes et al., 2021).

A análise da estrutura interna, por Carver (1997), demonstrou que a Brief-COPE era semelhante à escala original, com uma explicação de 72.4% da variância. A escala apresenta uma validade interna entre 0.73 e 0.86 o que permite ter confiança de que a escala capta o quadro teórico dos modelos de *coping* e a estrutura do modelo apresentado pela escala COPE (Benson, 2010).

As catorze dimensões estão agrupadas em duas afirmações em que a soma das pontuações varia de 2 até um máximo de 8. Pontuações mais elevadas sugerem uma maior utilização de uma determinada estratégia de *coping* (Carver, 1997).

A escala não apresenta uma pontuação total, mas a soma da pontuação das subdimensões podem ser utilizadas, em que as afirmações não devem ser revertidas.

Para a divisão das dimensões dos tipos de estratégias de *coping* utilizado no presente estudo foi seguido a de Lazarus e Folkman (1984) uma vez que é de fácil interpretação na análise dos resultados.

A escolha desta escala deveu-se às suas propriedades psicométricas e por ser um dos instrumentos mais utilizados e seguros na área das estratégias de *coping* e que segue, em linhas gerais, o modelo de Lazarus focado nas emoções, nos problemas e na fuga (Lazarus e Folkman, 1984).

O seu uso é amplamente utilizado na literatura, incluindo a da saúde, devido à abrangente referência das dimensões das estratégias de *coping*. A escolha para a recolha de dados do presente estudo foi baseada no uso livre da escala para investigação com respostas rápidas para que os participantes pudessem se comprometer mais facilmente em fazer parte do mesmo.

## **2. Perceção do Suporte Organizacional**

O comportamento das pessoas é influenciado pela sua opinião dos processos que constituem a sua organização como a perceção do suporte organizacional (PSO).

O desenvolvimento da PSO é baseado no esforço das organizações procurarem satisfazer as necessidades socio-emocionais dos profissionais para que estes desenvolvam a crença de que as organizações valorizam a sua contribuição e que têm total preocupação pelo seu bem-estar (Eisenberger et al., 1986).

A teoria da Percepção do Suporte Organizacional e a construção do conceito da PSO foi desenvolvido por Eisenberger e pelos seus colegas de investigação no início da década de 80. Desenvolveram estudos sobre a PSO na ideia de que o trabalhador personifica a organização, uma vez que percebe o comportamento dos responsáveis pela organização como os da própria organização (Eisenberger et al., 1986; Eisenberger et al., 2004).

As organizações procuram profissionais dedicados e leais, e por sua vez, os trabalhadores estão focados na dedicação que os seus empregadores têm em relação aos mesmos. Ser uma mais-valia na organização eleva a percepção dos benefícios como aprovação e respeito, pagamento e promoções, e outras formas de desempenhar as suas funções adequadamente (Rhoades e Eisenberger, 2002).

As organizações valorizam a ajuda disponibilizada pelos profissionais quando esta é necessária para desempenhar efetivamente as suas funções e para ultrapassarem situações de stress. Por sua vez, a visão favorável, ou desfavorável, do trabalhador é visto como um indicador na valorização, ou não, pela organização (Rhoades e Eisenberger, 2002).

Quando uma pessoa trata bem uma outra, por norma, sente-se obrigado a retornar o mesmo tratamento (Gouldner, 1960). O mesmo se aplica nas relações entre as organizações e os seus profissionais. As organizações e profissionais têm como base a reciprocidade, onde apresentam uma relação justa e favorável (Rhoades e Eisenberger, 2002).

Nesta relação de benefício mútuo, existe à partida expectativas de ambas as partes. Por um lado, a organização espera dedicação, lealdade e um comprometimento com os objetivos organizacionais, e por outro, os profissionais esperam que o suporte seja espontâneo (Rhoades e Eisenberger, 2002).

Assim, quando este suporte é percebido como um conjunto de ações voluntárias, independentemente das obrigações regulamentares e governamentais de saúde e segurança, os profissionais apresentam elevados níveis da percepção do suporte organizacional (Eisenberger et al., 1997).



Além disso, a percepção de respeito e aprovação, vai de encontro às necessidades socio-emocionais, e conseqüentemente, à afiliação organizacional que fica incorporada na identidade social de cada trabalhador (Coyle-Shapiro e Conway, 2005).

O foco entre a organização e o profissional deve basear-se numa relação mútua positiva, incluindo a gentileza e a ajuda, em que as relações negativas como a culpabilização e a retaliação devem ser estratégias abandonadas. Assim, a aplicação da norma da reciprocidade regula não apenas as relações formais e informais das organizações, bem como da sociedade e das normas sociais pela obrigação de ajudar a pessoa que a ajudou anteriormente (Gouldner, 1960).

A SOP produz um sentimento de obrigação pelo bem-estar e de ajuda para que a organização atinja os objetivos delineados. Assim, este processo beneficia ambas as partes, em que os profissionais têm níveis elevados de satisfação no trabalho (Rhoades e Eisenberger, 2002).

Logo, profissionais mais comprometidos com a organização apresentam melhores níveis de satisfação no trabalho e um aumento de emoções positivas e de desempenho (Rhoades e Eisenberger, 2002; Yu e Frenkel, 2013).

A investigação nesta área, apoia a existência de uma relação de reciprocidade entre os profissionais e as organizações (Conway e Coyle-Shapiro, 2012). Portanto, é importante considerar a influência que apoio das organizações têm sobre os profissionais, incluindo os enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19.

Para a compreensão do comportamento organizacional, e com base na Teoria da Troca Social, são necessárias múltiplas interações entre os profissionais para que seja produzido o sentido de obrigação, e das relações estabelecidas através da premissa de mútua confiança e lealdade.

Neste seguimento, a PSO é a troca social recíproca entre os trabalhadores e as organizações com enfoque na qualidade da sua relação, onde a reciprocidade é um mediador na produção de comportamentos relacionais efetivos e atitudes positivas pelos profissionais (Cropanzano e Mitchell, 2005).

Mais tarde surgiu a Teoria do Suporte Organizacional, por Rhoades e Eisenberg (2002), que engloba a relação entre a Teoria da Troca Social e a PSO, em que as organizações têm obrigações sociais, financeiras e morais com os trabalhadores, e por sua vez, estes têm de apresentar um bom desempenho e um comprometimento com a organização.

Neste processo, o profissional apresenta uma percepção favorável do suporte organizacional, através de um suporte sincero e não manipulável com um equilíbrio entre o esforço e a recompensa dentro da organização (Rhoades e Eisenberger, 2002). Esta reciprocidade explica o relacionamento entre o trabalhador e a organização, em que os profissionais ficam cada vez mais comprometidos à medida que percebem positivamente as trocas com a organização (Chullen et al., 2010).

O desenvolvimento da percepção do suporte organizacional não é abstrato e o profissional tem tendência em atribuir características humanas à organização (Eisenberg *et al.*, 1986) devido às responsabilidades financeiras, morais e legais das organizações.

Os trabalhadores projetam características humanas à organização, em que os comportamentos e atitudes dos trabalhadores que têm funções de gestão dos recursos humanos e da organização em geral, são o reflexo da própria organização (Levinson, 1965; Eisenberg *et al.*, 1986).

Por outro lado, a teoria do suporte social explica que as trocas podem ser tangíveis ou intangíveis entre a organização e os profissionais. Trocas tangíveis são os pagamentos, benefícios e promoções e os intangíveis são o reconhecimento, justiça, suporte e estima (Blau, 1964).

O suporte a cada trabalhador é visto como o reflexo do suporte organizacional e as práticas dos recursos humanos relacionados com o salário, promoções, segurança do trabalho, stress e oportunidades de formação estão positivamente relacionadas com a PSO. Verifica-se o aumento do compromisso emocional organizacional com a criação de um relacionamento emocional forte (Meyer, Becke e van Dick, 2006).

A literatura explora quais os antecedentes que podem influenciar a PSO, e o estudo de Rhoades e Eisenberger (2002) identifica as recompensas, condições de trabalho, suporte ou apoio dos supervisores e a justiça como importantes para aumentar a satisfação dos trabalhadores no seu local de trabalho.

Ainda, os autores acrescentam que a PSO ao satisfazer as necessidades socio-emocionais, irá haver um aumento da satisfação das experiências laborais e da disponibilidade para a ajuda profissional.

Em relação às características demográficas dos trabalhadores são uma área pouco explorada. A personalidade do profissional e a sua interpretação do tratamento benevolente ou malevolente da organização pode influenciar a SOP (Rhoades e Eisenberger, 2002). Por outro

lado, a idade, a educação e o gênero têm sido características estudadas com pouca relação com a PSO (Rhoades e Eisenberger, 2002).

Ao contrário das características demográficas, os valores sociais como a dignidade, o respeito e fornecimento de informação sobre as estratégias, objetivos determinados para os resultados pretendidos pela organização são considerados favoráveis na relação com a PSO. Ainda, a promoção e a oportunidade de aumento de conhecimento (Duke et al., 2009), condições de equidade, percepção de condições positivas de trabalho e relações positivas com supervisores/chefes de departamento aumentam a PSO positivamente (Zagenczyk et al., 2011).

Para concluir, a PSO demonstra que o investimento que os trabalhadores colocam nas suas organizações é recíproco com a supressão das necessidades físicas e socio emocionais, como a estima, afiliação e aprovação. Os sentimentos e comportamentos positivos gerados permitirá aumentar o desempenho e o compromisso em relação à organização (Eisenberger e Stinglhamber, 2011; Rhoades e Eisenberger, 2002).

## 2.1. Avaliação da Percepção do Suporte Organizacional

O primeiro investigador a estudar a percepção suporte organizacional foi Eisenberg et al. (1986) que desenvolveu uma escala com um total de 36 afirmações.

É uma escala unidimensional e apresenta uma validade interna de 0.97 com uma correlação do total das afirmações entre 0.42 a 0.83. Com uma análise dos componentes principais, a escala demonstrou uma variância total de 48.3% em um único componente e com um possível segundo com 4.4% de variância total (Eisenberger et al., 1986).

Foi uma escala bastante utilizada em vários formatos, e para a realização dos seus estudos os investigadores selecionaram as afirmações que lhes eram mais convenientes. No entanto, Eisenberger et al. sugerem a utilização das versões 16 itens, 8 itens e 3 itens.

Em 1997, McMillin adicionou ao suporte organizacional o suporte de matérias como o equipamento e pessoal para a otimização das condições laborais para ir de encontro à satisfação dos trabalhadores. Assim, o autor propôs a inclusão do suporte emocional social e o suporte de equipamento e infraestruturas com o desenvolvimento de uma escala de 15 itens.

Kraimer e Waine (2004) desenvolveram uma escala de 12 itens com as dimensões suporte adaptativo, suporte de carreira e financeiro. Em 2006, Ling, Yang e Gang dividiram o conceito em reconhecimento, suporte no trabalho e nos interesses do trabalhador, através de uma escala de 24 afirmações com uma confiabilidade e validade elevada. Chen (2006) desenvolveu duas escalas cada uma delas com quatro e nove dimensões.

Por fim, a mais recente foi desenvolvida por Yuan (2017), em que a percepção do suporte organizacional é constituído por 5 dimensões, um total de 23 afirmações que aborda o suporte no trabalho, o reconhecimento, o suporte emocional, o suporte no desenvolvimento de carreira e a preocupação pelos interesses dos trabalhadores.

Neste estudo, a escala utilizada é a Percepção do Suporte Organizacional de Eisenberg et al. (1986)<sup>3</sup> composta por 8 itens, unidimensional e de rápido preenchimento para permitir um rápido preenchimento do questionário online e evitar que os participantes desistam da sua participação a meio.

No estudo de Worley, Fuqua e Hellman (2009), a escala obteve ma validade interna de 0.93, com uma correlação entre o total de afirmações entre 0.7 até 0.84. Assim, pode-se concluir que as propriedades psicométricas são similares na estrutura fatorial e na dimensionalidade subjacente à mesma.

Ainda, comparativamente com as versões mais longas a sua aplicação não é problemática com questões que abordam o nível da percepção organizacional do bem-estar dos profissionais (Rhoades e Eisenberger, 2002). Desta forma, optou-se pela versão 8-item para promover a participação dos profissionais de saúde no estudo, uma vez que os resultados do estudo de Worley (2006) sugerem adequadas propriedades psicométricas comparativamente com as versões 36-item e 16-item.

### **3. Satisfação no Trabalho**

A satisfação no trabalho tem sido um tema com grande importância na comunidade científica e dentro das próprias organizações. Apesar, de existir algum consenso sobre a sua definição, os seus fatores não são unânimes.

A satisfação no trabalho mede o estado cognitivo, mental e emocional dos profissionais e os fatores associados durante a experiência no trabalho. Este conceito está associado ao

contentamento que o profissional tem em relação às suas condições de trabalho e à segurança sentida em coexistência com fatores de stress (Martinez e Paraguay, 2003).

Apesar, de ser um conceito bastante investigado não existe uma definição única. Morse (1997) definiu a satisfação no trabalho como o nível de satisfação nas dimensões das necessidades, vontades e desejos. Satisfação é a medição do quanto o profissional está feliz com o seu trabalho e com o seu ambiente laboral.

Elevados níveis de satisfação profissional acarretam benefícios bilaterais. Isto é, para as organizações resultam em lealdade, comprometimento organizacional e baixos níveis de rotatividade, e para os profissionais representam um equilíbrio entre a vida profissional e pessoal com aumento da qualidade de vida (Cunha et al., 2007).

A satisfação no trabalho pode ser vista como uma tríade entre os fatores psicológicos, fisiológicos e ambientais influenciada não só por fatores externos, mas como pelos internos que ditam os sentimentos relacionados com a organização e o seu trabalho (Hoppock, 1935).

Neste seguimento, profissionais satisfeitos têm a motivação, o envolvimento e o comprometimento organizacional, a satisfação com a vida pessoal, o melhoramento da saúde mental e o seu do desempenho profissional. Baixa satisfação está relacionada com elevados níveis de abstenção, de stress e de abandono da organização (Judge et al., 2010).

Pode-se acrescentar que a satisfação no trabalho se encontra relacionada com a produtividade e com o bem-estar dos profissionais. Portanto, se estes se encontram felizes e entusiasmados com o seu trabalho, normalmente, deve-se ao reconhecimento pelo seu desempenho, através de várias iniciativas como o aumento dos salários e progressão na carreira (Kaliski, 2007).

As condições pessoais podem influenciar a satisfação do trabalho, como os fatores demográficos e as diferenças individuais. Neste seguimento, a insatisfação surge quando as expetativas individuais não são alcançadas, logo para reverter esta mesma é necessário que as organizações se foquem nas características individuais com destaque nas características do estado cognitivo e emocional da personalidade de cada trabalhador. (Cunha et al., 2007).

O estudo de Wolfe e Kim (2013) relaciona o estado emocional com a satisfação no trabalho e demonstra que existem vários estados emocionais preditores da satisfação, como a gestão do stress e o bom humor.

Assim, pode-se afirmar que a satisfação no trabalho é um conceito complexo e subjetivo envolvendo as componentes pessoais e sociais do trabalhador. O que pode deixar um trabalhador satisfeito pode deixar um outro insatisfeito numa mesma situação.

A nível individual, a insatisfação converge em altos níveis de stress que pode culminar em sintomas depressivos, irritabilidade, hipertensão, aumento do consumo de álcool e drogas. Estes sintomas podem levar a doenças físicas como o burnout e as doenças cardíacas (Byrne e Espnes, 2008).

A nível organizacional, a insatisfação traduz-se em elevados níveis de absentismo, abandono do trabalho, diminuição da motivação, da satisfação e de desempenho.

Os conflitos dos papéis organizacionais, a pobre relação entre colegas e liderança e uma pobre cultura organizacional com objetivos e estratégias pouco definidas aparentam ser preponderantes para a diminuição da satisfação no trabalho (Leka, Griffiths e Cox, 2003).

Especificamente na área da saúde, em que as fontes de stress como o excesso de horas, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho, baixos rácios e elevada rotatividade dos trabalhadores (Lockley et al., 2007) contribuem para a insatisfação no trabalho.

Diversas teorias são exploradas na literatura referentes à satisfação no trabalho: a Teoria das Necessidades de Maslow (1943), a Teoria de Expetativa-Valência (1958), a Teoria dos Dois Fatores (1959), a Teoria de Equidade de Adams (1965), a Teoria do Desempenho (1968) e a Teoria ERG de Alderfer (1969).

A **Teoria das Necessidades de Maslow** (1943) foca-se nas necessidades internas para motivar o trabalhador. A motivação do trabalhador é baseada na hierarquia de cinco necessidades que começam nas mais básicas até às mais elevadas que são: as necessidades fisiológicas, de segurança, de pertença e amor, estima e de autorrealização (Sattar, Khan e Nawaz, A., 2010).

Em 1958, Vroom verificou que a motivação é diferente entre os trabalhadores devido ao seu ambiente social e cultural – **Teoria de Expetativa-Valência**. A interação entre as variáveis pessoais e do local de trabalho bem como as expetativas individuais são os elementos principais desta teoria.

Neste seguimento, o trabalhador espera ser recompensado de acordo com os esforços que oferece à organização. Quando há discrepâncias entre estas duas variáveis surge a insatisfação e baixos níveis de motivação e de desempenho (Naz e Sharma, 2017).

Em 1959, Hersberg et al. desenvolveu a **Teoria dos Dois Fatores**, uma teoria motivacional que envolve os fatores: intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são os considerados promotores da satisfação no trabalho, entre eles pode-se incluir o reconhecimento, progresso profissional e recompensas pelo desempenho. No entanto, a sua presença não garante a satisfação no trabalho, pois são apenas promotores da não insatisfação (Naz e Sharma, 2017).

Os fatores extrínsecos são os desmotivadores que envolvem o contexto em que o trabalho é desenvolvido (salário e condições laborais) (Naz e Sharma, 2017).

A **Teoria de Equidade de Adams** (1965) refere que todos os profissionais procuram um equilíbrio entre o seu desempenho e o dos seus colegas. É através da comparação da perceção de como estão a ser tratados em relação ao outro que o sentimento de equidade ou iniquidade surge e influencia a motivação laboral (Cunha et al., 2007).

A **Teoria do Desempenho** de Porter e Lawer (1968) tem como base a teoria anterior e explora a complexidade da motivação, satisfação e do desempenho. Afirma que o desempenho é conseguido quando o trabalhador é motivado para executar as suas funções. No entanto, por si só a motivação não é suficiente para assegurar o desempenho. Reforça que o profissional tem que possuir competências e conhecimentos para desenvolver o seu trabalho eficazmente.

Por fim, a **Teoria ERG (Existence, Relatedness e Growth) de Alderfer**, de 1969, é similar à Teoria de Maslow, e apresenta três necessidades: de existência, de relacionamento e de crescimento.

A necessidade de existência baseia-se nas necessidades psicológicas e de segurança. As de relacionamento é a necessidade de se relacionar com o outro e as do crescimento é a necessidade intrínseca do desenvolvimento pessoal (Naz e Sharma, 2017).

Neste modelo, o profissional pode estar motivado simultaneamente em diferentes níveis. Assim, as necessidades não necessitam de estar hierarquizadas nem serem atingidas individualmente para que seja atingido a satisfação e o bem-estar (Cunha et al., 2007).

### 3.1. Avaliação da Satisfação no Trabalho

As escalas de avaliação de satisfação no trabalho mais utilizadas na literatura são as seguintes: Questionário de Satisfação de Minnessota, Questionário de Satisfação Profissional,

O Índice de Satisfação do Trabalho, Questionário de Diagnóstico do Trabalho, Escala de Trabalho em Geral e o Questionário de Avaliação Organizacional de Michigan (Ali, 2016). Neste trabalho vai ser utilizada a escala Short-Form Employee Judgement System. É a versão reduzida da escala de 1989 com 138 afirmações. As afirmações foram baseadas numa revisão da literatura, opinião de peritos, de executivos da área da saúde, dados qualitativos de amostras de investigação e de entrevistas realizadas a médicos e restantes profissionais da área hospitalar.

A escolha da Short-Form Employee Judgement System<sup>4</sup> deveu-se à sua avaliação de 10 dimensões da satisfação no trabalho de preenchimento rápido e pela sua específica aplicabilidade na área da saúde.

A escala foi validada para a área hospitalar com um coeficiente de correlação entre os itens entre 0.61 e 0.83. Os resultados mais baixos foram observados nas afirmações que avaliam os departamentos hospitalares com uma correlação de 0.48. Ainda, a consistência interna foi superior a 0.80 e apresentou uma confiabilidade de entre 0.69 e 0.78 (Nelson et al., 1992).

A escolha pela escala baseou-se nas propriedades psicométricas acima supracitadas e pela familiaridade com a mesma. Na prática, é uma escala de resposta rápida (5 minutos) e que abrange as principais áreas da satisfação no trabalho que devem ser identificadas para criar oportunidades de melhoramento especificamente na área hospitalar.

#### **4. Satisfação no Trabalho: A relação com as Estratégias de *Coping* e a Perceção do Suporte Organizacional**

Os recursos individuais são fundamentais para que os trabalhadores possam lidar adequadamente com situações percecionadas de stress. Estes recursos potenciam o uso de estratégias de *coping* adaptativas, enquanto a sua restrição promove o uso de estratégias menos adaptativas (Lazarus e Folkman, 1984). E dependendo de como a situação de stress é percecionada e enfrentada os resultados irão afetar o bem-estar individual.

É proposto, por Lazarus e Folkman (1984), que elevada perceção do suporte organizacional facilita a implementação de estratégias de *coping* positivas e inibe as associadas à fuga.

Armstrong-Stassen (2004) realizou um estudo com enfermeiros para analisar a relação entre o comprometimento (incluído SOP) e as estratégias de *coping* em quatro hospitais



comunitários em processo reestruturação de serviços. Foi inferido que as estratégias de *coping* de fuga/evitamento foram mediadoras na PSO, na intenção de permanecer na organização e na satisfação no trabalho.

Mais especificamente, a PSO demonstrou ser fortemente relacionado com a satisfação no trabalho, e com uma correlação positiva com as estratégias de *coping* com foco no controlo e negativamente com estratégias com foco no evitamento (Armstrong-Stassen, 2004; Marjanovic, Greenglass e Coffey, 2005).

Não foram encontrados estudos que relacionassem as estratégias de *coping*, a pereção do suporte organizacional e a satisfação no trabalho. Por este motivo, este trabalho não dispõe de um modelo conceptual único, mas antes um conjunto de modelo conceptuais de suporte que permita confirmar que estas variáveis possam estar correlacionadas durante a pandemia COVID-19 nos enfermeiros e médicos que trabalharam nas unidades de cuidados intensivos em Londres.

## **5. A pandemia COVID-19 e os Profissionais de Saúde**

A COVID-19 é a maior pandemia desde a gripe espanhola que se dispersou pelo mundo tão rapidamente que, em Março de 2020, meio milhão de pessoas foram infetadas culminando na morte de mais de 26 000 pessoas (Guanche, 2020).

A pandemia veio a relevar-se de rápido contágio e associada às limitações já sentidas pelos serviços nacionais de saúde, os profissionais ficaram sob pressão física, emocional e social. Esta pressão deveu-se ao aumento da carga de trabalho e à exposição ao vírus associada à falta de equipamentos de proteção individual. Associado a estes, pode-se acrescentar a incerteza da magnitude, duração e efeitos da pandemia e às mudanças frequentes das recomendações e protocolos das organizações de saúde (Yu et al., 2020).

Durante o pico dos infetados, os serviços de saúde foram deparados com restrições do número de camas existentes e com a diminuição dos rácios doente-profissional de saúde. Com os recursos humanos e materiais serem racionados ao máximo, os profissionais de saúde depararam-se com dilemas éticos na prestação dos cuidados.

Médicos e enfermeiros deparam-se com sentimentos ambivalentes, por um lado a vontade e o compromisso de ajudar os doentes, e por outro o de se salvaguardarem e às suas famílias.

A COVID-19 requereu muitos internamentos nos cuidados intensivos e a falta de camas e de profissionais especializados foi sentida em vários países. Assim, para colmatar as necessidades de mão de obra deslocaram-se profissionais de saúde com pouca ou nenhuma experiência para os cuidados intensivos para reforçar e complementar a força de trabalho em resposta à pandemia (Maxwell, Perl e Cutrell, 2020).

A grande mortalidade e morbidade desta doença provocou nos profissionais de saúde sofrimento físico e sentimentos de insegurança, que por sua vez, levou a sintomas de ansiedade, de hiperexcitação, de hipervigilância, de perturbações de sono, depressivos e de burnout (Maxwell, Perl e Cutrell, 2020; Yu et al., 2020).

Assim, é necessário que as organizações de saúde estejam atentas ao bem-estar físico mental e social dos seus profissionais para diminuir os efeitos negativos da COVID-19, uma vez que irá repercutir-se no decréscimo da qualidade dos cuidados, aumento da abstenção, da insatisfação no trabalho e da intenção de abandono.

### 5.1. COVID-19 e Estratégias de *Coping*

As pandemias são devastadoras para a saúde pública e para a vulnerabilidade dos sistemas de saúde públicos. E nestes, os profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, constituem um grupo de risco para contraírem a COVID-19 com exposição direta à mesma. E como consequência, para dar resposta às necessidades da população estes profissionais estão expostos a situações de pressão social e do stress laboral que pode levar a um aumento de problemas de saúde mentais agudos que podem ser arrastados ao longo do tempo (Lai et al., 2020).

As estratégias individuais de *coping* podem ser preponderantes para fazer face a uma situação de crise como a COVID-19. Se as estratégias forem positivas vai permitir ao profissional manter um bem-estar mental, físico e social.

No entanto, nem todas as pessoas utilizam estas mesmas de forma positiva e utilizam estratégias negativas como as de fuga e evitamento que pode dar origem a um aumento da exaustão emocional, despersonalização, burnout, insatisfação no trabalho e influenciarem a origem de outras doenças físicas e mentais (Marjanovic, Greenglass e Coffey, 2007).

Assim, o stress vivido no trabalho tem influência direta no desequilíbrio do comportamento e fisicamente quando há uma discrepância entre a capacidade de *coping* e as necessidades do trabalho (Jamal, 2017).

Foi verificado com profissionais de resgate que baixos níveis de stress estão associados à presença elevada de estratégias de *coping* focadas no problema (Cumming e Dwyer, 2001; Laranjeira, 2011; Jamal, 2017). Por sua vez, o uso de estratégias de fuga aumentou o nível de stress percebido pelos mesmos. Estes resultados são apoiados por Lazarus e Folkman (1984) que acrescentam que o uso prolongado destas estratégias pode levar à depressão e à ansiedade.

## 5.2. COVID-19 e a Percepção do Suporte Organizacional

Na área da saúde, as exigências do ambiente organizacional são complexas com elevados níveis de stress, por vezes, consideradas difíceis de gerir por parte dos enfermeiros e médicos. Os fatores de stress controláveis pela organização, em oposição às condições inerentes do trabalho e resultantes de pressões externas à organização, tendem a reduzir a percepção suporte organizacional.

Fatores stressantes podem estar relacionados com o trabalho excessivo tendo em conta o tempo e capacidades disponíveis, a ambiguidade do trabalho, o conflito nas no desempenho de funções que predispõem a baixos níveis de SOP (Rhoades e Eisenberger, 2002).

A revisão de Rhoades e Eisenberger (2002) apresenta uma relação forte entre a PSO e as situações de stress. No entanto, nas suas subcategorias a sua relação diminui comparativamente com a categoria na sua análise global. Assim, a PSO pode ser um fator a contribuir para a redução das consequências traumáticas das situações percebidas de stress no trabalho, onde se enquadra a pandemia COVID-19.

## 5.3. COVID-19 e a Satisfação no Trabalho

A pandemia colocou os profissionais de saúde sob imensa pressão devido ao aumento da carga de trabalho e à contínua exposição ao vírus causando stress físico e mental com influência na satisfação no trabalho.

O estudo de Yu et al. (2020) realizado com os profissionais de saúde na China revelou uma satisfação no trabalho satisfatória. As afirmações com scores mais elevados foram as relações com os colegas, realização profissional, reconhecimento do trabalho e os valores morais. Enquanto, que a oportunidade de promoção, a carga de trabalho e os salários foram as afirmações com o score mais baixo.

Ainda, os profissionais de saúde que trabalharam na organização com mais de 12 anos demonstraram um aumento da satisfação comparativamente com os profissionais com menos experiência profissional.

Estes resultados têm que ser contextualizados, uma vez que o governo chinês providenciou uma série de medidas de apoio aos profissionais, como a implementação de turnos de rotatividade, apoio psicológico e aplicou políticas de promoção profissional (Yu et al., 2020)

Os autores, deste estudo transversal, reforçaram que o valor profissional e o estatuto social destes profissionais foram elevados pela população, e que pode ter sido um fator preponderante para os níveis elevados de motivação e da satisfação profissional. Ainda, referem que a confiança e a gratidão dos doentes, familiares e da sociedade também foram fatores relevantes para os resultados obtidos.

## **6. Modelo Conceptual do Estudo**

A satisfação no trabalho é um conceito multidimensional caracterizado pela reação emocional e expressão de comportamento devido à avaliação do profissional do seu ambiente de trabalho, do desempenho e do equilíbrio entre o trabalho e a sua vida pessoal (Golbasi, Kelleci and Dogan, 2008).

Existem vários fatores explorados na literatura que influenciam a satisfação no trabalho como o reconhecimento, ambiente de aprendizagem, supervisão, pagamento, oportunidades profissionais, liderança e segurança no trabalho (Nelson et al., 1992).

Para além dos fatores supracitados, este estudo pretende verificar a influência das características pessoais, mais especificamente as estratégias de *coping*, na satisfação no trabalho durante a pandemia COVID-19.

A pandemia COVID-19 foi uma fonte de stress para todos os profissionais de saúde, principalmente os que prestaram cuidados nas unidades de cuidados intensivos. Estes estes estiveram expostos, particularmente, a um aumento da carga de trabalho, às mudanças

constantes dos protocolos e diretrizes, e ao elevado número de mortes que são geradores de situações percebidas de stress (Alharbi, Jackson e Usher, 2020).

Há evidências de que a pandemia teve um impacto no bem-estar mental e psicológico nos enfermeiros e médicos com aparecimento de sintomas associados à depressão, ansiedade e de stress (Wu et al., 2020).

No entanto, a resposta às situações de stress é variável entre as pessoas e a capacidade para enfrentar o stress efetivamente é fundamental para o bem-estar físico e mental, e para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde (Lambert, Lambert e Ito, 2004).

O uso das estratégias de *coping* é determinado pelos recursos externos e internos de cada pessoa, que incluem as suas crenças, responsabilidades, suporte emocional, social e recursos materiais fundamentais para minimizar ou resolver a situação de stress.

Assim, as estratégias de *coping* podem ser importantes para manter ou melhorar a satisfação no trabalho contribuindo para um equilíbrio de bem-estar (Morris e Long, 2002), entre os enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos.

Simultaneamente, este estudo pretende verificar se a perceção do suporte organizacional, durante a pandemia, concomitantemente com as estratégias de *coping* influencia a satisfação no trabalho.

Rhoades e Eisenberger (2002) revelaram que a recompensa da organização, benefícios laborais tem influência na PSO, que por sua vez, aumenta a satisfação no trabalho com o aumento do desempenho e de emoções positivas.

Como já mencionado, a PSO promove uma relação de reciprocidade com vantagens tanto para o profissional como para o hospital, pois fomenta a inovação e o compromisso, e consequentemente, os profissionais poderão experienciar maior satisfação durante a prática dos cuidados de saúde nos cuidados intensivos.

A perceção do suporte organizacional é outra estratégia de comportamento relativamente à qual se pretende verificar se tem associação com a satisfação do trabalho durante a pandemia. Vários estudos desenvolvidos verificaram uma associação positiva entre a PSO e a satisfação no trabalho (Miao e Kim, 2010; Mann et al., 2020).

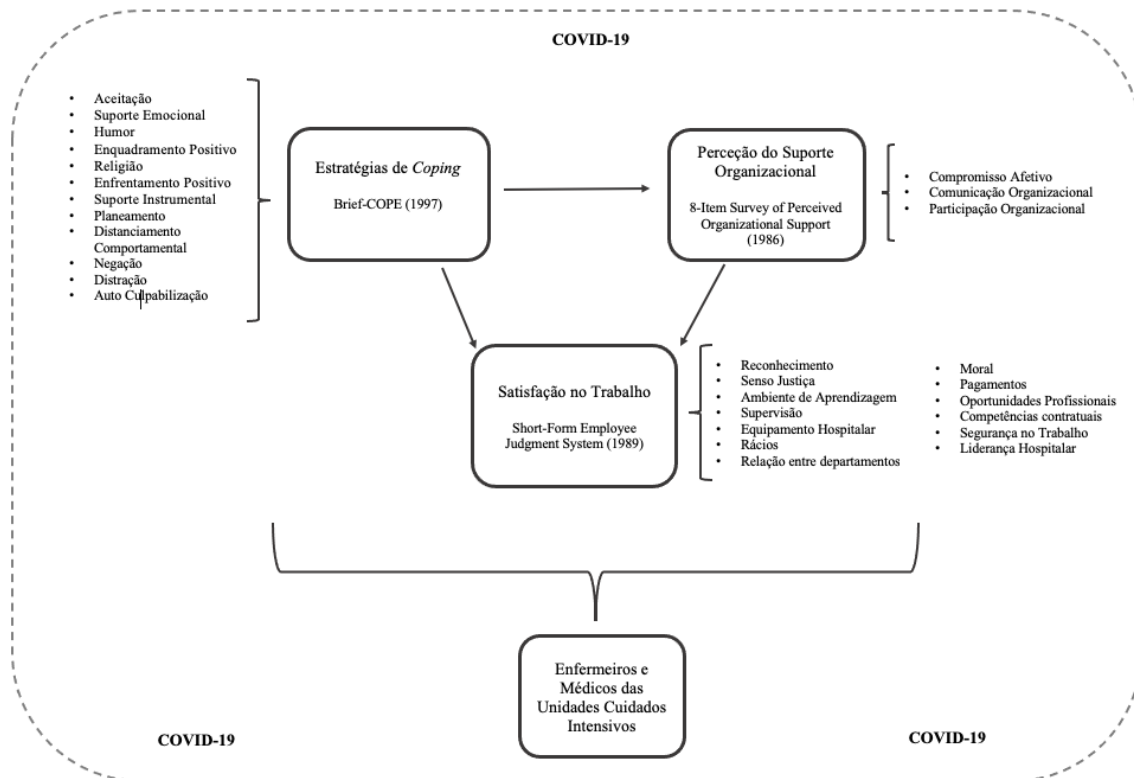
A perceção de que a organização se preocupa com o bem-estar físico e mental, bem como com a progressão profissional proporcionará elevados níveis de confiança e de crenças de que a organização irá usar recompensas de acordo com o desempenho e esforço de cada

profissional. Como consequência, os trabalhadores irão retribuir o suporte da organização através de um alinhamento com a missão e objetivos organizacionais (Maan et al., 2020).

Ao mesmo tempo, o nosso estudo propõe-se a verificar se as estratégias de *coping* podem influenciar o nível da percepção do suporte organizacional. A este nível, não foram encontrados artigos que tivessem investigado nesta linha de potencial associação. Pelo contrário, há estudos que verificaram o impacto da percepção do suporte organizacional nas estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais que contribuiu para a diminuição do stress emocional e com o aumento do bem-estar (Amazue e Onyishi, 2015; Turen, Gokmen e Tuz, 2017). O nosso estudo procura explorar a associação contrária e verificar se as estratégias de *coping* podem influenciar a percepção do suporte que organização durante a pandemia.

Em suma, este trabalho pretende verificar se a percepção do suporte organizacional e as estratégias de *coping* são mediadoras da satisfação no trabalho, sendo estas as nossas hipóteses de partida. Ou seja, pretendemos verificar se os efeitos das estratégias de *coping* são diretos e/ou mediados pela PSO na satisfação no trabalho e se a PSO tem efeitos diretos na satisfação no trabalho.

Na figura 1 encontra-se esquematizado o modelo conceptual hipotético do presente estudo e, consequentemente, das hipóteses que se pretendem testar.



**Figura 1.** Mapa conceptual hipotético das relações entre as variáveis em estudo.

## II – Métodos

O presente estudo é transversal e não-experimental. Nesta secção procede-se á caracterização da amostra, descrição dos instrumentos de medida, bem como dos procedimentos formais, éticos e de tratamento estatístico dos dados.

### 1. Caracterização da Amostra

A amostra inicial era constituída por 82 profissionais de saúde. Como critérios de inclusão no estudo, os profissionais de saúde tinham que ser enfermeiros ou médicos a trabalhar nas unidades de cuidados intensivos a tempo inteiro ou parcial, na área metropolitana de Londres. Foram eliminados 7 *outliers*, ficando a amostra composta por 75 participantes. Destes, 85.3% são enfermeiros e 14.7% são médicos que trabalham nos cuidados intensivos na área metropolitana de Londres. Da amostra, 57.3% são do género feminino, enquanto 42.7% do género masculino.

A amostra foi caracterizada tendo em conta as características pessoais como o género, faixa etária, estado civil, nacionalidade e o número de pessoas com quem habita. A nível profissional é inquirido o tempo de exercício profissional e do vínculo contratual com a presente unidade de cuidados intensivos.

Apesar de, na generalidade, o género feminino ser prevalente na amostra quando os participantes são agrupados pela categoria profissional, observa-se que os médicos são maioritariamente do género masculino (81.8%) comparativamente com os enfermeiros (35.9%) (Quadro 1).

**Quadro 1.** Descrição dos profissionais de saúde por género.

Categoria Profissional		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Enfermeiro Cuidados Intensivos		41	23	64
	Médico Cuidados Intensivos	2	9	11
<b>Total</b>		43	32	75

Quanto ao grupo etário, os profissionais de saúde encontram-se entre os 25 e os 34 anos com n= 35 (46.7%) e o segundo intervalo etário mais representado com um n= 20 participantes (26.7%) é o de 35 e os 44 anos. É de realçar que existe uma diferença do grupo etário entre



os enfermeiros e médicos, em que 34 dos enfermeiros encontra-se entre os 25-34 anos e a maioria dos médicos entre os 35 e 44 anos (n=6) (Quadro 2).

**Quadro 2.** Descrição dos profissionais de saúde por grupo etário

		Faixa Etária					Total
		18-24	25-34	35-44	45-54	55 ou mais	
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiros Cuidados Intensivos	3	34	14	12	1	64
	Médicos Cuidados Intensivos	0	1	6	2	2	11
	<b>Total</b>	3	35	20	14	3	75

Na sua generalidade, os profissionais de saúde são na sua maioria não britânicos (64%) e solteiros (41.3% dos inquiridos). A sua categorização por profissão revela que 70.31% dos enfermeiros são de nacionalidade não britânica e solteiros em 45.31%, e na direção oposta os médicos são em 72.73% de nacionalidade britânica e casados em 81.82% dos casos (Quadro 3).

**Quadro 3.** Descrição do estado civil por categoria profissional.

		Categoria Profissional		Total
		Enfermeiros Cuidados Intensivos	Médicos Cuidados Intensivos	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	29	2	31
	Casado	17	9	26
	Viver com Parceiro	14	0	14
	Divorciado	2	0	2
	Outro	1	0	1
	Prefere não responder	1	0	1
<b>Total</b>		64	11	75

Estes profissionais, mesmo com a COVID-19, tiveram que continuar a partilhar a sua habitação com familiares ou com colegas de casa (comum entre solteiros). Verificou-se que 36% (n=27) dos profissionais vivem com mais 1 pessoa e 20% (n=15) vivem sozinhos. Assim, o número médio de pessoas com quem vivem os profissionais desta amostra é de 2.73 (DP=1.545).

A média de anos destes profissionais a exercer, na área da saúde, é de 12.58 anos com um máximo de 35 anos. Por sua vez, a média de anos a exercer na atual unidade de cuidados intensivos é de 4.72 anos com um máximo de 22 anos.

Verificou-se que os médicos para além de terem mais idade também possuem mais anos de exercício profissional com uma média de 21.45 anos (DP= 8.583) comparativamente com os 11.03 anos (DP= 8.443) dos enfermeiros. A mesma tendência se verifica com o tempo a exercer, na atual, unidade de cuidados intensivos, em que os médicos apresentam uma média de 8.73 anos (DP=8.162), enquanto os enfermeiros têm uma média de 4.02 anos (DP= 4.331).

## **2. Instrumentos de Avaliação**

O presente estudo definiu quatro variáveis: características sociodemográficas, estratégias de coping e percepção do suporte organizacional e a satisfação no trabalho.

O protocolo de investigação é constituído por um questionário sociodemográfico<sup>5</sup> e por outras três escalas de tipo Likert: Brief-COPE, 8-Item Survey of Perceived Organizational Support e Short-Form Employee System Questionnaire.

### *2.1. Brief-COPE*

A Brief-COPE<sup>2</sup> é constituída por 28 itens com quatro resposta em tipo Likert: 1-"*Eu não faço de todo*"; 2- "*Eu faço-o às vezes*"; 3 - "*Eu faço-o moderadamente*"; 4- "*Eu faço-o quase sempre*", distribuídos homogeneamente por 14 dimensões ou estratégias de *coping*, conforme descrito no Quadro x.

As 28 afirmações abrangem as dimensões de *coping* ativo, planeamento, enquadramento positivo, aceitação, humor, religião/espiritualidade, suporte emocional, suporte instrumental, distração, negação, confidenciar, abuso de substâncias, distanciamento comportamental e auto culpabilização.

Carver (1997) categorizou a aceitação, suporte emocional social, humor, enquadramento positivo e religião em estratégias focadas na emoção. As estratégias de *coping* ativo, de suporte instrumental e de planeamento como estratégias focadas no problema. Por fim, as

de fuga são constituídas pela negação, distração, distanciamento comportamental, auto culpabilização, uso de drogas e álcool e confidenciar (Carver, 2019).

As estratégias de focadas na emoção e no problema estão associadas com respostas mais direcionadas para a solução do fator ou experiência stressante, através de práticas adaptativas e tendem em resultar em melhor bem-estar físico e controlo emocional – Estratégias Positivas.

As estratégias de fuga são menos eficazes e resultam em piores condições físicas de saúde e menor capacidade de lidar com a ansiedade (Carver, 2019) – Estratégias Negativas.

A escala pode ser utilizada pelo investigador com flexibilidade e criatividade, em que a recolha de dados pode ser baseada nas subdimensões pré-selecionadas consideradas importantes para o estudo (Carver, Scheier e Weintraub, 1989).

A consistência interna desta escala foi estimada pelo coeficiente de Alpha de Cronbach, tendo apresentado um bom indicador de consistência interna com os dados da nossa amostra,  $\alpha = .877$ . No Quadro 4 encontra-se a distribuição dos tipos de estratégias de coping subdivididas nas catorze dimensões da Escala Brief-COPE (García et al., 2018), cada uma constituída por dois itens, e respetivos valores de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach). Conforme se pode verificar, apesar do reduzido número de itens avaliadores de cada dimensão, os coeficientes de consistência interna podem ser classificados de aceitáveis ou bons, com exceção das dimensões Distração e Confidenciar.

**Quadro 4.** Tipos de estratégias de coping segundo Carver (2019) subdivididas nas catorze dimensões da Escala Brief-COPE (García et al., 2018), suas definições e valores de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach).

Tipos de Estratégia	Dimensões	Significado	$\alpha$
Positivas (focadas na emoção e no problema)	<b>Aceitação</b>	Aceitar a realidade do que está a acontecer	.700
	<b>Suporte Emocional</b>	Obter conforto e compreensão	.713
	<b>Humor</b>	Utilizar o humorismo para lidar com a situação	.875
	<b>Enquadramento Positivo</b>	Ver a situação por uma perspectiva positiva e retirar dela algo positivo	.715
	<b>Religião</b>	Encontrar de conforto com a religião ou espiritualidade	.768
	<b>Coping positivo</b>	Ser proactivo e fazer algo que torne a situação melhor	.674
	<b>Suporte Instrumental</b>	Pedir ajuda e conselhos a outras pessoas	.783
	<b>Planeamento</b>	Arranjar estratégias de como agir ou pensar sobre as ações que devem ser tomadas	.693

<b>Negativas (focadas na fuga)</b>	<b>Distanciamento Comportamental</b>	Desistir de lidar com a situação percecionada de stress	.709
	<b>Negação</b>	Focar em pensamentos que vêm a situação percecionada de stress como algo não real e não acreditar na veracidade do mesmo	.704
	<b>Distração</b>	Utilizar o trabalho e outras atividades para não pensar sobre a situação percecionada de stress	.373
	<b>Auto culpabilização</b>	Autocrítica e sentimento de culpa sobre a situação percecionada de stress	.676
	<b>Uso de substâncias e/ou Álcool</b>	Uso inapropriado e frequente para gerar bem-estar para lidar com situação percecionada de stress	.880
	<b>Confidenciar</b>	Falar sobre pensamentos e sentimentos negativos	.555

## 2.2. 8-Item Survey of Perceived Organizational Support

Desenvolvida por Eisenberger, Huntington, Hutchison e Sowa (1986)<sup>3</sup> é uma escala tipo Likert com sete níveis de classificações compreendida entre 1. “*Fortemente discorda*” e o 6. “*Que fortemente concorda*” relativas a oito afirmações com uma consistência interna geral de 0.84. O resultado do questionário é a soma das afirmações (1-6) e quanto menor for a pontuação mais positivo é a percepção do suporte organizacional.

Rhoades e Eisenberger (2002, pp. 699) referem que a escala original é unidimensional com alta confiabilidade interna, em que o uso de versões mais curtas não aparenta ser problemático.

Procedeu-se à inversão da escala de medida dos seguintes itens, conforme indicação dos autores: 2 (Would ignore any complaint from me), 3 (Would ignore any complaint from me), 5 (Would fail to notice even if I did the best job possible) e 7 (Shows very little concern for me). A escala mostrou uma boa consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach = .870.

## 2.3. Short-Form Employee System Questionnaire

A escala tipo Likert avalia 24 afirmações com cinco níveis de classificação: “1- *Excelente*”, “2 - *Muito bom*”, “3- *Bom*”, “4 *Razoável*”, “5- *Mau*” (Nelson et al., 1992)<sup>4</sup>.

As dimensões avaliadas são o reconhecimento dos esforços dos profissionais, senso de justiça e de um ambiente de aprendizagem, a supervisão, o equipamento de trabalho

disponível, os rácios dos profissionais, a relação entre os departamentos hospitalares, a moral, o salário, as oportunidades de crescimento profissional e competências na contratação dos profissionais, a segurança no trabalho, e por fim, a liderança hospitalar (Hays et al., 1994).

Optámos por proceder à inversão da escala de medida de todos os itens, no sentido a que uma maior pontuação corresponda a maior satisfação com o trabalho. Dez dimensões foram constituídas, conforme o Quadro 5. A escala mostrou uma excelente consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach = .950. Para as dimensões com dois ou mais itens calculámos os coeficientes de consistência interna, que se apresentam no Quadro 5, evidenciando bons índices de fidedignidade.

**Quadro 5.** Dimensões do Short Form Employee System Questionnaire e valores de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach).

	Nº de itens	$\alpha$
Supervisor	5	.801
Espaço de Trabalho e Equipamento	3	.690
Trabalhadores	1	-
Relações entre departamentos e nos turnos	2	.863
Moral	2	.926
Salário	2	.683
Benefícios	1	-
Contratações, Promoções e Oportunidades	3	.910
Segurança no Trabalho	2	.863
Liderança Hospitalar	3	.772

## 2.4. Questionário Sociodemográfico

Este questionário contém questões relativas ao género, faixa etária, estado civil, nacionalidade e o número de pessoas com quem habita, tempo de exercício profissional e vínculo contratual com a unidade de cuidados intensivos.

## 3. Estratégia de Análise

A amostra foi recolhida via *online* com a ferramenta *LimeSurvey* que é segura e de acesso restrito. O questionário eletrónico foi divulgado através das redes sociais *Facebook*, *LinkedIn*

e *Whatsapp*. Ao mesmo tempo, foi pedido aos participantes para divulgarem entre os seus pares.

O processo de investigação visou garantir o respeito de todos os pressupostos éticos inerentes a uma investigação, assumindo a garantia da máxima confidencialidade. Foi solicitada e obtida autorização junto dos médicos e enfermeiros para a aplicação dos questionários. Os participantes foram informados do carácter voluntário da sua participação no estudo. Foi salvaguardado o seu direito ao anonimato e confidencialidade dos resultados individuais. Relembrou-se a liberdade de participação no estudo e a possibilidade de desistência a qualquer momento.

Foi disponibilizado o e-mail do investigador para que pudessem ser expostos quaisquer problema, questões e opiniões sobre o questionário e ao mesmo tempo sobre o estudo<sup>6</sup>.

A recolha de dados foi efetuada no período de 23 de março de 2021 a 15 de julho de 2021, através de uma amostragem não probabilística por conveniência, tendo em conta a disponibilidade e acessibilidade dos contactos estabelecidos através das redes sociais supracitadas.

#### **4. Análise Estatística**

Para o registo e processamento de dados foi usada a versão 22.0 do SPSS e do AMOS (IBM SPSS). Assumiu-se a aleatoriedade dos missing-values (*missings completely at random*), inferiores a 2%, que foram substituídos pelo método *Series Mean*.

A assimetria e a curtose de todos os itens não mostraram valores que se afastassem excessivamente dos valores considerados ajustados para a assunção do pressuposto da normalidade (Finney & Distefano, 2006; Kline, 2011), dado termos obtido valores de  $|sk| < 1.7$  e de  $|ku| < 2.5$ .

A fiabilidade foi estimada pelo alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), tanto para cada escala global como para as dimensões constituintes. Considerámos a indicação de Hair, Black, Babin e Anderson (2009), que refere coeficientes de consistência interna superiores a .70 para indicar adequada convergência e consistência interna, apesar de Nunnally e Bernstein (1994) referirem o balizador .60. Em geral, considerou-se o valor de .80 como indicador de uma boa consistência interna. As pontuações globais das escalas e respetivos fatores foram calculadas a partir das médias dos itens constituintes. Para análise dos perfis dos enfermeiros

e médicos dos cuidados intensivos na área metropolitana de Londres procedemos ao somatório das dimensões das escalas de medida. Para as estatísticas descritivas e análise exploratória de dados consideram-se as publicações de Gil (1998), Marôco (2010; 2014), Pereira (2013) e Pestana e Gageiro (2014).

As intercorrelações foram calculadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* e a respetiva magnitude do efeito analisada de acordo com Cohen (1998): correlações baixas ( $|\cdot 10| \leq r < |\cdot 30|$ ), moderadas ( $|\cdot 30| \leq r < |\cdot 50|$ ) e altas ( $r \geq |\cdot 50|$ ).

Nas análises de regressão múltipla analisaram-se previamente os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, da homogeneidade e independência dos erros, permitindo assegurar a adequabilidade dos dados para a análise de regressão. Os dois primeiros foram validados graficamente, através do Scatterplot e do PP Plot. O pressuposto da independência foi validado através do teste de Durbin-Watson (valores obtidos de  $d = 1.80$  para o modelo preditivo das estratégias de coping positivas e  $d = 1.84$  modelo preditivo das estratégias de coping negativas). Não se registou a existência de multicolinearidade entre as variáveis, já que obtivemos valores de Inflação da Variância (VIF) substancialmente inferiores a 10, sugerindo ausência de problemas de estimação dos  $\beta$ 's para as variáveis predictoras.

No referente aos modelos estruturais, a qualidade do ajustamento foi avaliada pelos índices  $X^2/GL$  (Loehlin, 2004; Marôco, 2014), NFI (Bentler e Bonett, 1980), CFI (Bentler, 1990) e RMSEA (Steiger, 1990), comparando com os valores de referência na literatura (Arbuckle, 2013; Brown, 2015; Kline, 2011; Schumacker e Lomax, 2012). Sempre que necessário, o aperfeiçoamento do ajustamento do modelo foi avaliado pelos índices de modificação (IM; Bollen, 1989), tendo-se ponderado libertar os parâmetros com maiores valores de IM, quando tal se fez necessário para melhorar a qualidade do ajustamento do modelo fatorial. Adotámos a sugestão de Arbuckle (2013), que refere analisar os IM através da sua significação estatística, atendendo ao valor do erro de tipo I ( $\alpha = 0.05$ ). Outro critério utilizado baseou-se em Marôco (2014), que refere ser mais prudente modificar apenas parâmetros com  $IM > 11$  ( $p < .001$ ). Seguidamente, analisámos o modelo sem substituição de *missing values*, já que obtivemos resultados mais robustos.

O teste do efeito de moderação realizou-se através da técnica de regressão múltipla hierárquica, recorrendo a variáveis independentes estandardizadas sem substituição de *missing values*, a fim de evitar possíveis questões de colinearidade (Marôco, 2014; Tabachnick e Fidell, 2013). Em seguida adicionou-se ao modelo o produto das variáveis

estandardizadas, a fim de estudar o efeito de moderação (interação) e verificar a sua significância estatística. A representação gráfica do efeito de interação foi feita através do software ModGraph (Jose, 2013).

Para todas as análises estatísticas considerou-se um nível de significância estatística de  $p < .05$ .



### III – Resultados

#### 1. Caracterização da Amostra

A amostra foi caracterizada tendo em conta as características pessoais como o género, faixa etária, estado civil, nacionalidade e o número de pessoas com quem habita. A nível profissional é inquirido o tempo de exercício profissional e do vínculo contratual com a presente unidade de cuidados intensivos.

A amostra é constituída por 75 participantes, depois de eliminados 7 *outliers* que trabalham nos cuidados intensivos, na área metropolitana de Londres. O Quadro 6 apresenta as características sociodemográficas da amostra, a experiência profissional e o tempo de exercício profissional na presente unidade. Podemos observar que 43 são do sexo masculino (57.3%) e 32 do sexo feminino (42.7%). Destes, proeminentemente pertencem à faixa etário dos 25 aos 34 anos (46.7%) e de nacionalidade não britânica (64%). Ainda, são solteiros em 41.3% solteiros e maioritariamente vivem com mais duas pessoas (36%) e enfermeiros (85.3%). Estes profissionais de saúde encontram-se a exercer há uma média de 12.85 anos, e na unidade há 5.03 anos.

**Quadro 6.** Características Sociodemográficas, experiência profissional e tempo de exercício profissional na unidade de cuidados intensivos.

		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	43	57,3
	Feminino	32	42,7
<b>Grupo etário</b>	18-24	3	4,0
	25-34	35	46,7
	35-44	20	26,7
	45-54	14	18,7
	55 +	3	4,0
<b>Nacionalidade</b>	Britânico	27	36,0
	Não Britânico	48	64,0
<b>Estado civil</b>	Solteiro	31	41,3
	Casado	26	34,7
	Mora com companheiro/a	14	18,7
	Divorciado	2	2,7
	Outro	1	1,3
<b>Pessoas com quem vive</b> (sem contar com o participante)	Prefiro não dizer	1	1,3
	1	15	20,0
	2	27	36,0
	3	13	17,3
	4	12	16,0

	5	2	2,7
	Mais do que 5	3	4,0
	Prefiro não dizer	3	4,0
<b>Categoria profissional</b>	Enfermeiro Cuidados Intensivos	64	85,3
	Médico Cuidados Intensivos	11	14,7

	Min	Max	M	DP
<b>Experiência profissional</b>	1	35	12.85	9.19
<b>Tempo de exercício na unidade</b>	0.08	22.08	5.03	5.26

Apesar de, na generalidade, o género feminino ser prevalente na amostra quando os participantes são agrupados pela categoria profissional observa-se que os médicos são maioritariamente do género masculino (81.8%) comparativamente com os enfermeiros (35.9%) como representado no quadro 7.

**Quadro 7.** Descrição dos profissionais de saúde por Sexo.

		Sexo			Total
		Feminino	Masculino	%	
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiro	41	23	81.8%	64
	Médico	2	9	35.9%	11
<b>Total</b>		43	32	--	75

Os participantes foram agrupados tendo em conta a categoria a faixa etária e a sua categoria profissional. Na sua maioria os profissionais de saúde têm idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos (46.7%). É de realçar que existe uma diferença do grupo etário entre os enfermeiros e médicos, em que a maioria dos enfermeiros são maioritariamente mais novos na faixa etária dos 25-34 anos, enquanto os médicos encontram-se entre os 35 e os 44 anos que se encontra descrito no quadro 8.

**Quadro 8.** Descrição dos profissionais de saúde por grupo etário.

		Faixa Etária					Total
		18-24	25-34	35-44	45-54	55 ou mais	
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiros	3	34	14	12	1	64
		4%	45.33%	18.66%	16%	1.33%	--
	Médicos	0	1	6	2	2	11
		0%	1.33%	8%	2.67%	2.67%	--
	Total	3	35	20	14	3	75
Total %	4	46.66	26.66	18.67	4	100%	

Na generalidade, os profissionais de saúde são na sua maioria não britânicos (64%) e solteiros em 41.3% dos inquiridos. A sua categorização por profissão revela que 70.31% dos enfermeiros são de nacionalidade não britânica e solteiros em 45.31%, e na direção oposta os médicos são em 72.73% de nacionalidade britânica e casados em 81.82% dos casos representado no quadro 9 e 10, respetivamente.

**Quadro 9.** Descrição da nacionalidade por categoria profissional.

		<b>Britânico</b>	<b>Não Britânico</b>	<b>Total</b>
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiros	19	45	64
		25.3%	60%	--
	Médicos	8	3	11
		10.7%	4%	--
	Total	27	48	75
%Total	36%	64%	100%	

**Quadro 10.** Descrição do estado civil por categoria profissional.

		<b>Categoria Profissional</b>		<b>Total</b>
		Enfermeiros Cuidados Intensivos	Médicos Cuidados Intensivos	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	29	2	31
	Casado	17	9	26
	Viver com Parceiro	14	0	14
	Divorciado	2	0	2
	Outro	1	0	1
	Prefere não responder	1	0	1
	<b>Total</b>	64	11	75

## 2. Estatísticas descritivas e matriz de intercorrelações

No quadro 6 são apresentadas as estatísticas descritivas das três escalas utilizadas neste estudo nas suas respetivas dimensões.

Na escala 8 *items-Perceived Organizational Support* obteve-se uma média que corresponde à não perceção dos profissionais de saúde do suporte recebido com a opção “Neither Agree or Disagree” ser prevalente ( $M = 4.09$ ).

Nas dimensões positivas da Brief-COPE, entre as maiores médias encontram-se a aceitação ( $M = 3.05$ ) e o *coping* positivo ( $M = 2.83$ ), enquanto com menor média consta a subdimensão humor ( $M = 1.99$ ). As estratégias de *coping* negativas relacionadas com a distração

apresentam uma média maior ( $M = 2.77$ ) e, por sua vez, o uso de substâncias/álcool tem a menor média ( $M = 1.45$ ).

No referente ao Short-Form Employee System Questionnaire, após inversão da escala de medida, constatamos pontuações mais favoráveis no referente à satisfação face às Relações entre departamentos e nos turnos ( $M = 3.40$ ) e a Espaço de Trabalho e Equipamento ( $M = 3.30$ ), ao passo que pontuações mais baixas quanto a Segurança no Trabalho ( $M = 2.54$ ) e Moral ( $M = 2.65$ ).

**Quadro 11.** Estatísticas descritivas ( $M$  = média,  $SD$  = desvio-padrão) da percepção do suporte organizacional, das estratégias de coping e da satisfação com o trabalho.

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
8- Item Perceived Organizational Support – Percepção do Suporte Organizacional	1.00	7.00	4.09	1.29
Brief-COPE				
<i>Estratégias Positivas (global)</i>	1.00	3.65	2.53	0.54
Aceitação	1.00	4.00	3.05	0.84
Suporte Emocional	1.00	4.00	2.51	0.82
Humor	1.00	4.00	1.99	0.93
Enquadramento Positivo	1.00	4.00	2.71	0.83
Religião	1.00	4.00	2.12	1.04
<i>Coping Ativo/Positivo</i>	1.00	4.00	2.83	0.82
Suporte Instrumental	1.00	4.00	2.33	0.85
Planeamento	1.00	4.00	2.75	0.84
<i>Estratégias Negativas (global)</i>	1.00	3.25	1.91	0.42
Distanciamento Comportamental	1.00	3.5	1.57	0.62
Negação	1.00	4.00	1.59	0.72
Distração	1.00	4.00	2.77	0.76
Auto culpabilização	1.00	4.00	1.79	0.80
Uso de substâncias/Álcool	1.00	4.00	1.45	0.67
Confidenciar	1.00	4.00	2.33	0.73
Short-Form Employee System Questionnaire (SFESQ) (escala global) – Satisfação no Trabalho	1.56	5.00	2.98	.84
Supervisor	1.40	5.00	3.19	.83
Espaço de Trabalho e Equipamento	1.00	5.00	3.30	.92
Trabalhadores	1.00	5.00	3.05	1.21
Relações entre departamentos e nos turnos	1.00	5.00	3.40	1.08
Moral	1.00	5.00	2.65	1.23
Salário	1.00	5.00	3.11	1.10
Benefícios	1.00	5.00	2.93	1.32
Contratações, Promoções e Oportunidades	1.00	5.00	2.84	1.08
Segurança no Trabalho	1.00	5.00	2.54	1.16
Liderança Hospitalar	1.00	5.00	2.80	.98

---

No Quadro 12 apresenta-se a matriz de intercorrelações entre as dimensões em estudo. Recorreu-se à análise de correlação de *Pearson* para verificar a existência de relação ou não entre as dimensões das escalas em estudo. Esta análise pretende indicar a direção e a intensidade da relação entre as escalas. Contudo, não é possível verificar quais são as dimensões explicativas e dependentes (Schober Boer e Schwarte,2018).

Iniciou-se a análise com a associação da escala da percepção do suporte organizacional com as estratégias de coping negativas da *Brief-COPE*, embora a relação seja fraca ( $r = -.25$ ), de acordo com a classificação de Cohen (1998), sendo moderada para a estratégia confidenciar ( $r = -.32$ ). As correlações são todas positivas com as dimensões da *Short-Form Employee System Questionnaire*, evidenciando que quanto maior é a percepção do suporte organizacional, maior é a satisfação face ao trabalho ( $r = .66$  com a escala global, sendo esta relação forte). As relações mais fortes prendem-se com a moral, contratações, promoções e oportunidades e liderança hospitalar ( $r$  entre  $.41$  e  $.63$ ).

A relação entre as estratégias positivas *Brief-COPE* e satisfação face ao trabalho é a nula, embora seja significativa e negativa para com as estratégias negativas ( $r = -.24$ ), evidenciando que quanto menor é o uso de estratégias negativas maior é a satisfação face ao trabalho.

No que diz respeito ao humor correlaciona-se negativamente e em intensidade quase moderada com o comportamento do supervisor ( $r = -.29$ ).

A associação entre o enquadramento positivo e a moral da escala da satisfação do trabalho é positiva ( $r = .23$ ). Acresce entre a religião e a moral a correlação é positiva de intensidade relativamente moderada ( $r = .29$ ), o mesmo ocorrendo entre a religião e as condições do espaço e equipamento da unidade ( $r = .25$ ).

A dimensão negativa distanciamento comportamental correlaciona-se negativamente em intensidade baixa a moderada com coeficientes de  $r = .25$  a  $r = .32$ .

Ainda, é possível verificar uma correlação negativa fraca entre a distração e a liderança hospitalar ( $r = -.23$ ), o mesmo ocorrendo entre o consumo de substâncias e a liderança hospitalar ( $r = -.24$ ), verificando-se uma associação moderada com a moral ( $r = .30$ ).

Para finalizar, refira-se que a dimensão confidenciar revelou uma relação negativa e moderada com as dimensões da escala satisfação benefícios ( $r = .28$ ), contratações, promoções e oportunidades ( $r = .31$ ), bem como liderança hospitalar ( $r = .27$ ).

**Quadro 12.** Matriz de intercorrelações entre as escalas *Brief-COPE*, *8-item Perceived Organizational Support* e *Short-Form Employee System Questionnaire*.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1.Suporte Organiz.																											
2.BCOPE Positivas	-.09																										
3.Aceitação	-.21	1.0																									
4.Suporte Emocional	-.06	.53**	1.0																								
5.Humor	-.22	.71**	.27*	1.0																							
6.Enquadramento Positivo	.04	.29*	.10	.38**	1.0																						
7.Religião	.18	.43**	.02	.29*	.37**	1.0																					
8.Coping Ativo	.07	.73**	.27*	.43**	.40**	.34**	1.0																				
9.Suporte Instrumental	-.13	.80**	.27*	.48**	.48**	.61**	.54**	1.0																			
10.Planeamento	-.17	.78**	.43**	.56**	.56**	.35**	.28*	.54**	1.0																		
11.BCOPE Negativas	-.25*	.61**	.17	.56**	.59**	.35**	.35**	.59**	.52**	1.0																	
12.Distanciamento Comp.	-.11	.12	-.04	.23*	.22	.16	.16	.49**	.11	.57**	1.0																
13.Negação	.05	.12	-.09	.23*	.22	.16	.06	.49**	.11	.49**	.35**	1.0															
14.Distração	-.13	.38**	.15	.38**	.34**	.39**	.39**	.42**	.13	.42**	.31**	.07	1.0														
15.Auto Culpabilização	-.17	.44**	.05	.44**	.44**	.44**	.44**	.44**	.13	.44**	.32**	.26*	.30**	1.0													
16.Uso de substâncias	-.20	.37**	.11	.37**	.37**	.37**	.37**	.37**	.06	.37**	.32**	.26*	.30**	.35**	1.0												
17.Confidenciais	.32**	.32**	.32**	.32**	.32**	.32**	.32**	.32**	.03	.32**	.32**	.32**	.32**	.32**	.32**	1.0											
18.Supervisor	.52**	.52**	.52**	.52**	.52**	.52**	.52**	.52**	.13	.52**	.52**	.52**	.52**	.52**	.52**	.67**	1.0										
19.Espaço de Trabalho e Equipamento	.54**	.54**	.54**	.54**	.54**	.54**	.54**	.54**	.03	.54**	.54**	.54**	.54**	.54**	.54**	.68**	.79**	1.0									
20.Trabalhadores	.41**	.41**	.41**	.41**	.41**	.41**	.41**	.41**	.12	.41**	.41**	.41**	.41**	.41**	.41**	.79**	.79**	.63**	1.0								
21.Relações departamentos e turnos	.46**	.46**	.46**	.46**	.46**	.46**	.46**	.46**	.12	.46**	.46**	.46**	.46**	.46**	.46**	.47**	.47**	.47**	.47**	1.0							
22.Moral	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.12	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.58**	.58**	.58**	.58**	.43**	1.0						
23.Salário	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.12	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	1.0					
24.Benefícios	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.12	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.62**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.72**	1.0				
25.Contratações, Promoções e Oportunidades	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.12	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.47**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.66**	.66**	1.0			
26.Segurança no Trabalho	.45**	.45**	.45**	.45**	.45**	.45**	.45**	.45**	.12	.45**	.45**	.45**	.45**	.45**	.45**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.66**	.66**	.57**	1.0		
27.Liderança Hospitalar	.64**	.64**	.64**	.64**	.64**	.64**	.64**	.64**	.12	.64**	.64**	.64**	.64**	.64**	.64**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.66**	.66**	.57**	.56**	1.0	
28.SFESQ – escala global	.40**	.40**	.40**	.40**	.40**	.40**	.40**	.40**	.12	.40**	.40**	.40**	.40**	.40**	.40**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.66**	.66**	.57**	.56**	.73**	1.0
	.63**	.63**	.63**	.63**	.63**	.63**	.63**	.63**	.12	.63**	.63**	.63**	.63**	.63**	.63**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.66**	.66**	.57**	.56**	.73**	.81**
	.66**	.66**	.66**	.66**	.66**	.66**	.66**	.66**	.12	.66**	.66**	.66**	.66**	.66**	.66**	.58**	.58**	.58**	.58**	.47**	.71**	.66**	.66**	.57**	.56**	.73**	.81**

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

### 3. Perfil os Enfermeiros e Médicos dos Cuidados Intensivos

Para a análise dos perfis dos enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos na área metropolitana de Londres procedeu-se ao cálculo dos índices das escalas da percepção do suporte organizacional e da satisfação profissional. Em relação, à escala das estratégias de *coping* os índices foram divididos entre estratégias positivas (focadas nas emoções e no problema) e negativas (focadas na fuga e evitamento) para facilitar a análise dos mesmos.

Ao analisar os índices dos participantes é possível verificar que a percepção do suporte organizacional tem um valor de  $M = 32.71$  que revela que estes não têm uma opinião definida sobre o suporte que têm recebido dos seus hospitais.

As estratégias de coping positivas não foram muito utilizadas pelos profissionais de saúde ( $M = 20.27$ ), enquanto a não utilização das estratégias de *coping* negativas ( $M = 18.53$ ) tem um carácter positivo contra as adversidades da pandemia.

A satisfação no trabalho tem uma média de 29.81 em que o máximo índice obtido foi 50 que indica que os profissionais têm uma satisfação elevada das suas instituições (quanto menor o índice mais elevado é a satisfação) (Quadro 13).

**Quadro 13.** Índice total da percepção do suporte organizacional, estratégias de coping positivas e negativa e satisfação no trabalho.

Índice Total	Índice Percepção Suporte Organizacional				Índice Estratégias de Coping Positivas				Índice Estratégias de Coping Negativas				Índice Satisfação no Trabalho			
	8-56	8-56	8-56	8-56	16-64	16-64	16-64	16-64	12-48	12-48	12-48	12-48	24-120	24-120	24-120	24-120
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP
	8	56	32,71	10,76	8	29	20,27	4,34	10,5	24	18,53	2,53	15,57	50	29,81	8,40

De seguida, foi analisado os índices pelas categorias profissionais para analisar a diferença entre os enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos. É possível concluir que a percepção do suporte organizacional é semelhante entre os enfermeiros e médicos ( $M = 32.52$ ,  $M = 33.82$ , respetivamente), em que se mantém a neutralidade da percepção do suporte do seu hospital durante o período da COVID-19.

Os médicos ( $M = 17.73$ ) utilizaram menos estratégias positivas comparativamente com os enfermeiros ( $M = 21.07$ ), enquanto utilizaram as negativas com maior frequência ( $M = 20.15$ ) que os enfermeiros ( $M = 18.18$ ).



Em relação, ao índice da satisfação no trabalho tanto os enfermeiros como os médicos tiveram um índice semelhante que revela uma elevada satisfação ( $M = 29.25$  e  $M = 29.43$ , respetivamente).

Ainda, não houve nenhuma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre as variáveis demográficas com o índice da perceção do suporte organizacional, estratégias de *coping* positivas e negativas e satisfação no trabalho, exceto a idade com as estratégias de *coping* negativas com uma correlação moderada ( $R^2 = 0.29$ ,  $p = 0.01$ ).

**Quadro 14.** Índice total da perceção do suporte organizacional, estratégias de coping positivas e negativa e satisfação no trabalho por categoria profissional.

Índice Total	Índice Perceção Suporte Organizacional				Índice Estratégias de Coping Positivas				Índice Estratégias de Coping Negativas				Índice Satisfação no Trabalho			
	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP	Min	Max	M	DP
	8-56				16-64				12-48				24-120			
Enfermeiros	11	56	32.52	10.14	12	29	21.07	3.95	10.5	22	18.18	2.33	15.7	50	29.25	7.32
Médicos	8	56	33.82	14.20	10.5	25.50	17.73	4.61	13	23.5	20.15	2.95	15.57	50	29,43	11.55

## 4. Modelos preditivos da satisfação no trabalho

### 4.1. Satisfação no trabalho prevista a partir do suporte organizacional

Procedemos ao cálculo de regressão simples do índice satisfação no trabalho previsto a partir da perceção do suporte organizacional, tendo sido reforçada a relação forte entre as variáveis. A perceção do suporte organizacional explica  $R^2 = 44\%$  ( $r = .66$ ) da satisfação no trabalho (escala global), sendo esta previsão estatisticamente significativa  $F(1, 73) = 56.90$ ,  $b = .428$  (constante = 1.23),  $\beta = .662$ ,  $t = 7.54$ ,  $p < .001$ .

### 4.2. Satisfação no trabalho prevista a partir das estratégias de *coping*

Procedemos agora à análise da regressão múltipla, testando as aptidões preditivas das estratégias de *coping* positivas e negativas nos índices de satisfação no trabalho, tendo, para o efeito, realizado duas análises da regressão múltipla, uma tendo como preditores as estratégias de *coping* positivas (Quadro 10) e outras as negativas (Quadro 11).

O modelo preditivo das estratégias de *coping* positivas não se revelou estatisticamente significativo,  $F(8, 66) = 1.81, p = .090, r = .425, R^2 = .180, R^2_{aj} = .081, erro\ padrão\ (EP) = .0.81$ . Todavia, a dimensão Suporte Instrumental revelou-se um preditor significativo da satisfação no trabalho, embora negativo,  $b = -.41, \beta = -.42, t = -2.23, p < .05$ . Nenhuma das variáveis se mostrou multicolinear (valores de  $VIF \leq 2.85$ ).

**Quadro 15.** Análise de Regressão Múltipla da Satisfação no trabalho prevista a partir das estratégias de *coping* positivas.

	<b>b</b>	<b>EP</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>VIF</b>	<b>Tolerância</b>
(Constant)	2.83	.50		5.70**		
Aceitação	-.09	.13	-.09	-.73	1.30	.77
Suporte Emocional	.20	.18	.19	1.13	2.34	.43
Humor	-.08	.11	-.09	-.76	1.18	.85
Enquadramento Positivo	.24	.15	.24	1.64	1.72	.58
Religião	.11	.10	.14	1.10	1.32	.76
<i>Coping</i> Ativo/Positivo	.27	.16	.27	1.75	1.91	.52
Suporte Instrumental	-.41	.19	-.42	-2.23*	2.85	.35
Planeamento	-.22	.17	-.22	-1.29	2.43	.41

\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

No referente às aptidões preditivas das estratégias de *coping* negativas, o modelo de regressão não se revelou também estatisticamente significativo,  $F(6, 68) = 1.77, p = .118, r = .368, R^2 = .135, R^2_{aj} = .059, EP = .0.82$ . Não obstante, encontramos uma dimensão próxima do limiar de significação estatística, o Distanciamento Comportamental, revelando-se um preditor negativo da satisfação no trabalho,  $b = -.36, \beta = -.27, t = -1.96, p = .054$ . Igualmente nenhuma das variáveis se mostrou multicolinear (valores de  $VIF \leq 1.34$ ).

**Quadro 16.** Análise de Regressão Múltipla da Satisfação no trabalho prevista a partir das estratégias de *coping* negativas

	<b>b</b>	<b>EP</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>VIF</b>	<b>Tolerância</b>
(Constant)	4.03	.48		8.42		
Distanciamento Comportamental	-.36	.18	-.27	-1.96 <sup>a</sup>	1.44	.69
Negação	.19	.14	.17	1.36	1.19	.84

Distração	-.15	.15	-.14	-1.01	1.41	.71
Auto Culpabilização	.03	.14	.03	.23	1.34	.75
Uso de substâncias/Álcool	-.11	.15	-.09	-.74	1.17	.85
Confidenciar	-.12	.16	-.11	-.76	1.53	.65

<sup>a</sup> $p = .054$

Face à inexistência geral de uma aptidão preditiva direta das estratégias de *coping* na sua globalidade, quer positivas quer negativas, na satisfação face ao trabalho, procedeu-se a uma análise de mediação, testando o efeito da variável suporte organizacional.

### 5. Satisfação no trabalho prevista pelas estratégias de *coping* e mediada pelo suporte organizacional

Para testarmos o efeito mediador do suporte organizacional foi desenhado um modelo estrutural no programa AMOS e convertido num diagrama de trajetórias, conforme ilustra a Figura 2.



**Figura 2.** Modelo proposto da previsão da Satisfação no trabalho prevista pelas estratégias de coping e mediada pelo suporte organizacional.

Testaremos este modelo separadamente para as estratégias de coping positivas e negativas. Cada modelo será constituído por três variáveis latentes (estratégias de coping, suporte organizacional e satisfação), cada uma refletida nos respetivos itens ou dimensões avaliativas. As relações de dependência entre os constructos latentes (não diretamente mensuráveis) e entre estes e as variáveis observáveis baseiam-se na hipótese que a perceção do suporte organizacional pode constituir-se enquanto mediador da relação entre as estratégias de *coping* e a satisfação no trabalho.

### 5.1. Previsão do modelo pelas estratégias de *coping* positivas e mediação pela percepção do suporte organizacional

Na Figura 1 apresenta-se o modelo estrutural estimado da previsão da Satisfação no trabalho pelas estratégias de *coping* positivas e mediado pela percepção do suporte organizacional. Este modelo apresentou bons índices de ajustamento considerando o coeficiente  $\chi^2/292_{gl} = 1.58, p < .001$ . Obtivemos índices de ajustamento aceitáveis para o RMSEA = .089 (LO90 = .07, HI90 = .10) e ligeiramente sofríveis para o NFI = .68 e CFI = .84 (Brown, 2015; Kline, 2011; Schumacker & Lomax, 2012; Marôco, 2014). No geral, consideramos o modelo com ajustamento aceitável.

Conforme se ilustra no modelo, procedemos à correlação dos erros identificados com maior índice de modificação, correspondendo à correlação entre os erros e10 e e11, e18 e e20, e22 e e23, bem como e25 e e26. Estas covariações entre os erros dentro do mesmo construto podem resultar, segundo Aish e Jöreskog (1990), de conteúdos semelhantes dos itens, da sequência de posicionamento dos mesmos na escala de medida, bem como das características específicas dos respondentes.

No Quadro 17 indicam-se os coeficientes de regressão não estandardizados (b), os erros-padrão (EP), rácios-críticos (CR) e coeficientes de regressão estandardizados ( $\beta$ ) do presente modelo estrutural, representado na Figura 3. As estratégias de *coping* positivas e a percepção do suporte organizacional explicam  $R^2 = 77\%$  da Satisfação no trabalho, sendo que a variável percepção do suporte organizacional explica quase a totalidade do efeito ( $\beta = .89, p < .001$ ). Conforme se pode verificar, as estratégias de *coping* positivas não se revelam predictoras da percepção do suporte organizacional ( $\beta = .09, p = .295$ ). Também não se revelam predictoras da satisfação no trabalho (efeito direto de  $\beta = -.15, p = .278$ ). O efeito de mediação, de  $\beta = -.136$ , explicou apenas  $R^2 = 1.85\%$ , da satisfação no trabalho (efeito indireto) não sendo, igualmente, estatisticamente significativo.

Podemos concluir assim pela inexistência de qualquer efeito significativo das estratégias de *coping* positivas na satisfação no trabalho, quer através de um efeito direto quer através de um efeito de mediação (efeito indireto) da percepção do suporte organizacional. A única variável influente na Satisfação no trabalho consiste na percepção do suporte organizacional, sendo a magnitude do efeito forte acima de 70% de variância explicada).

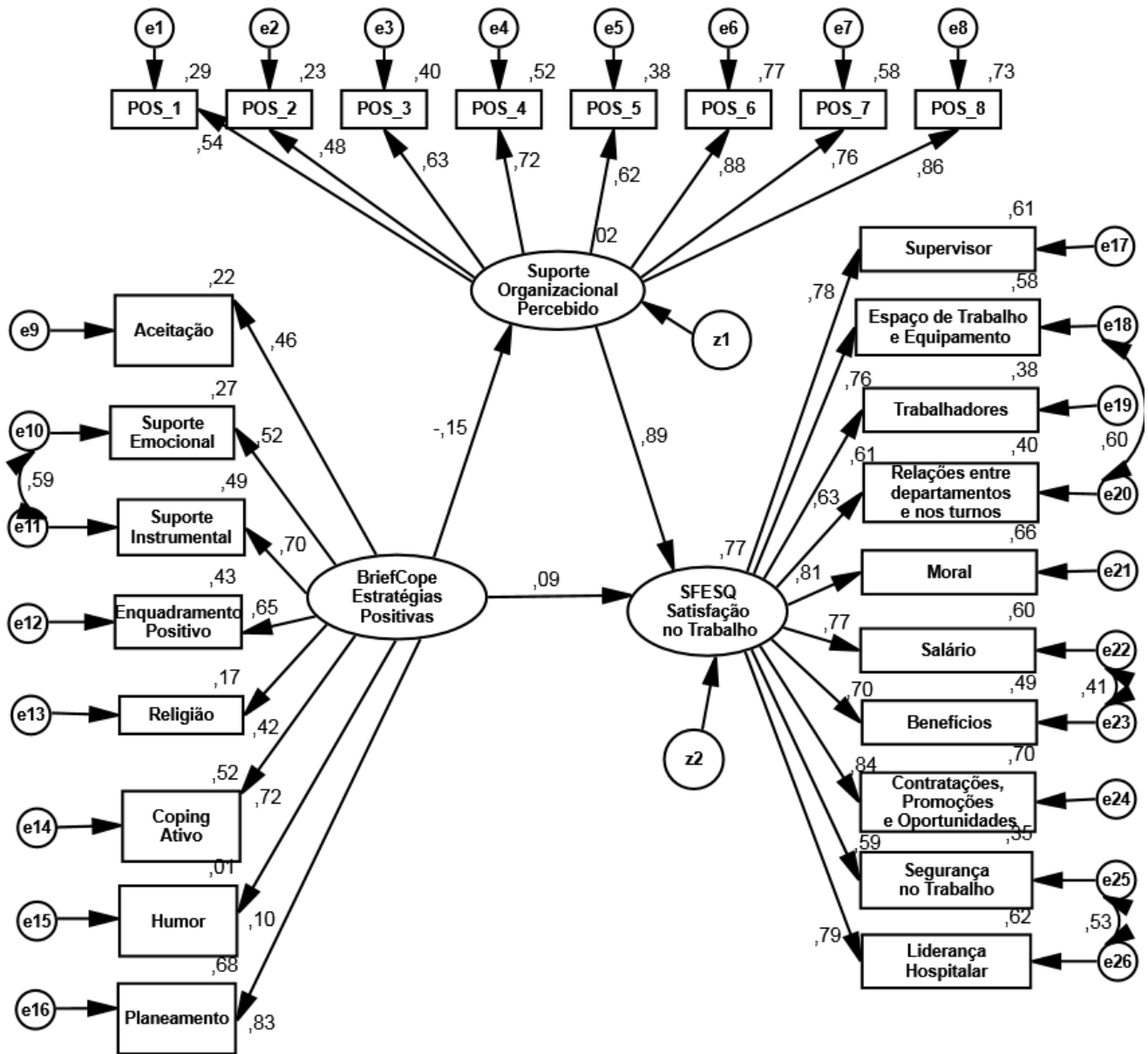


Figura 3. Previsão da Satisfação no trabalho pelas estratégias de  *coping*  positivas e mediada pela percepção do suporte organizacional: modelo estrutural estimado.

**Quadro 17.** Coeficientes não estandardizados (*b*), erros-padrão (*EP*), rácios-críticos (*RC*) e coeficientes de regressão estandardizados ( $\beta$ ): Modelo estrutural estimado da Satisfação no trabalho prevista pelas estratégias de  *coping*  positivas e mediada pela percepção do suporte organizacional.

		<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>RC</i>	$\beta$	<i>p</i>
BriefCope Estratégias Positivas	→ Perceção Suporte Organizacional	-.363	.335	-1.084	-.153	.278
Perceção do Suporte Organizacional	→ Satisfação no Trabalho	.626	.144	4.342	.887	***
BriefCope Estratégias Positivas	→ Satisfação no Trabalho	.151	.144	1.048	.090	.295
Satisfação no Trabalho	→ Supervisor	1.000			.783	
Satisfação no Trabalho	→ Espaço de Trabalho e Equipamento	1.077	.152	7.084	.763	***
Satisfação no Trabalho	→ Trabalhadores	1.139	.208	5.465	.614	***
Satisfação no Trabalho	→ Relações entre departamentos e nos turnos	1.051	.186	5.664	.634	***
Satisfação no Trabalho	→ Moral	1.539	.200	7.687	.814	***
Satisfação no Trabalho	→ Salário	1.315	.182	7.209	.774	***
Satisfação no Trabalho	→ Benefícios	1.413	.223	6.332	.697	***
Satisfação no Trabalho	→ Contratações, Promoções e Oportunidades	1.386	.174	7.984	.839	***
Satisfação no Trabalho	→ Segurança no Trabalho	1.062	.203	5.238	.593	***
Satisfação no Trabalho	→ Liderança Hospitalar	1.185	.160	7.384	.789	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_1	1.000			.539	
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_2	.954	.289	3.303	.476	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_3	1.230	.307	4.013	.631	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_4	1.547	.356	4.350	.722	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_5	1.396	.353	3.955	.617	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_6	1.816	.378	4.799	.875	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_7	1.583	.353	4.478	.761	***
Perceção Suporte Organizacional	→ POS_8	1.776	.374	4.750	.856	***
BriefCope Estratégias Positivas	→ Suporte Instrumental	1.533	.427	3.590	.698	***
BriefCope Estratégias Positivas	→ Enquadramento Positivo	1.405	.403	3.490	.653	***
BriefCope Estratégias Positivas	→ Religião	1.115	.412	2.705	.416	.007
BriefCope Estratégias Positivas	→ Planeamento	1.794	.473	3.791	.825	***
BriefCope Estratégias Positivas	→ Aceitação	1.000			.464	
BriefCope Estratégias Positivas	→ Suporte Emocional	1.092	.354	3.083	.518	.002
BriefCope Estratégias Positivas	→ Coping Ativo	1.528	.421	3.634	.720	***
BriefCope Estratégias Positivas	→ Humor	.245	.307	.800	.103	.424

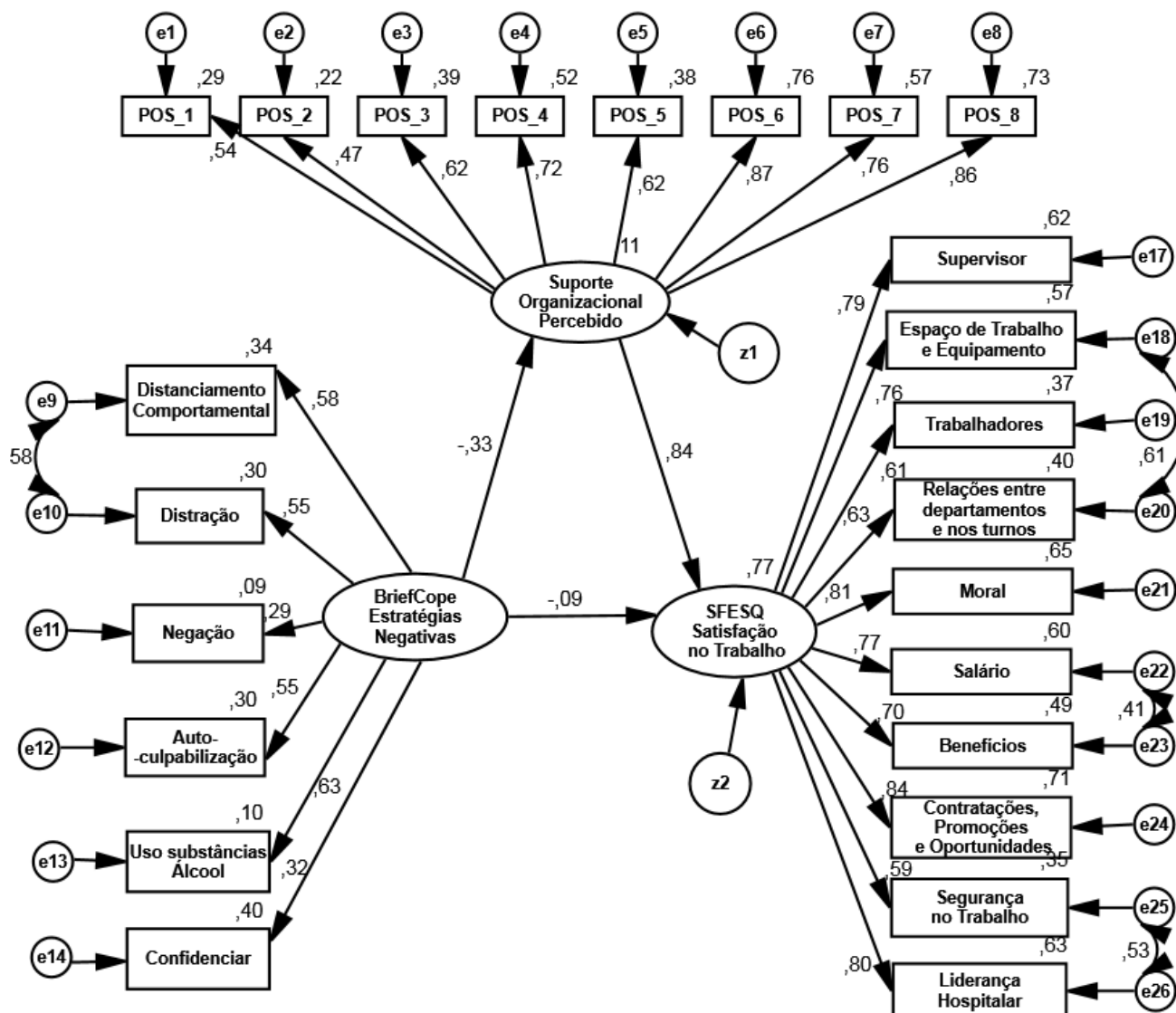
\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

## 5.2. Previsão do modelo pelas estratégias de coping negativas e mediação pela percepção do suporte organizacional

Concluimos a apresentação dos resultados com a análise do modelo estrutural estimado da previsão da Satisfação no trabalho a partir das estratégias de coping negativas, mediado pela percepção do suporte organizacional. O modelo preditivo apresentou também bons índices de ajustamento considerando o coeficiente  $\chi^2/245_{gl} = 1.68$ ,  $p < .001$ . Obtivemos índices de ajustamento ligeiramente sofríveis para o RMSEA = .096 (LO90 = .08, HI90 = .11), NFI = .67 e CFI = .82 (Brown, 2015; Kline, 2011; Schumacker & Lomax, 2012), apesar de aceitarmos o modelo no referente ao seu ajustamento. À semelhança do modelo anterior, procedemos à correlação dos erros identificados com maior índice de modificação, correspondendo à correlação entre os erros e19 e e10 e os já referidos e18 e e20, e22, e23 e25 e e26.

As estratégias de *coping* negativas e a percepção do suporte organizacional explicam igualmente  $R^2 = 77\%$  da Satisfação no trabalho, sendo que a variável percepção do suporte organizacional explica a maior parte ( $\beta = .84$ ,  $p < .001$ , correspondendo ao efeito direto). As estratégias de *coping* negativas não se revelam predictoras da Satisfação no trabalho, dado que se detetou um efeito direto de  $\beta = -.09$  ( $R^2 = 3.28\%$ ), associado a um nível de significância estatística de  $p = .324$ , conforme indicado no Quadro 18.

O cálculo do efeito de mediação revela um efeito indireto de  $\beta = -.277$ , associado a uma estimativa de variância explicada da satisfação no trabalho de  $R^2 = 7.68\%$ , indicando que a percepção do suporte organizacional tende a mediar a relação entre as estratégias de *coping* negativas e a satisfação no trabalho. Refira-se que estamos na presença de um efeito de mediação total, já que não se verificou um efeito direto das estratégias de *coping* negativas na previsão da satisfação no trabalho, sendo este efeito apenas influente através do suporte organizacional (efeito de mediação). Parece, assim, que as estratégias de *coping* negativas apenas atuam ao nível da satisfação no trabalho através da percepção do suporte organizacional, que parece conseguir atuar revertendo este efeito e atuar como um predictor positivo da satisfação no trabalho. No modelo de mediação pode ler-se que quanto mais estratégias de *coping* negativas tendencialmente menor é a percepção do suporte organizacional, ao passo que e quanto maior é a percepção do suporte organizacional maior é a satisfação no trabalho (proporção de variância explicada de 77%).



**Figura 4.** Previsão da Satisfação no trabalho pelas estratégias de *coping* negativas e mediada pela percepção do suporte organizacional: modelo estrutural estimado.

**Quadro 18.** Coeficientes não estandardizados (*b*), erros-padrão (*EP*), rácios-críticos (*RC*) e coeficientes de regressão estandardizados ( $\beta$ ): Modelo estrutural estimado da satisfação no trabalho prevista pelas estratégias de *coping* negativas e mediada pela percepção do suporte organizacional.

		<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>RC</i>	$\beta$	<i>p</i>
BriefCope Estratégias Negativas	→ Perceção Suporte Organizacional	-.828	.421	-1.965	-.329	.049
Perceção Suporte Organizacional	→ Satisfação no Trabalho	.599	.141	4.247	.841	***
BriefCope Estratégias Negativas	→ Satisfação no Trabalho	-.166	.168	-.985	-.093	.324
Satisfação no Trabalho	→ Supervisor	1.000			.786	



		<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>RC</i>	$\beta$	<i>p</i>
Satisfação no Trabalho	→ Espaço de Trabalho e Equipamento	1.064	.151	7.033	.756	***
Satisfação no Trabalho	→ Trabalhadores	1.124	.208	5.415	.608	***
Satisfação no Trabalho	→ Relações entre departamentos e nos turnos	1.043	.185	5.647	.631	***
Satisfação no Trabalho	→ Moral	1.524	.199	7.658	.809	***
Satisfação no Trabalho	→ Salário	1.308	.181	7.222	.773	***
Satisfação no Trabalho	→ Benefícios	1.411	.222	6.363	.698	***
Satisfação no Trabalho	→ Contratações, Promoções e Oportunidades	1.390	.172	8.083	.843	***
Satisfação no Trabalho	→ Segurança no Trabalho	1.060	.202	5.256	.594	***
Satisfação no Trabalho	→ Liderança Hospitalar	1.191	.159	7.488	.795	***
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_1	1.000			.536	
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_2	.946	.290	3.261	.470	.001
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_3	1.219	.308	3.963	.623	***
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_4	1.550	.358	4.326	.722	***
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_5	1.399	.356	3.933	.616	***
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_6	1.814	.381	4.765	.874	***
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_7	1.573	.355	4.434	.755	***
Percepção Suporte Organizacional	→ POS_8	1.781	.377	4.724	.857	***
BriefCope Estratégias Negativas	→ Negação	.583	.287	2.032	.293	.042
BriefCope Estratégias Negativas	→ Autoculpabilização	1.214	.387	3.137	.552	.002
BriefCope Estratégias Negativas	→ Confidenciar	1.275	.384	3.320	.635	***
BriefCope Estratégias Negativas	→ Uso substâncias/Álcool	.603	.274	2.201	.324	.028
BriefCope Estratégias Negativas	→ Distanciamento Comportamental	1.000			.580	
BriefCope Estratégias Negativas	→ Distração	1.143	.450	2.538	.545	.011

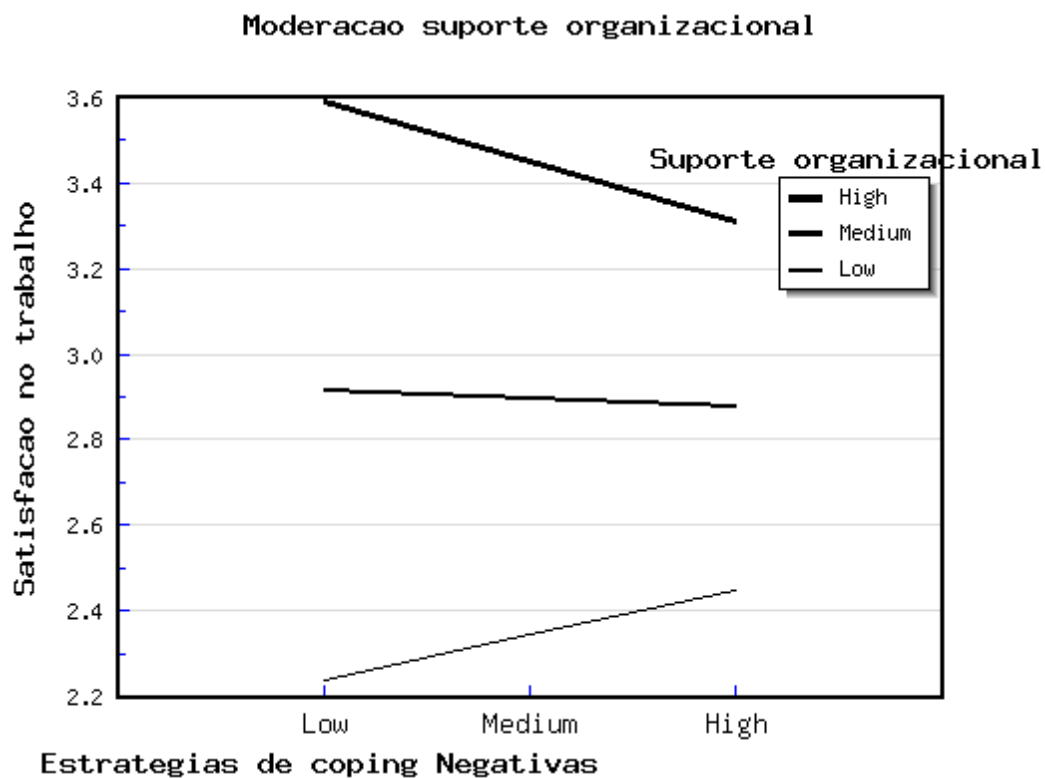
\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

### 5.3. Teste do efeito de moderação do suporte organizacional relação entre as estratégias de *coping* e a satisfação no trabalho

Verificada a inexistência de um efeito de mediação entre as estratégias de *coping* positivas e a Satisfação no trabalho, colocou-se a hipótese de a percepção do suporte organizacional poder atuar como moderador da relação entre este tipo de estratégias e a satisfação no trabalho. O efeito de moderação da variável suporte organizacional foi testado através de uma análise da regressão hierárquica, após standardização das variáveis predictoras (estratégias de *coping* positivas e percepção do suporte organizacional). Os resultados evidenciaram um efeito de moderação (estratégias de *coping* positivas X percepção do suporte organizacional) não estatisticamente significativo ( $b = -.068$ ,  $\beta =$

.075,  $t = -.904$ ,  $p = .369$ ), o que nos leva a concluir que, na nossa amostra, a percepção do suporte organizacional não medeia nem modera a relação entre as estratégias de *coping* positivas e a satisfação no trabalho.

Por último testámos o possível efeito moderador da percepção do suporte organizacional na relação entre as estratégias de *coping* negativas e a Satisfação no trabalho. Realizámos uma nova análise da regressão hierárquica, tomando como variáveis predictoras estandardizadas as estratégias de *coping* negativas e a percepção do suporte organizacional. Os resultados indicaram um efeito de moderação (estratégias de *coping* negativas X percepção do suporte organizacional) estatisticamente significativo:  $b = -.123$ ,  $\beta = -.172$ ,  $t = -2.02$ ,  $p = .048$ .



**Figura 5.** Efeito de Moderação da percepção do suporte organizacional relação entre as estratégias de *coping* negativas e a satisfação no trabalho.

Na Figura 5 constata-se que quando as estratégias de *coping* negativas são elevadas, o efeito do suporte organizacional mostra-se insignificante na previsão da Satisfação no trabalho, que é baixa. No entanto, quando as estratégias de *coping* negativas são baixas, o efeito da percepção do suporte organizacional mostra-se influente na previsão da satisfação no trabalho, sendo que maiores níveis de suporte organizacional (por oposição a níveis mais baixos) contribuem para uma maior satisfação no trabalho.

## IV - Discussão

Com o presente estudo propusemo-nos a verificar o impacto das estratégias de *coping* e da perceção do suporte organizacional na satisfação no trabalho e analisar o papel mediador ou moderador das estratégias de *coping* e nesta relação.

Os instrumentos de medida *Brief-COPE*, *8-item Perceived Organizational Support* e *Short-Form Employee System Questionnaire* (SFESQ) apresentaram boas qualidades psicométricas (Eisenberger et al., 1986; Nelson et al., 1992; Carver, 1997; Worley, Fuqua e Hellman, 2009). Ainda, a confiabilidade interna para a globalidade de cada uma das escalas, para a amostra em estudo, é considerada de boa a excelente que contribui para os resultados obtidos.

Apesar de estudos já relacionarem as variáveis apresentadas nesta investigação de forma individual, o valor da investigação realizada reside no papel primordial da avaliação empírica da relação mediadora e moderadora entre as variáveis estratégias de *coping*, perceção do suporte organizacional e da satisfação no trabalho.

De acordo com a análise descritiva a maioria desta amostra é constituída por profissionais de saúde masculinos entre os 25 aos 34 anos que poderá estar relacionado com o método de obtenção da amostra, uma vez que pessoas desta faixa etária são mais ativas nas redes sociais (Adults' Media Use & Attitudes, 2020).

Ao analisar descritivamente a perceção do suporte organizacional a média obtida representa a não perceção do compromisso organizacional por parte dos profissionais de saúde. Este resultado pode estar ligado indiretamente com a pandemia COVID-19, uma vez que os hospitais se focaram nos recursos humanos e materiais para fazer face ao número avultado de admissões diárias com sintomas graves de COVID-19. Podemos presumir que estes profissionais não se sentiram membros da organização e não integraram o seu papel organizacional na sua identidade social, durante este período. Estes não perceberam o esforço dos hospitais em reconhecer e a recompensar o seu desempenho nos cuidados aos doentes com COVID-19.

Na escala da avaliação das estratégias de *coping* podemos inferir que as positivas foram as mais utilizadas por parte dos profissionais de saúde dos cuidados intensivos, apesar de as diferenças serem pequenas. As mais usadas foram a aceitação da realidade, o *coping*

positivo para tornar a situação mais positiva e o planeamento de estratégias para proporcionar um maior bem-estar. Enquanto, as negativas focaram-se na distração e no confidenciar para tentar evitar pensar na situação percecionada de stress ou na tendência de se focarem em demasia em pensamentos e sentimentos negativos.

Para a globalidade da satisfação no trabalho, os enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos têm uma satisfação boa com enfoque no suporte dos supervisores, na qualidade das suas equipas e na relação estabelecida entre os departamentos e a qualidade do trabalho de equipa.

Na intercorrelação entre as dimensões das três escalas utilizadas no nosso estudo verificou-se uma relação fraca e negativa entre a perceção do suporte organizacional e as estratégias de *coping* positivas, com destaque na relação moderada e negativa entre a dimensão confidenciar. Assim, podemos afirmar que quanto menos os profissionais expressarem os seus pensamentos e sentimentos negativos mais elevado será o suporte organizacional percecionado.

Expressar sentimentos negativos pode ter originado o surgimento de mais sentimentos negativos nos profissionais de saúde influenciando negativamente a perceção e interpretação das situações de stress durante o exercício da prática dos cuidados nas unidades de intensivos durante a pandemia. Assim, o foco destas vivências pode ter resultado em sentimentos negativos que por sua vez provocam um efeito de emoção negativo sobre o desempenho (Brown, Challagalla e Westbrook, 2005).

Encontramos uma correlação forte entre a perceção do suporte organizacional e a satisfação profissional em concordância com diversos estudos encontrados na literatura (Eisenberg et al., 1997; Ahmad e Yekta, 2010; Miao e Kim, 2010; Maan et al., 2020) com evidência nas dimensões da moral, contratações e oportunidades e liderança hospitalar que representam características importantes para fazer face aos obstáculos de situações de crise.

Verificamos que as estratégias de *coping* positivas não têm uma relação com a satisfação no trabalho, enquanto as negativas têm uma relação negativa. A relação das dimensões que se evidenciaram foi o humor com o comportamento do supervisor e o confidenciar com uma relação moderada e negativa com os benefícios, contratações, promoções e oportunidades e liderança hospitalar.

Na literatura é encontrado uma variedade de resultados devido à variabilidade de conceitos e de categorização das estratégias de *coping*. Na sua maioria, os estudos verificam associação entre as emoções positivas com elevados níveis de satisfação no trabalho e as de fuga associadas com menos satisfação (Healy e McKay, 2000; Welbourne et al., 2007).

O distanciamento comportamental foi a estratégia negativa com mais relação negativa com a satisfação no trabalho, nos enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos, que origina sentimentos de desistência e associado à falta de esforço para o alcance dos objetivos propostos (Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004; García et al., 2018) durante o período mais crítico da pandemia.

É importante ressaltar, que os estudos encontrados analisam a mediação das estratégias de coping entre a satisfação no trabalho com o stress o que não vai ao encontro do objetivo da nossa investigação (Healy e McKay, 2000; Harzer e Ruch, 2015). Assim, quanto maior o distanciamento comportamental destes profissionais menor é a satisfação no trabalho.

Após a análise das correlações, avaliámos o índice total das escalas de instrumento por categoria profissional. Verificamos que o suporte organizacional percebido e a satisfação no trabalho não difere estatisticamente entre enfermeiros e médicos. Nas estratégias de coping, os médicos utilizaram menos estratégias positivas comparativamente com os enfermeiros.

Ainda, não há nenhuma correlação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e as estratégias de coping, percepção do suporte organizacional e satisfação no trabalho, à exceção da idade com as estratégias de *coping* negativas com uma relação positiva e moderada. Neste seguimento, concluímos que quanto maior a idade mais elevada é o uso de estratégias de fuga.

Estudos associam o avançar da idade com a utilização de estratégias positivas e idades mais jovens com a utilização de estratégias mais negativas (Whitty, 2003; Minzi e Sacchi, 2005). Por sua vez, no estudo de Chen et al. (2017) não foi verificado associação entre a idade e as estratégias de *coping*.

A associação das estratégias negativas com o avançar da idade pode dever-se às condições de trabalho, ao número reduzido de profissionais de saúde que se vêm a verificar ao longo dos últimos anos no sistema nacional de saúde inglês e que veio a agravar-se com a pandemia COVID-19. Os profissionais com mais idade podem encontrar-se nos últimos

anos com grandes cargas de trabalho, pressão contínua com situações de vida e morte que aumentou nestes últimos dois anos, acrescentando o risco acrescido de se infectarem ou de infectarem os seus familiares (Kang et al., 2020; Zhang et al, 2021).

Estes resultados podem estar relacionados com a opinião de Lazarus (Lazarus e Folkman, 1984) ao afirmarem que as fontes de stress podem ser modificadas com a idade e que podem depende da percepção e da significância dada por cada pessoa devido à sua única experiência de vida.

De seguida, procedemos à verificação dos modelos preditivos da satisfação no trabalho e a percepção do suporte organizacional explica 44% da variabilidade da satisfação no trabalho, enquanto as estratégias de *coping* não são preditivas.

Nas estratégias de *coping* positivas a dimensão do suporte instrumental é preditiva da satisfação no trabalho. Assim, a procura de ajuda e de conselhos por parte de pessoas de confiança e/ou competentes, por profissionais de saúde, pode influenciar negativamente a satisfação. Podemos conjecturar que quando os enfermeiros e médicos procuraram por ajuda poderiam já estar numa fase de exaustão e de desânimo perante as condições de trabalho laborais.

O distanciamento comportamental é preditivo na satisfação, apesar de se encontrar no limiar da significância estatística influenciado pelo tamanho pequeno da amostra. Quanto maior o distanciamento comportamental dos profissionais nos cuidados intensivos menor é a satisfação profissional.

Sem uma aptidão preditiva direta entre as estratégias de *coping* e a satisfação no trabalho procedemos à análise de mediação entre as mesmas. Confirmou-se que na sua globalidade as estratégias positivas não têm efeito direto sobre a satisfação no trabalho nem tem efeito de mediadora com a PSO. Ao contrário, confirmamos que as estratégias negativas não têm efeito direto sobre a satisfação, mas em concomitância com o PSO explicam 77% da satisfação no trabalho nas unidades de cuidados intensivos.

Concluimos que quanto maior a utilização de estratégias negativas menos é a percepção do suporte organizacional que por sua vez diminui o nível de satisfação no trabalho. Não foram encontrados estudos que pudessem concordar ou refutar com este resultado.

Ao encontrarmos um efeito de mediação, colocamos a hipótese de testar a moderação das variáveis em estudo com um possível efeito moderador da percepção do suporte organizacional entre as estratégias negativas e a satisfação no trabalho. Contacta-se que a

moderação do SOP atua em função da intensidade do uso das estratégias de *coping* negativas pelos enfermeiros e médicos. Quando as estratégias fuga são baixas o PSO tem um efeito de previsão sobre a satisfação, enquanto quando as estratégias são mais utilizadas o efeito de influência do SOP sobre a satisfação no trabalho diminui.

As estratégias de *coping* e a percepção do suporte organizacional não explicam a variabilidade total da satisfação do trabalho pois existem outros fatores externos que regulam as emoções e as estratégias associadas ao combate as situações percebidas de stress, tais como o recurso à família, à educação, à capacidade de resiliência e das percepções de vivências anteriores (Taylor, 2012).

A pandemia COVID-19 adicionou ao trabalho dos enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos maior incerteza e crise no seu espaço de trabalho devido ao recurso limitado de profissionais, de espaço físico e ao aumento da quantidade de trabalho que requereu por parte da direção dos hospitais transferir enfermeiros e médicos sem formação na área de cuidados intensivos para estas áreas.

Os profissionais de cuidados intensivos para além das suas funções de grande especialidade tiveram que educar e supervisionar os profissionais sem formação prévia adicionando a prática do exercício profissional maiores pressões, stress e fadiga emocional e física.

Durante este período, o trabalho em condições desfavoráveis limita ou mesmo que esgota os recursos internos de cada profissional (Chen et al., 2009) e para os recuperar é necessário o desenvolvimento de estratégias para que possam ser recuperáveis ou adquiridos

É urgente que as organizações de saúde, particularmente os hospitais, tomem decisões e mobilizem recursos para melhorar a satisfação no trabalho em consequência de lidar melhor com situações percebidas de stress.

Lazarus e Folkman (1986) reforçaram que a utilização de estratégias e coping positivas permite a cada pessoa a exercer controlo sobre o ambiente ou sobre as suas ações aumentando a sua adaptação e flexibilidade em situações de imprevisibilidade e de stress.

Logo, as organizações de saúde devem estar atentas à exaustão emocional dos seus profissionais, que trabalham nos cuidados intensivos, através da implementação de programas que promovam o controle das emoções negativas que por sua vez levará à diminuição de estratégias de *coping* negativas. O uso de recursos de *mindfulness* e

terapias cognitivo-comportamentais podem ser estratégias enriquecedoras, pois trabalham no controle das emoções, na interpretação das situações, desmitificam crenças que influenciam a aplicabilidade das estratégias individuais de *coping* que tendem a originar desempenhos mais positivos e ao aumento do bem-estar.

Em suma, no nosso estudo as estratégias de *coping* negativas são mediadoras da percepção do suporte organizacional que influencia o nível de satisfação no trabalho. Quando mais as estratégias de fuga se encontram presentes nos profissionais de saúde menor é a percepção do suporte organizacional e a satisfação no trabalho. Logo, é fundamental para que as organizações de saúde mudem o seu paradigma da saúde ocupacional para a promoção e desenvolvimento de características individuais que irão aumentar o compromisso o desempenho organizacional.



## Conclusão

A forma como enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos percebem o suporte das organizações influencia diretamente a satisfação com o seu trabalho, na medida que a organização se preocupa com o bem-estar dos seus trabalhadores durante a pandemia COVID-19. No entanto, este trabalho não permite concluir se elevados níveis de valorização organizacional estão associados a atitudes que favorecem a mesma como o compromisso organizacional afetivo.

O stress vivenciado durante a pandemia é influenciado pelas características individuais dos trabalhadores e foi verificado que as estratégias de *coping* individuais não influenciam a satisfação do trabalho. Conclui-se que é necessário a presença do suporte organizacional para que as estratégias de *coping* negativas influenciem negativamente a satisfação no trabalho.

Ainda, a percepção do suporte organizacional tem um efeito moderador entre as estratégias de *coping* negativo e a satisfação no trabalho. Quanto maior a intensidade utilizada das estratégias de *coping* negativas menor é a influência da percepção do suporte organizacional na satisfação no trabalho.

Na prática, este estudo pretende reforçar perante as organizações de saúde a importância de investimento nas práticas e políticas para a valorização dos médicos e enfermeiros dos cuidados intensivos. Quando as percepções do suporte organizacional é elevado, os trabalhadores tendem a comprometer-se com os valores e objetivos da organização com benefícios para ambas as partes.

Ao verificar-se que a percepção do suporte organizacional é influenciado pelas estratégias de *coping* negativas e indiretamente influencia a satisfação é necessária uma maior ênfase, por parte dos hospitais, em atividades/intervenções que permitam reduzir as estratégias focadas no evitamento.

Assim, sugere-se um maior investimento na área da saúde ocupacional para que o foco esteja na promoção da saúde mental para prevenção de doenças psicológicas e físicas, através da mudança de comportamento dos profissionais de saúde que influenciará não apenas a vida profissional como a pessoal, uma vez que estaremos a trabalhar na construção de profissionais mais positivos e com estratégias mais focados na resolução do problema.

Especificamente, estes resultados inseridos nas unidades de cuidados intensivos durante uma pandemia revelam-se de extrema importância devido à imprevisibilidade e complexidade de doentes e de tomada de decisões que enfrentam no seu dia-a-dia e que aumentou desde março 2020.

Este estudo pretende despertar o interesse das organizações de saúde para a importância do desempenho de um papel mais ativo na aprendizagem e aquisição de estratégias de *coping* individuais positivas para diminuir a influência negativa que as estratégias de fuga têm sobre a perceção do suporte organizacional e da satisfação no trabalho com a oferta de serviços/workshops regulares de competência comportamentais.

No entanto, existem vários outros fatores que podem influenciar a satisfação destes profissionais de cuidados intensivos em situação de crise que não foram abordados e analisados neste estudo. Logo, são necessários mais estudos sobre a influência das estratégias de *coping* nos locais de trabalho e quais as intervenções mais eficazes para a promoção de profissionais de saúde mais satisfeitos com a profissão e com serviço para qual trabalham.

O desenvolvimento deste trabalho é a primeira abordagem sobre o impacto das estratégias de *coping* e a perceção do suporte organizacional sobre a satisfação do trabalho durante uma pandemia. Neste seguimento, os resultados obtidos pretendem incentivar outros investigadores e as próprias organizações a desenvolver estudos sobre estratégias de *coping* individuais face às situações de crise para que possam, futuramente, proteger os seus trabalhadores dos seus efeitos nocivos físicos e mentais, mais especificamente nos enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos.

É importante a realização estudos adicionais para aprofundar o conhecimento sobre a influência estratégias de *coping* têm sobre a perceção do suporte organizacional e a satisfação no trabalho, uma vez que a escassez de estudos empíricos para uma compreensão mais aprofundada da relação entre estas variáveis. Estudos com uma amostra maior e em diferentes contextos na área da saúde são recomendados para testar o modelo desta investigação.

## Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta várias limitações que é importante referenciar devido ao impacto que podem ter sobre os resultados obtidos nos enfermeiros e médicos dos cuidados intensivos a exercer na área metropolitana de Londres.

A primeira limitação é o tamanho da amostra que é muito pequena que coloca em causa a representatividade da amostra sobre a população em estudo. É sugerido futuras investigações com amostras de maiores dimensões para que se tornem mais significativas e representativas da população em estudo e que permita a inclusão de vários profissionais em diversos contextos de saúde.

A estratégia para a obtenção da amostra pode contribuir para o aumento de *bias* dos resultados e das suas conclusões, uma vez que foram utilizadas redes sociais *online* que excluiu, automaticamente, os profissionais que não possuem contas nas redes sociais utilizadas. Ainda, o questionário pode apenas ter alcançado os profissionais que têm um interesse pelo tema e não os que realmente tiveram dificuldades em gerir os efeitos da pandemia. Acrescenta-se que a especificidade do grupo profissionais, não permite fazer a generalização dos resultados para outras áreas da saúde.

O conceito de estratégias de *coping* encontra-se ligado à adaptação ligada às situações de stress e a sua complementaridade com o desenvolvimento pessoal. Contudo, a inconsistência dos principais construtores nos modelos de *coping* com a diversidade dos conceitos ao *coping* têm dificultado os estudos desenvolvidos nesta área, começando pelo desenvolvimento de escalas de medição bem como na determinação da sua eficácia (Folkman e Moskowitz, 2004).

Os instrumentos de medida utilizados neste estudo são subjetivos, em que a perceção das situações de stress e do suporte organização dos profissionais são resultado da avaliação cognitiva em função de um momento passado, constituem uma limitação. Ainda, para avaliar as variáveis deste estudo os profissionais tiveram que o fazer retrospectivamente em que pode influenciar a perceção sentida pelas adversidades durante o pico da pandemia.

O preenchimento *online* permite a facilidade de aplicação e anonimato, mas que pode causar enviesamentos ao não ser possível garantir as condições necessárias para que a investigação possua validade interna como a influencia da deseabilidade social na influência das respostas (Alferes, 1997).

Todas as escalas são do tipo Likert que possui uma limitação de tendência central da resposta, dando aos profissionais a possibilidade de evitar as respostas que se encontram nos extremos da escala, de forma a não exporem a sua opinião.

Por último, a falta de estudos que envolvam a influência da tríade estratégias de *coping*, percepção do suporte organização com a satisfação do trabalho é escassa o que limitou a discussão dos resultados comparativamente com outras realidades.

## Referências

“Brief - Coping with Problems Experienced” (2015). *Shirley Ryan AbilityLab*. Disponível em: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/brief-coping-problems-experienced>.

Ahmad, Z.A. and Yekta, Z.A. (2010), “Relationship between perceived organizational support, leadership behavior, and job satisfaction: An empirical study in Iran”, *Intangible Capital*, 6(2), pp. 162–184.

Aish, A., & Jöreskog, K. (1990), “A panel model for political efficacy and responsiveness: An application of LISREL 7 with weighted least squares”, *Quality and Quantity*, 19, pp.716-723.

Alferes, V. R. (1997), *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Alharbi, J., Jackson, D. e Usher, K. (2020), “The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses”, *Journal of Clinical Nursing*, 9, pp. 2762–2764.

Ali, W. (2016), “Understanding the Concept of Job Satisfaction, Measurements, Theories and its Significance in the Recent Organizational Environment: A Theoretical Framework”, *Archives of Business Research*, 4 (1), pp. 100-111.

Alrawashdeh, H.M. *et al.* (2021), “Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study”, *BMC Public Health*, 21(811), pp. 1-18.

Amazue, L. O. e Onyishi, I. E. (2015), “Stress Coping Strategies, Perceived Organizational Support and Marital Status as Predictors of Work–Life Balance among Nigerian Bank Employees”, *Social Indicators Research*, 128(1), pp.147–159.

Arbuckle, J. L. (2013). *Amos 22 user’s guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.

Armstrong-Stassen, M. (2004), “The Influence of Prior Commitment on the Reactions of Layoff Survivors to Organizational Downsizing”, *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), pp.46–60.

Arnold, K.A. e Dupré, K.E. (2012), “Perceived organizational support, job-related emotion and employee health”, *International Journal of Workplace Health Management*, 5(2), pp. 139-152.

- Benson, P. R. (2010), "Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism", *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), pp. 217-228.
- Bentler, P. (1990), "Quantitative methods in psychology: Comparative fit indexes in structural models", *Psychological Bulletin*, 107, pp. 238-246.
- Bentler, P. M., e Bonett, D. G. (1980), "Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures", *Psychological Bulletin*, 88, pp.588-606.
- Blanchard-Fields, F., Sulsky, L. and Robinson-Whelen, S. (1991), "Moderating effects of age and context on the relationship between gender, sex role differences, and coping", *Sex Roles*, 25(11), pp. 645–660.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bollen, K. A. (1989) *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brisette, I., Scheier, M. F., e Carver, C. S. (2002), "The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition", *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, pp. 102-111.
- Brown, S., Westbrook, R. and Challagalla, G. (2005), "Good Cope, Bad Cope: Adaptive and Maladaptive Coping Strategies Following a Critical Negative Work Event.", *The Journal of Applied Psychology*, 90, pp. 792–8.
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Byrne, D.G. e Espnes, G.A. (2008), "Occupational stress and cardiovascular disease", *Stress and Health*,24(3), pp. 231–238.
- Carver, C. S. (1997), "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE", *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, pp. 92-100.
- Carver, C. S. (1997), *Brief COPE Inventory*, Disponível em: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE>.
- Carver, C.S. (2019), *Brief-COPE*, Disponível em: <https://local.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.phtml>.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. e Weintraub, J.K. (1989), "Assessing coping strategies: A theoretically based approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp. 27-283.

Chen, C.-K. *et al.* (2009), “A Study of Job Stress, Stress Coping Strategies, and Job Satisfaction for Nurses Working in Middle-Level Hospital Operating Rooms”:, *Journal of Nursing Research*, 17(3), pp. 199–211.

Chen, Y. *et al.* (2017), “Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect”, *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), pp. 347–363.

Chen, Z. X. (2006). *The effect of sense of organizational support of knowledge employees on job performance and turnover intention* (Unpublished doctoral dissertation). Huazhong University of Science and Technology, China.

Chullen, C. L. *et al.* (2010), “Minimizing deviant behavior in healthcare organizations: the effects of supportive leadership and job design”, *Journal of Healthcare Management*, 55(6), pp. 381-397.

Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Coyle-Shapiro, J. A. e Conway, N. (2012), “The reciprocal relationship between psychological contract fulfilment and employee performance and the moderating role of perceived organizational support and tenure”, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85, pp. 277–299.

Cropanzano, R. e Mitchell, M.S. (2005), “Social exchange theory: An interdisciplinary review”, *Journal of Management*, 31(6), pp. 874–900.

Cumming, A.L. e Dwyer, A.L. (2001), “Stress, self-efficacy, social support, and coping strategies in university students”, *Canadian Journal of Counseling*, 35(3), pp. 208-219

Cunha, M. R. *et al.* (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa. (6.<sup>a</sup> ed.) Ed. RH.

Duke, A. B. *et al.* (2009)” Perceived Organizational Support as a Moderator of Emotional Labor/Outcomes Relationships”, *Journal of Applied Social Psychology*, 39(5), pp. 1013–1034.

Eisenberger, R. e Stinglhamber, F. (2011). *Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees*. Washington, DC: APA Books.

Eisenberger, R. *et al.* (1986), “Perceived organizational support”, *Journal of applied psychology*, 71(3), pp. 500-507.

Eisenberger, R. *et al.* (2004) “Who takes the most revenge? Individual differences in negative reciprocity norm endorsement”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, pp. 789–799.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., e Sowa, D. (1986), “Perceived organizational support”, *Journal of Applied Psychology*, 71, pp. 500-507.

Eschenbeck, H., Kohlmann, C. W., e Lohaus, A. (2007),” Gender differences in coping strategies in children and adolescents”, *Journal of Individual Differences*, 28(1), pp.18–26.

Filho, C.I., *et al.* (2020), *Impact Of Covid-19 Pandemic On Mental Health Of Medical Students: A Cross-Sectional Study Using GAD-7 And PHQ-9 Questionnaires*, preprint, Medical Education.

Folkman, S. e Moskowitz, J.T. (2004), “Coping: pitfalls and promise”, *Annual Review of Psychology*, 55, pp. 745–774.

García, F.E. *et al.* (2018), “Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population”, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(22), pp. 1-11.

Gil, A. C. (2008). *SPSS: Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: ATLAS.

Golbasi, Z., Kelleci, M. e Dogan, S. (2008), “Relationships between Coping Strategies, Individual Characteristics, and Job Satisfaction in a Sample of Hospital Nurses: Cross-Sectional Questionnaire Survey”, *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 1800-1806.

Gouldner, A. W. (1960),” The norm of reciprocity: A preliminary statement”, *American Sociological Review*, 25, pp. 161-178.

Guanche, Garcell H. (2020), “COVID-19. A challenge for healthcare professionals”, *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), pp. 1-4.

Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B. J., e Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.



Hart, P.M. e Cooper, C.L. (2001), “Occupational Stress: Toward a More Integrated Framework”, *Handbook of Industrial, Work & Organizational Psychology - Volume 2: Organizational Psychology*, SAGE Publications Ltd, 1 Oliver’s Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom, pp. 93–114.

Harzer, C. and Ruch, W. (2015), “The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction”, *Frontiers in Psychology*, 6(165), pp-1-12.

Hays, R. D. *et al.* (1994), “Short-Form Measures of Physician and Employee Judgments About Hospital Quality”, *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(2), pp. 66–77.

Healy, C.M. and McKay, M.F. (2000), “Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses”, *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), pp. 681–688.

Hoppock, R. (1935). *Job Satisfaction*. Harper and Brothers, New York.

Jamal, Y. (2017), “Coping Strategies as a Mediator of Hardiness and Stress among Rescue Workers”, *Studies on Ethno-Medicine*, 11(3), pp.201-208

Jose, P.E. (2013). ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderational analyses: The internet version, Version 3.0. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand. Retirado de <https://psychology.victoria.ac.nz/modgraph/>

Judge, T. *et al.* (2010), “The relationship between pay and job satisfaction: A meta-analysis of the literature”, *Journal of Vocational Behavior*, 77, pp. 157–167.

Kaliski, B.S. (2007). *Encyclopedia of Business and Finance*, Second edition, Thompson Gale, Detroit.

Kang, L. *et al.* (2020), “Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study”, *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, pp. 11–17.

Kannis-Dymand, L. *et al.* (2020), “Factor Structure of the Brief COPE in a Population from Australia and New Zealand Exposed to a Disaster”, *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 24(3), pp. 125-137.

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed). New York: The Guilford Press.

Kraimer, M. L. e Wayne, S. J. (2004), “An examination of perceived organizational support as a multidimensional construct in the context of an expatriate assignment”, *Journal of management*, 30(2), pp.209-237.

Lai, J. *et al.* (2020), “Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019”, *JAMA Network Open*, 3(3), pp. 1-12.

Lambert, V. A., Lambert, C. E., e Ito, M. (2004), “Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses”, *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), pp.85–97.

Laranjeira, C.A. (2011), “The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers: Nurse health and well-being”, *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1755-1762.

Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1991). *The concept of coping*. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (p. 189–206). Columbia University Press. (Reprinted from "Stress, Appraisal, and Coping," New York: Springer Publishing Company, Inc, 1984)

Lazarus, R., e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. e Cohen, J.B. (1977). *Environmental Stress*. In *Human Behavior and Environment*. Boston, MA: Springer US, pp. 89–127.

Leka, S., Griffiths, A. e Cox, T. (2003),” Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union”, *Protecting Workers’ Health Series*, 3, pp.1–27.

Levinson, H. (1965), “Reciprocation: the relationship between man and organization”, *Administrative Science Quarterly*, 9(4), pp. 370-90.

Ling, W. Q., Yang, H. J. e Fang, L. L. (2006), “Perceived organizational support of the employees”, *Journal of psychology*, 38(2), pp. 281-287.

Lockley, S.W. *et al.* (2007), “Effects of Health Care Provider Work Hours and Sleep Deprivation on Safety and Performance”, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 3(11), pp. 7–18.

Loehlin, J. C. (2004). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis* (4th ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Maan, A.T. *et al.* (2020), “Perceived organizational support and job satisfaction: a moderated mediation model of proactive personality and psychological empowerment”, *Future Business Journal*, 6(1), pp. 1-12.

Main, A. *et al.* (2011), “Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students’ psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic”, *Journal of Counseling Psychology*, 58, pp. 410–423.

Marjanovic, Z., Greenglass, E.R. e Coffey, S. (2007), “The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses’ coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), pp. 991–998.

Mark, G. (2008), *The Relationship between Workplace Stress, and Job Characteristics, Individual Differences, and Mental Health*, phd, Cardiff University. Disponível em: <https://orca.cardiff.ac.uk/54730/>.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª edição) Rolo & Filhos, SA.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, msoftware e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Martinez, M.C. e Paraguay, A.I.B.B. (2003), “Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos”, *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, pp-59-68.

- Maxwell, D.N., Perl, T.M. e Cutrell, J.B. (2020), “” The art of war” in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19)”, *Clinical Infectious Diseases*, 71(16), pp.2215-2217.
- McMillin, R. (1997). *Customer satisfaction and organizational support for service providers* (Unpublished doctoral dissertation). University of Florida, Gainesville.
- Meyer, J. P., Becker, T. E. e van Dick, R. (2006), “Social identities and commitments at work: Toward an integrative model”, *Journal of Organizational Behavior*, 27, pp.665-683.
- Miao, R. e Kim, H-G. (2010), “Perceived Organizational Support, Job Satisfaction and Employee Performance: An Chinese Empirical Study”, *Journal of Service Science and Management*, 03, pp. 257–264.
- Miao, R. e Kim, H.G. (2010), “Perceived Organizational Support, Job Satisfaction and Employee Performance: A Chinese Empirical Study”, *Journal of Service Science and Management*, 3(2), pp. 257–264.
- Morris, J. E. e Long, B. C. (2002), “Female Clerical Workers' Occupational Stress: The Role of Person and Social Resources, Negative Affectivity and Stress Appraisal”, *Journal of Counselling Psychology*, 49(4), pp.395-410.
- Morse, N. C. (1977). *Satisfactions in the white-collar job*. Ayer publishing.
- Naz, S. e Sharma, D.H. (2017), “Job satisfaction among different working organizations: A literature review”, *TIJ's Research Journal of Social Science & Management - RJSSM*, 7(6), pp. 29-37.
- Nelson, E. C. *et al.* (1992), “The Physician and Employee Judgment System: Reliability and Validity of a Hospital Quality Measurement Method”, *QRB - Quality Review Bulletin*, 18(9), pp.284–292.
- Nunes, C. *et al.* (2021), “The Brief COPE: Measurement Invariance and Psychometric Properties among Community and At-Risk Portuguese Parents”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (2806), pp. 1-12.
- Nunnally, J. C. e Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3 Ed.). New York: McGraw Hill.

- Pais-Ribeiro, J. L., e Rodrigues, A. P. (2004), “Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope”, *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 1, pp.3-15
- Pais-Ribeiro, J., e Santos, C. (2001), “Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses”, *Análise Psicológica*, pp. 491-502.
- Park, C. L., Armeli, S., e Tennen, H. (2004),” Appraisal-coping goodness of fit: A daily internet study”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, pp. 558–569.
- Pereira, A. (2013). *SPSS: Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Qiu, T. *et al.* (2020), “The association between resilience, perceived organizational support and fatigue among Chinese doctors: A cross-sectional study”, *Journal of Affective Disorders*, 265(1), pp.85–90.
- Rhoades, L., e Eisenberger, R. (2002), “Perceived organizational support: A review of the literature”, *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp.698–714.
- Satija, Y.K., Advani, G.B. e Nathawat, S.S. (1998), “Influence of stressful life events and coping strategies in depression”, *Indian Journal Psychiatry*, 40(2), pp. 165–71.
- Sattar, A., Khan, S. e Nawaz, A. (2010), “Theories of job satisfaction: Global applications & Limitations.”, *Gomal University Journal of Research*, 26, pp. 45–62.
- Schober, P., Boer, C. e Schwarte, L. (2018), “Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation”, *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), pp.1763-1768.
- Schumacker, R. E. e Lomax, R. G. (2012). *A beginner’s guide to structural equation modeling*. New York: Routledge Academic.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, pp.173–180.
- Stone, L. (2020), “Coping during a pandemic”, *Australian Journal of General Practice*, 49 (19), pp. 1-2.
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2013), *Using multivariate statistics* (6<sup>th</sup> Ed.), Pearson Education, Boston.

- Taylor, S. E. (2012). *Health Psychology* (Eighth ed.). McGraw-Hill Humanities
- Turen, U., Gokmen, Y. e Tuz, O. (2017), “Perceived organizational support, stress coping behaviors and mediating role of psychological capital: special education and rehabilitation centers”, *Scientific Annals of Economics and Business*, 64(3), pp. 359-377.
- Welbourne, J. L. *et al.* (2007)” Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction ”, *Journal of Vocational Behavior*, 70(2), pp. 312–325.
- Whitty, M.T. (2003), “Coping and defending: Age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies”, *Aging & Mental Health*, Routledge, 7(2), pp. 123–132.
- Wolfe, K. e Kim, H.J. (2013), “Emotional Intelligence, Job Satisfaction, and Job Tenure among Hotel Managers”, *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, Routledge, 12(2), pp. 175–191.
- World Health Organization (2020, June 2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report- 60[EB/OL]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus->
- Worley, J. A., Fuqua, D. R., e Hellman, C. M. (2009), “The survey of perceived organisational support: which measure should we use?”, *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1), pp.112-116.
- Worley, J.A. (2006). “*A Factor Analytic Study to Evaluate the Structure of the Survey of Perceived Organizational Support*”, Dissertação de Doutorado de Filosofia. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/215250177.pdf>.
- Wu, Y. *et al.* (2020), “A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China”, *Journal of Pain and Symptom Management*, Advanced Online Publication.
- Yu, C. e Frenkel, S.J. (2013), “Explaining task performance and creativity from perceived organizational support theory: which mechanisms are more important?”, *Journal of Organizational Behavior*, 34, pp. 1165–118.

Yu, X. *et al.* (2020), “Factors Associated with Job Satisfaction of Frontline Medical Staff Fighting Against COVID-19: A Cross-Sectional Study in China”, *Front. Public Health*, 8(426), pp. 1-9.

Yuan, P. P. (2017). Research on post-90s staff's turnover intention based on perceived organizational (Unpublished master's thesis). Chongqing Jiaotong University, China.

Zagenczyk, T. *et al.* (2011), “Psychological Contracts and Organizational Identification: The Mediating Effect of Perceived Organizational Support”, *Journal of Labor Research*, 32, pp. 254–281.

Zeidner, M. (1995), “Coping with examination stress: Resources, strategies, outcomes”, *Anxiety, Stress, & Coping*, Routledge, 8(4), pp. 279–298.

Zhang, N. *et al.* (2021), “Effect of Perceived Organizational Support on Fatigue of Chinese Nurses during the COVID-19 Pandemic: Resilience as a Mediator”, *International Journal of Mental Health Promotion*, 23(2), pp. 243–254.

## **Anexos**



## **Anexo A – Consentimento Informado**

Welcome to the study “Job Satisfaction: The relationship between the Coping Strategies and the Perceived Organization Support in the intensive care units during COVID-19, in the London metropolitan area”.

The present survey aims to verify the relationship between job satisfaction, individual coping strategies and the perceived organizational support in the intention to leave the profession between nurses and doctors that work in the intensive care units.

Please, take the time that you need to complete the survey. Your honesty is much appreciated. Since this survey is anonymous (you do not have to identify yourself), we guarantee the complete confidentiality of the data you provide. All the questions and doubts that can come up with your participation in this project can and should be placed directly to the researcher by email [andriacardozo6@hotmail.com](mailto:andriacardozo6@hotmail.com).

If you wish, you can later request information about your performance. If you agree with the study, click on Next below. Note that by clicking on <[Next](#)>, it is assumed that you are giving your informed consent to this survey.

## Anexo B – Datos Demográficos

What sex were you assigned at birth?

Please choose **only one** of the following:

- Female
- Male
- Prefer not to say

What is your age group?

Please choose **only one** of the following:

- 18-24
- 25-34
- 35-45
- 55 and over
- Prefer not to say

What is your nationality?

Please choose **only one** of the following:

- British
- Non-British

What is your marital status?

Please choose **only one** of the following:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Single                | <input type="radio"/> Divorced          |
| <input type="radio"/> Married               | <input type="radio"/> Widowed           |
| <input type="radio"/> Living with a partner | <input type="radio"/> Other             |
|   | <input type="radio"/> Prefer not to say |

Including yourself, how many people live in your household?

Please choose **only one** of the following:

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 5                 |
| <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> More than 5       |
| <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> Prefer not to say |
| <input type="radio"/> 4 |   |

**What is your professional category?**

Please choose **only one** of the following

- ICU Nurse
- ICU doctor/Anesthesiologist

**How long have you been working in your profession?**

Please write your answer(s) here:

Months

Years

**How long do you work in your unit?**

Please write your answer(s) here:

Months

Years

### Anexo C- *Brief-COPE* (Carver, 1997)

The following statements ask how YOU have sought to cope with your working life during the Pandemic

Please choose the appropriate response for each item:

	I haven't done this at all	A little bit	A medium amount	I've been doing this a lot
1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I've been saying to myself "this isn't real".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I've been getting emotional support from others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I've been giving up trying to deal with it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I've been taking action to try to make the situation better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. I've been refusing to believe that it has happened.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I've been getting help and advice from other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. I've been criticizing myself.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. I've been trying to come up with a strategy about what to do.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. I've been getting comfort and understanding from someone.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. I've been giving up the attempt to cope.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I've been looking for something good in what is happening.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. I've been making jokes about it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. I've been doing something to think about it less, such as going to movies, watching TV, reading, daydreaming, sleeping, or shopping.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. I've been accepting the reality of the fact that it has happened.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. I've been expressing my negative feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

<b>23. I've been trying to get advice or help from other people about what.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>24. I've been learning to live with it.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>25. I've been thinking hard about what steps to take.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>26. I've been blaming myself for things that happened.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>27. I've been praying or meditating.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>28. I've been making fun of the situation.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---



## Anexo E – Short-Form Employee System Questionnaire (Nelson et al., 1992)

Please indicate the classification of each element related to YOUR organization

Listed below are statements about the opinion that you have about YOUR IMMEDIATE SUPERVISOR.

Please choose the appropriate response for each item:

	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor
a. OPENNESS: Being open and available to you.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. NEW IDEIAS: Allowing you to try out new ways to do your work.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. CONSTRUTIVE FEEDBACK: Letting you know when and how your work could be improved.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. SUPPORT: How well your supervisor backs you up or goes to bat for you when needed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. JOB KNOWLEDGE: Supervisor's experience and knowledge about your job.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Listed below are statements about the opinion that you have about YOUR WORKPLACE AND EQUIPMENT

Please choose the appropriate response for each item:

	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor
a. SAFETY: How safe and free from hazards your workspace and equipment area.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. LAYOUT: The arrangements of the work area for getting the work done.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. EQUIPMENT: Availability of good equipment and instruments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Listed below is a statement about the opinion that you have about STAFFING

Please choose the appropriate response for each item:

	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor
--	-----------	-----------	------	------	------

---

a. MIX OF STAFF: How well balanced the staff is between who supervise work and people who do the work.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

---

Listed below are statements about the opinion that you have about the **RELATIONSHIPS AMONG DEPARTMENTS AND SHIFTS**.

Please choose the appropriate response for each item:

---

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
a. TEAMWORK: How well the departments are cooperating, communicating, and helping out.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. HOW DOCTOS TREAT EMPLOYEES: How well your team is been communicating, supporting, and appreciating the professionals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Listed below are statements about the opinion that you have about the **ATTITUDE** in the organization

Please choose the appropriate response for each item:

---

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
a. OTHERS: Other peoples' attitudes about working here.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. YOURSELF: Your attitude about working here.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Listed below are statements about the opinion that you have about **YOUR PAY**

Please choose the appropriate response for each item:

---

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
a. Your pay in relation to your job responsibility.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Your pay in relation to your experience.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Listed below are statements about the opinion that you have about **YOUR BENEFITS**

Please choose the appropriate response for each item:

---

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
--	------------------	------------------	-------------	-------------	-------------

---



---

a. <b>BENEFITS PACKAGE:</b> Overall value of the benefits you receive compared with those of employees of other health care providers.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

---

Listed below are statements about the opinion that you have about **HIRING, PROMOTION AND JOB OPPORTUNITY**

Please choose the appropriate response for each item:

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
a. <b>HIRING BEST QUALIFIED:</b> Hospital's success at hiring the best qualified person to fill a job.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <b>PROMOTING FAIRNESS:</b> Fairness of system for promoting people to better jobs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <b>SPECIAL OPPORTUNITIES:</b> Your opportunities for learning more skills.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Listed below are statements about the opinion that you have about the **JOB SECURITY**

Please choose the appropriate response for each item:

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
a. <b>STEADY:</b> Your belief you will have a job in the future if you do good work.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <b>JOB PROTECTION:</b> Freedom to complain or tell leaders what you think without fear of losing your job.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Listed below are statements about the opinion that you have about the **HOSPITAL LEADERSHIP**

Please choose the appropriate response for each item:

	<b>Excellent</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Fair</b>	<b>Poor</b>
a. <b>EMPLOYEE RECOGNITION:</b> How well leaders treat, appreciate, and support employees.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <b>COMMUNICATION:</b> How openly and honestly administration communicates.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <b>CLEAR MISSION:</b> How well leaders communicate hospital goals to all employees.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---